

UNIVERZITA JÁNA AMOSA KOMENSKÉHO PRAHA

Bakalárske prezenčné štúdium
2010 - 2013

BAKALARSKA PRACA

Lubomíra Bieliková

Alkoholizmus v rodine a jeho negatívny vplyv na dieťa

Praha 2013

Vedúci bakalárskej práce:

2013

PhDr. Ernest Kováč

Lubomíra Bieliková

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PEAGUE

Bachelor Full-Time Studio
2010 - 2013

BACHELOR THESIS

Lubomíra Bieliková

Alcoholism in the family and its negative impact on
the child

Praha 2013

The bachelor thesis work supervisor:

PhDr. Ernest Kováč

Prehlásenie

Prehlasujem, že predložená bakalárska práca je mojím pôvodným autorským dielom, ktoré som vypracovala samostatne. Literatúru a ďalšie zdroje, z ktorých som pri spracovávaní čerpala, v práci riadne citujem a sú uvedené v zozname použitej literatúry.

Súhlasím s prezenčným sprístupnením svojej práce v univerzitetnej knižnici.

Pod'akovanie

Ďakujem pánovi PhDr. Ernestovi Kováčovi, za cenné rady a pripomienky a za odborné vedenie, ktorým mi pomáhal pri vypracovaní bakalárskej práce.

Anotace:

Bakalárska práca popisuje pôsobenie alkoholizmu v rodine na dieťa. Prvá časť práce vymedzuje základné pojmy, históriu užívania alkoholu, príčiny vzniku závislosti, jej formy a druhy. Druhá časť práce popisuje ekonomické, zdravotné a sociálne následky zneužívania alkoholu. Zároveň je to jadro práce, ktoré opisuje dopad alkoholizmu na rodinu a najmä na dieťa. Vymenúvame si dôsledky, ktoré alkoholizmus v rodinách na deťoch zanecháva, aké problémy rodina s alkoholikom prežíva, aké sú možnosti prevencie či eliminácie tohto sociálno-patologického javu. Bakalárska práca je vypracovaná analyticko-syntetickou metódou, má teoretický charakter.

Kľúčové pojmy:

Alkohol. Alkoholizmus. Dieťa. Liečba. Závislosť.

Annotation:

Bachelor thesis describes the effects of alcoholism in the family for the child. The first part of the work defines the basic concepts, history of alcohol use, causes of addiction, its forms and types. The second part of the work describes the economic, health and social consequences of alcohol abuse. It is also the core work that describes the impact of alcoholism on the family and, in particular, to the child. We consequences that alcoholism in families, children leaving, what problems the family with alkoholikom survives, what are the options for prevention or elimination of this socio-pathological phenomenon. Bachelor thesis is carried out analytic-synthetic method, has a theoretical character.

Key words:

Alcohol. Alcoholism. Child. Treatment. Addiction.

ÚVOD	9
1. ALKOHOL A ALKOHOLIZMUS.....	10
1.1 História užívania alkoholu.....	10
1.2 Vymedzenie základných pojmov.....	11
1.3 Príčiny vzniku závislosti na alkohole.....	13
1.4 Zdravotné následky alkoholizmu.....	18
1.5 Sociálno-patologické javy spáchané v dôsledku nadužívania alkoholu.....	21
2. ALKOHOLIZMUS V RODINE A NEGATÍVNY VPLYV NA DIEŤA.....	23
2.1 Dopad alkoholizmu na kvalitu života rodiny.....	23
2.2 Negatívny vplyv alkoholizmu v rodine na dieťa.....	25
2.3 Vplyv výchovy na vzťah mladého človeka k alkoholu.....	30
2.4 Alkohol a súčasná mládež.....	31
3. PREVENCIA ZÁVISLOSTÍ.....	33
3.1 Sociálna prevencia a preventívna sociálna práca.....	34
3.2 Formy a úrovne sociálnej prevencie.....	36
3.3 Liečba závislých na alkohole.....	41
3.4 Podpora rodiny v procese liečenia závislého od alkoholu.....	45
3.5 Resocializácia.....	46
3.6 Svojpomocné skupiny.....	48
ZÁVER	50
ZOZNAM LITERATURY A PRAMEŇOV	
BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE	

Úvod

Alkohol je súčasťou spoločnosti viac ako 10 000 rokov. Prvá známa freska znázorňujúca človeka po užití alkoholu je stará približne rovnaký počet rokov. Tento človek je na nej znázornený ako v omámení alkoholom, nedokáže sám stáť na nohách a preto ho podopierajú dve osoby. Už z toho je jasné, ako alkohol degraduje ľudskú osobnosť. Je dlhodobo známe, že alkohol okrem uvoľnenia nálady a opojenia spôsobuje mnohé negatívne javy. O nežiaducich účinkoch nadmernej konzumácie alkoholu nachádzame dôkazy v dielach starých, presvedčujeme sa o tom však i dnes.

Aj dnes je alkohol bežnou súčasťou života človeka. Alkoholom oslavujeme narodenie dieťaťa, každý sviatok, promócie, svadbu, aj pohreb starého človeka. Alkohol nás teda sprevádza od narodenia až do smrti. V malom množstve dokáže navodiť dobrú náladu, uvoľnenie. Problém je v tom, že často to jedným pohárom vína nekončí. Ako náhle človeku začne chýbať to uvoľnenie, ktoré pociťuje po požití alkoholu, vyhľadáva čoraz častejšie príležitosti na jeho konzumáciu, zvyšuje množstvo vypitého alkoholu, začína mať problémy v súkromnom alebo pracovnom živote či zdravotné následky spôsobené pitím – je to znak vzniku závislosti na alkohole. Závislosť na alkohole je kvôli ľahkej dostupnosti a jeho spoločenskej akceptácii najrozšírenejšou závislosťou na návykových látkach. Spôsobuje mnoho negatívnych javov, okrem poškodenia samotného jedinca má výrazne škodlivý vplyv na rodinné vzťahy a výchovu detí. Deti alkoholikov vyrastajú v neusporiadanom prostredí, kde je často prítomné násilie, chudoba. Denne sa v médiách stretávame s množstvom prípadov, kedy bol alkohol príčinou rôzneho nešťastia.

Motívom práce je priblížiť aký negatívny vplyv má prítomnosť alkoholizmu v rodine na vývoj dieťaťa. Cieľom práce je priblížiť možnosti liečby závislých osôb a pomoci spolu závislým a poškodeným členom.

Práca je vypracovaná analyticko-syntetickou metódou, má teoretický charakter.

1. ALKOHOL a ALKOHOLIZMUS

V prvej časti práce si priblížime základné pojmy súvisiace s témou a históriu alkoholu v spoločnosti.

1.1 História užívania alkoholu

História objavenia užívania alkoholu siaha až do hlbkej histórie. Alkohol nachádzame už v praveku, kde už naši predkovia požívali alkoholické nápoje, ktoré boli zmesou zozbieraného vykvaseného ovocia a to najmä hroznovej šťavy, čo sa podobá dnešnému vínu alebo skvasenému medu, neskôr nazvanému medovina. V minulosti bol alkohol používaný predovšetkým na rituálne účely, ako napríklad oslavy bohov, preto sa neskôr víno nazýva ako „nápoj Bohov“. V určitých oblastiach boli konzumované aj menej známe alkoholické nápoje, ako je víno z ryže vyrobené v Číne, z kvetov vykvasený nápoj „horoma“ v Perzii a Indii, alebo palmové víno v Mezopotámii a Egypte.

V 19 storočí sa skončilo objavovanie nových druhov alkoholu. Dovtedy boli vyskúšané už účinky a vlastnosti známych druhov destilátov ako sú whisky, rum, vodka. Spoločnosť si v tej dobe plne uvedomuje negatívny dopad nadmerného pitia alkoholu- alkoholizmus. Alkoholizmus sa rozšíril hlavne v dobe priemyselnej revolúcie, kedy sa rozšíril aj sortiment o ďalšie druhy destilátov a liehovín (Nociar, 2009).

Pojem „alkoholizmus“ prvý krát vo svojom diele použil švédsky lekár Magnus Huss (1807-1890), ktorý v roku 1849 vydal dielo *Alcoholismus chronicus* (Zúber In:Sournia, 2010).

V 20 storočí sa pitie alkoholu stalo akoby spoločensky uznávanou normou, kde sa stalo nepitie, odmietnutie pohárka až abnormalitou. Ľudia zabudli na zlý dopad alkoholu na ich život a začali mu vo vyššej miere holdovať aj ženy, kedy im bolo povolené do krčiem a barov vstupovať prednými dverami (Nociar, 2009).

1.2 Vymedzenie základných pojmov

Alkohol je chemická látka C H OH ktorá zasahuje orgány, nervovú sústavu a najviac mozog. Bežný alkoholický nápoj obsahuje alkohol v rozmedzí od 2-3% až do 40-60%. Alkohol patrí medzi legálne drogy, ktoré sú spoločnosťou tolerované. Patrí do skupiny hypnosedatív, ktoré majú krátkodobý účinok. Závislosť na alkohole sa prejavuje túžbou (ktorá je silná až prehnaná) požiť liehovinu.

Dlhodobé požívanie alkoholu zasahuje u jedinca tieto oblasti:

1. *myslenie*(kognitívnu),
2. *správanie*(behaviorálnu),
3. *telesnú* (fyziologickú) (Muhlpachr, 2008)

Alkoholik je človek, ktorý v značnej miere nadužíva alkohol. Tento nadmerný konzum mu spôsobuje vážne poškodenie zdravia a jeho spoločenské vzťahy sú v neskorších štádiách vážne narušené.

Ľudí požívajúcich alkohol môžeme rozdeliť do 4 skupín:

1. Abstinenti- nekonzumujúci, prípadne jedinci, ktorí od ukončenia liečenia nepožili alkohol po dobu min. 3 rokov
2. Konzumenti- užívajúci alkoholické nápoje v miernej frekvencii, a pri množstve alkoholu v krvi nepresahujúcom hranicu 0,6 promile.
3. Abúzeri, pijani- od užitia alkoholu očakávajú vyvolanie eufórie.

Rozdeľujeme ich na:

- a. Príležitostní pijani- alkohol v krvi nepresahuje viac než 1 promile. Ak presiahne 1 promile tak nie viac ako štyrikrát do roka
- b. Pravidelní pijani- hladina 1 promile a viac, častá opitnosť, dochádza až k intoxikácií
- c. Kvartálni pijani- pijú v „záťahu“, niekoľko dní neustále a potom si dajú dlhšiu prestávku
4. Alkoholici- jedinci závislí od alkoholu (Balogová, 2003).

Ďalšie termíny, ktoré sa používajú v súvislosti s alkoholizmom a konzumáciou alkoholických nápojov:

Abúzus- konzumácia látok, ktoré spôsobujú zdravotne poškodenie, alebo vedú ku psychickej reakcii jedinca (Matoušek,2008).

Misúzus- zneužitie alkoholu v obdobiach, kedy by mala byť obmedzená abstinencia (napríklad u tehotných žien, u mládeže...)

Úzus- požívanie alkoholických nápojov v miere a liekov v akceptovateľnej a neškodnej miere.

Delírium tremens- alkoholová psychóza. Celý stav trvá 2-5 dní čo môže viesť až ku smrti. Jedinec pociťuje triašku, zvýšenú teplotu a má psychické halucinácie. (Balogová, 2003)

Tolerancia- miera do ktorej organizmus znáša, toleruje hladinu alkoholu v krvi. Miera tolerancie je u každého individuálna.

Abstinenčné príznaky- je to fyziologicko- psychologický stav, ktorý nastáva po poklese hladiny alkoholu v krvi. Patrí tu napríklad trasenie rúk, úzkostne stavy, podráždenosť, potenie...

Bagatelizácia- úplne popieranie závažnosti popíjania alkoholu.

Typy alkoholovej závislosti, ktoré sú pomenovane podľa písmen v abecede:

1. Typ alfa- konfliktové pitie

Tento typ je charakteristický nedisciplinovaným popíjaním a väčšinou ostáva v druhej fáze, to je varovná fáza alkoholizmu. Alkoholik siaha po alkohole v špecifických situáciách, ak nevidí inú možnosť riešenia svojich problémov.(Lindenmeyer,2007).

2. Typ beta- nepravidelné pitie tzv. víkendové, spoločenské

Konzumuje pravidelne nadmerné množstvo alkoholu. Nie je u neho ešte vyvinutá závislosť, má však už telesné komplikácie ako sú napríklad gastritída, zápal nervov a slizníc. Zaraďujeme tu víkendového a príležitostného pijaka (Göhlert, 2001).

3. *Typ gama- opíjanie sa*

Nedokáže požívať alkohol v malom množstve a jeho pitie končí najčastejšie silnou opitnosťou, kedy stráca sebakontrolu. Tento typ je na našom území rozšírený. Jedinci dokážu istý čas abstinovať, pravidelne ale dochádza k recidívam.

4. *Typ delta- dopĺňanie hladiniek*

Jeho pitie je rozdelené do celého dňa, počas ktorého si udržiava „hladinu“ alkoholu v krvi. Inak pociťuje nervozitu, bolesti, hnev. Typ delta má menšiu kontrolu nad svojím pitím, len výnimočne sa opíja „na doraz“ . Nedokáže však byť ani úplne triezvy (príklad južanských krajín, kde je rozšírené víno)

5. *Typ ypsilon- periodické pitie*

Závislosť sa prejavuje tzv. kvartálnym pitím. Prichádzajú mesiace, kedy dokáže fungovať úplne bez alkoholu- abstinovať. Neskôr nastáva prudká a nekontrolovateľná konzumácia alkoholu. (Lindenmeyer,2007)

1.3 Príčiny vzniku závislosti na alkohole

Príčiny nadmerného užívania alkoholu sú rôzne. Adolescentov ku konzumu vedie tlak rovesníckych skupín, vplyv sociálneho prostredia z ktorého pochádzajú, nefungujúce rodinné zázemie, problémy v škole, snaha zapadnúť do partie, vplyv subkultúr a podobne. Pri dospelých je dôvodom často strach zo spoločenského zlyhania, tlak v profesijnom živote, nezamestnanosť, nekvalitné partnerské vzťahy, vnútorné pre dispozície, či zlom v živote. Vznik závislosti na alkohole tak súvisí s vnútornými a vonkajšími príčinami. Bližšie si ich objasníme v nasledujúcej časti.

Vnútorne príčiny

Ku vzniku alkoholizmu môžu viesť nasledujúce vnútorne predispozície:

Genetická predispozícia

Štúdiom amerického alkohológa E. M . Jellineka sa zistilo, že potomkovia osôb závislých na alkohole majú až o 10-krát vyššiu pravdepodobnosť vzniku závislosti, oproti osobám, ktorých rodičia a starí rodičia nekonzumovali alkohol (Fischer, Škoda, 2009).

Neexistuje liek na ochranu pred vznikom závislosti. U detí, kde sa vyskytuje alkoholizmus je riziko vzniku závislosti veľmi vysoká, ako potvrdili aj vedecké štúdiá Jellineka vyššie uvedené. Človeka ovplyvňujú aj ďalšie biologické faktory, ktoré zvyšujú riziko vzniku závislosti, ako je napr: misúzus matky počas tehotenstva, kde dochádza ku poškodeniu plodu, nevhodné zloženie stravy, zlé životné podmienky alebo vysoký alebo nízky vek matky počas tehotenstva.

Geneticky daná predispozícia tvorí vždy isté riziko. Introvertná a utiahnutá osobnosť má prirodzene väčšie problémy nadviazať sociálne vzťahy, alebo partnerský vzťah. Osobnosti s touto predispozíciou majú sklon ku depresiám, čo môže viesť ku požívaniu alkoholu. Na druhej strane aj extrovertná osobnosť, ktorá má veľký sklon k impulzivite, tvorí tiež skupinu, ktorú zaradujeme medzi rizikové.

Osobnosť človeka

Pre rozvoj závislosti má vysoký vplyv aj osobnosť. Jedinci ktorí sú emocionálne nestabilní, nezrelí, neistí sami sebou, majú nízke IQ, majú nedostatok sebadisciplíny, alebo trpia psychickými poruchami sú náchylnejší na vznik závislostí rôzneho druhu.(Svoboda, 2006).

Aj u osôb vyhľadávajúcich rizikové situácie, nové zážitky či jedinci trpiaci zníženou citlivosťou, sú rizikovejší na vznik závislosti alebo duševnej choroby (Fišer, Škoda,2009).

Sklon ku závislosti je vyšší aj u jedincov trpiacich traumami, stresom, nervozitou (Lessa, Filbert, 2009).

Osobný pohľad na vlastnosti alkoholu.

Osobný pohľad jedinca na účinky požití alkoholu je ďalším faktorom, ktorý vplýva na človeka. Ľudí tu môžeme rozdeliť do dvoch skupín. Prvú skupinu tvoria jedinci, ktorí po požití alkoholu pociťujú eufóriu a potlačenie svojich negatívnych myšlienok. Druhú skupinu tvoria jedinci, ktorí po požití alkoholu pociťujú útlm, analgetické účinky a nevoľnosť.

Psychické faktory

Prežívanie niektorých jedincov charakterizuje dráždivosť a labilita organizmu, čo u nich vedie ku stavu úzkosti, depresiám a emocionálnej nestabilite (Vágnerová, 2004).

Jedinci nedokážu seba a okolie posúdiť objektívne, čo u nich vyvoláva tendenciu sebakodčovania alebo sebaopredčovania, z čoho majú problém efektívne riešiť životné situácie a zároveň im chýbajú životné ciele. Osoby vykazujúce stratu sebakontroly nad svojim správaním, predstavujú veľké riziko vzniku závislosti na alkohole (Fišer, Škoda, 2009)

V psychológii sa príčiny vzniku alkoholizmu snažili vysvetliť viacerí predstavitelia. V hlbinej psychologickéj teórii sa tomu venoval Leon Wurmser, ktorí poukazoval na naše pudy- pudová teória a traumy z detstva, pred ktorými hľadáme únik v alkohole alebo drogách. Behaviorálna teória zasa poukazuje na učenie napodobňovaním, kde si jedinci zafixujú správanie (aj pitie) u rodičov.

Vonkajšie vplyvy

Rodina

„Dieťaťu poskytuje základné životné istoty, sociálne istoty, ponúka skúsenosti, kóduje prvky ochranného správania, ponúka tréning v zručnostiach, stabilizuje návyky...je zdrojom bohatých impulzov pre prijímanie kultúrnych a spoločenských noriem, rozvíja záujmovú oblasť, dopĺňa a transformuje hodnotovú orientáciu...formuje postoje, harmonizuje citovú oblasť“ (Ondrejko, Poliaková, In: Turzová, 2010)

Prostredníctvom výchovy od rodičov si deti budujú sociálne vzťahy a formujú svoje postoje voči okoliu, a voči sebe samým. Chyby a omyly, ktoré rodičia robia pri výchove svojich detí podľa Bakošovej (2005):

1. *Výchova založená na ochraňovaní-* vykonávanie povinností za dieťa, správanie voči dieťaťu ako ku nesamostatnej osobe, prehnaná starostlivosť o dieťa. Deti sa vplyvom tohto prístupu stávajú nesamostatné až sebecké.

2. *Výchova založená na nedôslednosti*- rodičia vo výchove nemajú stanovené ciele. Jeden deň dieťaťu čosi zakážu a na druhý deň mu to bez problémov povolia. Deti sa stávajú neisté vo svojom konaní.
3. *Výchova, v ktorej rodičia vkladajú svoje nesplnené plány do detí*- rodičia deťom vnucujú svoje nesplnené sny. V takejto výchove chýba akceptácia potrieb dieťaťa.
4. *Výchova založená na príkazoch a zákazoch*- karhanie dieťaťa aj za malý priestupok, neobjasnenie trestania dieťaťa, nadmerná, neprimeraná prísnosť. Rodičia tu presadzujú svoje autoritatívne postavenie.

Masmédia a masová komunikácia

V súčasnosti často využívame technológie, ktoré rozširujú informácie prostredníctvom masovej komunikácie – teda k množstvu príjemcov súčasne. Do tohto pojmu spadajú televízia, film, tlač, rozhlas, elektronické materiály a počítačové hry, reklamné prostriedky (plagáty, letáky, billboardy) a rôzne komunikácie prostredníctvom internetu (facebook, popec...).

Cieľom masovej komunikácie je rozšírenie informácií prostredníctvom moderných technológií, aby to zasiahlo čo najväčšiu populáciu ľudí. (Rankov,2002).

Aj média pôsobia na to, či je alkohol a droga lákavou látkou, alebo naopak, odstrašuje pred ich užívaním.

Média zasahujú do nášho života buď pozitívne alebo negatívne. Dospelý jedinec si dokáže vybrať z toľkého množstva informácií tie, ktoré pre neho majú význam alebo prínos. Rizikovou skupinou sú deti a mládež, pretože táto skupina je ľahko ovplyvniteľná, keďže má znížené kritické myslenie. Môžu byť ohrozené hodnoty, ktoré im vstúpili ich rodičia, čo môže meniť postoje voči návykovým látkam.

Rovesníci

Partia, kamaráti, spolužiaci, kolegovia veľmi vplývajú na správanie dieťaťa, ale aj dospelého človeka - jeho priority, normy. V partii dochádza ku uspokojovaniu potreby prináležitosti, podpory sebarealizácie, ku ktorým v rodine alebo v škole nedochádza.

Vrstovnícka skupina je atraktívna, pretože im tam nikto nerozkazuje, neprikazuje – sú takmer rovnocenní. Rovesníci vedia pozitívne, ale aj negatívne pôsobiť na postoj voči návykovým látkam. Každý chce mať pocit, že niekam patrí. U jedincov frustrovaných a s nízkou podporou rodiny je veľká pravdepodobnosť, že potreba kladného prijatia do skupiny je silnejšia. Ak je podmienkou prijatia konzum alkoholu, je vysoké riziko podvolenia sa.

1.4 Zdravotné následky alkoholizmu

V tejto podkapitole sa budeme snažiť poukázať na somatické (telesné) a psychické následky, vznikajúce pri dlhodobej konzumácii alkoholu.

Alkoholizmus patrí medzi tretiu najrozšírenejšiu príčinu úmrtnosti, po srdcovo- cievnych ochoreniach a onkologických ochoreniach. Výskumy poukazujú na fakt, že na nadmerný konzum alkoholu na Slovensku spôsobí úmrtie ročne až 90 000 osobám. Osoby s abúzm alkoholu umierajú najčastejšie v dôsledku srdcového zlyhania (infarktu), rakoviny, cirhózy pečene či sú usmrtené pri nehodách spôsobených pod vplyvom alkoholu, v mnohých prípadoch spáchajú samovraždu, dôjde k nešťastnej náhode alebo násilným činom.

Somatické poškodenie

Alkohol výrazne poškodzuje dutinu ústnu, hltan, pažerák, žalúdok, zasahuje tráviaci systém a celú jeho výstelku. V dutine ústnej sa alkohol zmiešava so slinami. Potom sa dostáva do krvi prechodom cez výstelku v dutine ústnej cez cievy. Z dutiny prechádza cez pažerák do žalúdka, kde sa zmiešava so žalúdočnými šťavami a dotykom na žalúdočnú stenu nastáva rýchle prekrvenie. To isté sa stáva aj v dvanástniku. Postupne sa dostáva ďalej do tenkého čreva, kde sa vstrebáva do krvi a miazgového systému. Iba vo väčšom množstve, alebo nasatím do potravy putuje do hrubého čreva. Alkohol sa všade dostáva cez steny do žíl a putuje do pečene, ktorú poškodzuje. Pravidelné požívanie alkoholu aj v malom množstve vedie ku ukladaniu tukových teliesok v pečeni. Postupným pitím v pečeni prerastajú kolagénové vlákna a väziva pečenie. Keď je takto pečeň poškodená, nie je schopná čistiť krv, škodliviny a toxíny, preto ostávajú v krvnom obeh.

Táto chronická intoxikácia vedie k vysokému tlaku, vredovým chorobám, poruchám pamäte a atrofii mozgu. Pitie matky v tehotenstve poškodzuje plod. Novorodenci predčasne umierajú, alebo to ovplyvňuje vo výraznej miere ich inteligenciu a adaptačnú schopnosť.

Duševné (psychické) poruchy

Kolibáš a Novotný (2007) charakterizujú tieto duševné poruchy :

1. Delírium tremens

Stav ktorý vzniká po dlhšom abúze alkoholu sa nazýva ***delírium tremens***. U jedincov spôsobuje vizuálne a zvukové halucinácie. Postihnutý je dezorientovaný, neuvedomuje si miesto, čas, vlastnú osobu, trpí úzkostnými stavmi, afektívnou labilitou, poruchami orientácie a má zmätené myslenie. Medzi telesné prejavy patrí potenie tela, triaška, zvýšenie telesnej teploty. Tento stav trvá približne 3-7 dni, kde niekedy môže jedinec upadnúť do hlbokého spánku, alebo nastane iba porucha vedomia. Sú prípady, kedy sa delírium končí aj smrťou, ale je ich veľmi málo. Smrť je v takom prípade zapríčinená minerálnym rozpadom pečene alebo infarktom (zlyhanie kardiovaskulárneho systému).

2. Alkoholická paranoidná psychóza

Prejavuje sa bludnými predstavami o prenasledovaní, odpočúvaní. Často sa objavuje blud žiarlivosti na partnera. Ide tu o dlhodobý priebeh choroby. Bludy sa od halucinácií odlišujú tým, že majú reálny charakter.

3. Korsakova (alkoholická) psychóza

Objavuje sa až pri chronickej závislosti na alkohole. Charakteristické je poškodením pamäte (krátkodobej pamäte), ide o poruchu vstevovania informácií, čo môže viesť až ku dezorganizácií. Chorý sa to pred okolím často snaží kamuflovať tým, že si vymýšľa situácie, ktoré reálne prežiť nemohol.

4. Alkoholová demencia

Pamäť postupne upadá, dochádza k úpadku intelektových schopností a strate vyšších citov. Človek má sluchové halucinácie a bludy o prenasledovaní vlastnej osoby. Prejavuje sa to narušením spánku a bolesťami hlavy. Vznik demencie okrem abúzu alkoholu môže spôsobiť úraz mozgu alebo cievne príhody. Alkoholová demencia je výsledkom všetkých vyššie spomenutých psychóz.

5. Fatálny alkoholový syndróm (FAS)

Poškodenie plodu matky v dôsledku alkoholu. Tieto deti sa rodia s nižšou pôrodnou váhou, odchýlkou od normy, ktorá je viditeľná (hlavy, tváre, nôh, rúk, obličiek, srdca). Prejaví sa u nich mentálna retardácia alebo mentálna subnorma, spôsobená poškodením mozgu. Pre ženu v tehotenstve a jej plod sú najrizikovejšie prvé 3 mesiace tehotenstva, kde je rizikom aj malé množstvo alkoholu.

1.5 Sociálno-patologické javy spáchané v dôsledku nadužívania alkoholu

Sú to prejavy správania, ktoré vykazujú odchýlku od noriem a zvykov stanovených v danej spoločnosti. Patologické formy správania spôsobené alkoholom poškodzujú postihnutého jedinca, rodinu, ale aj celú spoločnosť. V nasledujúcej časti si priblížime najčastejšie prejavy patologického správania spôsobeného dlhodobým alkoholizmom, alebo spáchané v stave opitosti.

Agresivita

Je reakcia, akt, vykonaný útočným spôsobom. Človek týmto správaním demonštruje vlastnú prevahu a využíva silu voči inému človeku, alebo skupine osôb. Je to útok na prekážku, ktorá bráni dosiahnuť vytúžený cieľ alebo potrebu. Najčastejšou príčinou agresívneho správania je neistota, obrana na pocit menejcennosti, chybné vzorce (napríklad v detstve videl ako otec bije matku).

Agresivitu môžeme rozdeliť na:

- Verbálnu- slovné urážky, ohováranie
- Brachiálnu- použitie hrubej fyzickej sily
- Autoagresivitu- zameraná na seba
- Heteroagresivitu- zameranú navonok (Balogová et al, 2003)

Druhy agresivity zamerané na motiváciu, ciele a potreby:

- Zlostná agresivita- Ide o afektívny impulz, kde je minimálne nebezpečenstvo. Patria tu prejavy nenávisti a cielené spôsobovanie bolesti inému prináša vnútornú úľavu, uspokojenie.
- Inštrumentálna agresivita- Jedinec používa agresivitu, ako prostriedok na dosiahnutie cieľa
- Spontánna agresivita- Spôsobovanie bolesti tu prináša emocionálne uspokojenie a uspokojenie potrieb (môže tu ísť aj o potreby, ktoré sú v spoločnosti abnormálne napr. Sadizmus) (Fischer, Škoda, 2009)

Kriminalita

Kriminalita pochádza z latinského crimem, čo znamená zločin, obvinenie. Je to také správanie, ktoré je v rozpore s platnými zákonmi a ide o porušenie spoločensky prijatých noriem. Kriminality sa môže dopustiť len ten, kto môže byť trestnoprávne zodpovedný a za skutok môže byť sankciovaný podľa Trestného zákona (M. Schavel, F. Čišecký, M. Oláh, 2008).

Ondrejko (2001, s. 112) kriminalitu definuje ako: „*druh odchýlneho správania, ktoré je neprípustné a sankcionované trestným právom. Kriminalita sa mení a vyvíja, má formy tradičné, ale aj novodobé, moderné. Mení sa ňou sociálny profil páchatel'a od spoločenského outsidera k expertovi s vysokým spoločenským statusom, prestížou a vzdelaním.*“

Rozlišujeme kriminalitu zjavnú a latentnú.

Latentná- orgán štátnej správy o nej nevie

Zjavná- je registrovaná a orgány štátnej správy ju vo väčšine prípadov odhalia. Páchatel' je trestne stíhaný prostredníctvom špecializovaných inštitúcií.

Kriminológia je veda, ktorá sa zaoberá zločinmi a sleduje druh kriminality a povahu činu. Sledovanie druhu kriminality je dôležitou informáciou pre povahu kriminality. **Druhy** kriminality:

1. *Násilná kriminalita*- týranie, zneužívanie, únos, úmyselne ublíženie
2. *Majetková kriminalita*- útok na majetok, krádež, vlámanie

Ekonomická kriminalita- spreneverenie peňazí, skrátenie dane, falšovanie, úplatkárstvo (Balogová et al., 2003).

2. ALKOHOLIZMUS V RODINE A NEGATÍVNY VPLYV NA DIEŤA

V druhej kapitole popisujeme negatívny vplyv alkoholizmu na dieťa.

2.1 Dopad alkoholizmu na kvalitu života rodiny

Alkoholizmus spôsobuje množstvo patologických javov – nezamestnanosť, kriminalita, nekvalitné vzťahy, nedostatočná opora a funkcie rodiny, ktorá pre závislosť nemôže plniť svoje základné funkcie. Priblížime si najrozšírenejšie patologické javy spôsobené abúзом alkoholu členom rodiny.

Alkoholizmus partnera

Pri návšteve alkoholika v rodine sú príznaky viditeľné nielen na pacientovi, ale aj na celej rodine. Alkoholizmus partnera výrazne poškodzuje manželské a partnerské vzťahy a spolunažívanie. Ženy veria, že ak vytvoria dobrú atmosféru v rodine, nepríde ku sklamaniu a partner sa v pití polepší. Láska v partnerskom spoložití môže byť účinná pri pomoci alkoholikovi, ak sa úprimne snaží vyliečiť sa od alkoholizmu (Nociar,2001).

Kredátus (2004) rozdelil rodinu, ktorá má vo svojom kruhu závislého člena do týchto fáz:

1. **Iniciálne štádium** – partner (väčšinou žena) nepripúšťa si to, že sa niečo deje a začína vyčítať partnerovi pitie. Začína bludný kruh výčitiek a sľubov, pijúci sľubuje čo partnera uspokojí na krátku dobu. Človek, ktorý pije je často obhajovaný rodinou. Prečo by si nevypil? Ved' dnes pije každý! A podobne. Rodina si uvedomuje neprestávajúce pitie ich člena. Deti si začínajú všímať hádky a rozpory, rodina si ale stále nepripúšťa problém a ťažkosti v rodine. Postupne sa v rodine prechádza do druhej fázy.
2. **Prodromálne (varovné) štádium** – v rodine panuje napätá atmosféra a obavy, vyhrážky a prosby, v ktorých sa začína taktizovať. U členov rodiny vznikajú somatické ťažkosti a dochádza k izolácii od okolia. Členovia rodiny sa snažia vlastnými silami riešiť situáciu. Alkoholik si neuvedomuje, že rodina vníma jeho problém s pitím. Spontánne ho nenapadne, že má problém, bagatelizuje. Alkoholik v tejto fáze ešte chodí do práce a zarába peniaze a nechápe, že prečo je jeho žena a deti proti nemu. V rodine sú čoraz častejšie konflikty a nedorozumenia. Postihnutý odmieta pomoc, nechce byť liečený. Má tendenciu zľahčovať svoj problém, chýba mu nadhľad. Partner alkoholika pred okolím zakrýva pitie, ospravedlňuje excesy, neprítomnosť v práci a podobne.
3. **Kruciálne (kritické) štádium** – partner a deti sú v stave rezignácie. Rodina prestáva bojovať a aj užší okruh rodiny vidia celý rozsah problému. Somatická a psychická závislosť na alkohole a chorobná alkoholická žiarlivosť narúšajú celý chod domácnosti. Rodina začína pociťovať zlú finančnú situáciu a „nepijúci“ partner začína na seba preberať rolu záchrancu. Manželka už nečaká žiadnu pomoc a spoluúčasť na živote. Partneri nemajú intímne styky. Manželstvo už prestalo plniť svoju funkciu. Deti sa začínajú hanbiť za pijúceho člena, môže nastať problém vo vývine a prejaviť sa u nich neurotická depresia. Rodina je patologická a potrebuje odbornú pomoc.
4. **Terminálne (konečné) štádium** – rodina je sociálne oslabená a úplne izolovaná od spoločnosti, role v rodine sú úplne rozpadnuté. Časté dávanie ultimát – odchody partnerky a detí. Manželky fyzicky svojho muža neznášajú, no stále ho svojím spôsobom majú rady.

Ak sú v manželskom spolužití, tak v tomto štádiu je najčastejšie podávaný návrh na rozvod. Deti sú v evidencii sociálnych kurátorov, psychiatrickej starostlivosti alebo psychologických služieb a závislý člen je vylúčený z rodinného kruhu. Ak sa jedinec rozhodne podstúpiť protialkoholickú liečbu, môže nastať zlepšenie situácie, avšak celkový návrat k pôvodnej podobe rodiny nie je možný. V rodine bude stále pretrvávať istá nedôvera aj po niekoľkoročnom abstinovaní.

2.2 Negatívny vplyv alkoholizmu v rodine na dieťa

Alkohol v rodine vyvoláva tzv. domino efekt, teda poškodzuje sa prežívanie všetkých členov rodiny, sociálnych kontaktov, pracovné zázemie. Do rodinného života výrazne zasahuje alkoholizmus, narúša sa dôvera, súlad medzi manželmi, čo zapríčiňuje krízu v rodinnom živote. Alkoholik v rodine pre svoje deti vytvára zlé životné a výchovné prostredie, narúša psychickú rovnováhu detí, prirodzene dáva negatívne vzory. V rodine dochádza k častým hádkam práve z dôvodu alkoholickéj závislosti. To neblaho pôsobí na deti, u ktorých sa často prejavujú psychické poruchy a v dospelosti môžu mať aj problém pri spoločenskom uplatnení. Alkoholizmus v rodine vyvoláva vyhrotenú situáciu a časté hádky vedú ku kríze v rodinnom živote, až k rozvodu (Krajčírová, Mikloško, 2004).

Alkoholizmus jedného z partnerov znižuje výchovnú funkciu rodiny na dieťa. To je prirodzene citovo naviazané na oboch rodičov. Pri vzniku a prejave závislosti mladšie dieťa nechápe, čo sa v rodine deje, avšak porovnávaním situácie doma s okolím postupne začína chápať, že je v domácnosti prítomný problém – je neurotizované. Vzťah k pijúcemu sa začína narúšať, pretože postihnutý je náladový a prejavuje sa negatívne aj v stave triezvosti. V niektorých prípadoch sa takáto situácia rieši aj spôsobom, že deti sa dostávajú do starostlivosti starých rodičov, v horších prípadoch do náhradnej starostlivosti iných osôb (Nociar, 2001).

Deti v rodine alkoholikov často trpia syndrómom CAN- syndróm týraného, zneužívaného a zanedbávaného dieťaťa. Zasahuje to výrazne do vývinu dieťaťa.

Tento syndróm zahrňuje :

1. *Telesne týranie*- počas alkoholického opojenia rodičov, často dochádza k telesnému ubližovaniu dieťaťu zo strany rodičov. Najčastejšie ubližovanie je zo strany otca.
2. *Psychické (citové) týranie*- poznáme aktívnu a pasívnu formu. Aktívna- nadávky, verbálne útoky, zavrhnutie alebo zosmiešňovanie dieťaťa. Pasívne- prejavuje sa nezáujmom o dieťa, nevšímaním si ho a zanedbanie výchovy zo strany rodičov.
3. *Zanedbávanie dieťaťa*- zanedbanie a nedostatky vo vývine jedinca a poškodenie jeho vývoja. To sa prejavuje v podobách:- telesné (zanedbaná výživa, oblečenie, hygiena, bývanie), výchova a vzdelanie (absencia v škole, nerobenie si úloh), emocionálne (neuspokojovanie potrieb lásky a istoty)
4. *Sexuálne zneužívanie*- k sexuálnemu styku so svojim dieťaťom dochádza vo veľmi málo prípadoch pri požívaní alkoholizmu.

Matka alkoholička

Na pitie alkoholu ženský organizmus reaguje citlivejšie ako u mužov. U žien závislosť vzniká rýchlejšie, rovnaké množstvo alkoholu ako u mužov rýchlejšie pôsobí. Je to zapríčinené nižšou telesnou váhou, podielom nižšieho množstva vody v organizme a nižšou hladinou enzýmov zodpovedných za metabolizmus alkoholu. Preto u žien vzniká rýchlejšia závislosť na alkohole (Mikitová, 2005).

Alkoholizmus žien je spoločnosťou tolerovaný menej ako mužský alkoholizmus. Preto ženy popíjajú osamote, skryte, niekedy aj tak, že okolie a najbližší o tom nevedia. Keď sa už vytvorí závislosť na alkohole, žena nedokáže svoje pitie ovládať. Ak závislosť na alkohole u ženy prepukne, dôjde k odsúdeniu od okolia. Mnohokrát strácajú tieto ženy rodinné zázemie. Manželky a matky, ktoré pijú, neohrozujú svojim pitím iba seba, ale aj svoje deti a celú rodinu. Najviac sú postihnuté deti, ktoré sa v najhoršom prípade ocitnú v náhradnej starostlivosti alebo v detskom domove. Manželka, matka alkoholička, nie je schopná vytvoriť harmóniu a súlad s deťmi. Zabúda na životosprávu svojich detí, nestará sa o ne, či niečo jedli, alebo či majú navarenú teplú stravu.

Domácnosť je zanedbaná, deti nemajú čisté ošatenie, nie sú uspokojované ich základné potreby. Zanedbaná je aj zdravotná starostlivosť detí, na preventívne prehliadky a povinné očkovania matka s deťmi nechodí. (Kusý, 2006)

Ak pijú ženy počas tehotenstva, predstavuje to veľké riziko pre nenarodené dieťa. Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie sa ročne na svete z každej tisícky narodených detí narodí 2 deti s Fatálnym alkoholovým syndrómom (FAS). Na Slovensku sa ročne narodí 250 detí, ktoré trpia Fatálnym alkoholovým syndrómom. Tomuto syndrómu sa dá predísť tým, že matka počas tehotenstva nebude vôbec požívať alkoholické nápoje. Tieto deti sa rodia s menšou hmotnosťou a môžu mať aj rôzne vývojové chyby, poruchy vo vývoji tváre (dlhá plochá horná pera, zástrčkový nos, veľké uši, vpadnutý koreň nosa) a spomalenie psychického vývoja. Deti narodené s týmto syndrómom bývajú plačlivé, nespokojné a majú často aj krčce. Popíjanie alkoholu matky môže viesť až ku poškodeniu centrálnej nervovej sústavy, čo spôsobuje mentálnu retardáciu a znížené IQ. Mentálna retardácia je spojená s poškodením CNS. Tieto deti sú vzdelávané len v osobitných školách. K porušeniu inteligencie dieťaťa a následne k zníženiu IQ vplyvom alkoholu, môže dôjsť aj v prípade, ak žena počas tehotenstva požívala len malé množstvo alkoholu.

Deti trpiace FAS mávajú poruchy učenia a nevedia rozlíšiť svoje veci od cudzích vecí, nedokážu predvídať následky svojich činov. Tieto deti v neskoršom veku majú predpoklad k drogovej závislosti, delikvencii, kriminalite až k násilníctvu (<http://tehotenstvo.rodinka.sk/kym-rastie-brusko/vyziva-v-tehotenstve/rizika-pita-v-tehotenstve/>).

Otec alkoholik

Alkoholizmus u mužov je v Slovenskej republike viac spoločensky tolerovaný ako u žien, ale u mužov má horšie dôsledky. Otec alkoholik je pre rodinu nebezpečnejší, lebo pod vplyvom alkoholu sú muži agresívnejší, surovejší k svojmu okoliu, a to hlavne k manželke a k deťom, pričom sú schopní aj ublížiť. Otec alkoholik vytvára v rodine dlhotrvajúci stres a záťaž, čo u detí spôsobuje telesné a psychické poškodenie zdravia. Manželka a deti pociťujú neustály strach pred ublížením, úzkosť, neistotu a obavy o svoju budúcnosť. Rodina s pijúcim otcom je vystavená posmeškom a ponižovaniu zo strany okolia. Rodina trpí, ak otca prepustia z dôvodu alkoholizmu z práce.

Prídu o finančný príjem, do rodiny a ocitnú sa v zlej ekonomickej situácii, nakoľko vo väčšine rodín je hlavným živiťom rodiny otec. Muži svoje pitie alkoholu, na rozdiel od žien, nemusia schovávať. Alkoholické nápoje zvyčajne pijú počas celého dňa s kamarátmi alebo príbuznými. Vzťah otca alkoholika a detí sa zhoršuje z dôvodu určitého odporu zo strany detí, ochladnutiu citových väzieb a straty porozumenia medzi otcom a dieťaťom (Hašto,2006).

Pitie u mužov sa v spoločnosti berie do istej miery ako spoločenská povinnosť. Muž, ktorí nepije, je do istej miery v spoločnosti menej vítaný a jeho spoločenská rola je oslabená. Veľa mužov má zamestnanie, kde je príležitostne umožnené konzumovať alkohol, napr. firemné akcie, posedenia s klientmi a mnohé ďalšie aktivity vyplývajúce zo zamestnania. Ďalším veľkým spúšťačom alkoholizmu u mužov, môže byť nedostatočná kvalifikácia, vzdelanie a z toho vyplýva menší finančný zárobok v práci. U mužov z nižším zárobkom dochádza k frustrácií, keď sa začne porovnávať s mužmi z okolia, čoho následkom je siahanie po alkohole.

Funkcia rodiny pri oboch rodičoch závislých na alkohole

Problémy rodiny si rozoberieme na jednotlivých funkciách, ktoré rodina zo závislými rodičmi neplní.

1. **Biologicko-reprodukčná funkcia**, ktorá je najstaršia z hľadiska histórie rodiny. Naplňa sa splodením dieťaťa. Alkohol u partnerov znižuje sexuálnu potrebu. U muža zapríčiňuje impotenciu a prenos génov pod vplyvom alkoholu vedie ku genetickej predispozícii dieťaťa na alkoholizmus. Počas pitia alkoholu v priebehu oplodnenia a tehotenstva, dochádza ku poškodeniu plodu. V tehotenstve u ženy spôsobuje vývinové a rastové poškodenia plodu. Po narodení dieťa trpí fetálnym alkoholovým syndrómom (ktorí sme vyššie v práci popísali).
2. **Ekonomická funkcia** rodiny predstavuje zabezpečenie rodiny, zabezpečenie materiálnych potrieb jej členov. Patrí tu aj športové, kultúrne vyžitie, potreba vzdelania a aktivity vo voľnom čase. Kúpa alkoholu je v hodnotovom rebríčku na prvom mieste a rodičia sa nestarajú, či bude dostatok financií na kúpu a zabezpečenie potrieb svojich detí. O domácnosť nie je postarané, deti nemajú zabezpečené ošatenie, teplú stravu a môžu byť náchylnejšie na choroby.

Mnohokrát kvôli alkoholizmu prepustia rodičov zo zamestnania. Strata príjmu alebo zlý zdravotný stav a s tým znížená pracovná spôsobilosť sú dôsledkom alkoholizmu v ekonomickej funkcii. Dochádza tu veľakrát ku ublíženiu na zdraví, poškodení majetku, vraždám, násiliu.

3. **Sociálno-kultúrna funkcia** rodiny. Rodina má byť primárna skupina pre dieťa, kde sa dostáva do kontaktu s inými ľuďmi a vytvára si vzťahy. V rodine si má dieťa vytvárať základný kapitál pre ďalší rozvoj spoločenského života. Vytvárame si v nej dôveru, vzťahy, učíme sa tolerancie. Pijani v očiach dieťaťa nevystupujú ako hrdinovia. Jeho napomenutia si neberie k srdcu a bráni sa vzdorovitosťou. Keď alkoholici vychovávajú svoje dieťa pod vplyvom alkoholu, ich výchovné metódy sú hrubé a agresívne, a tak si dôveru u dieťaťa nemôžu získať. Nedostatok vzoru u dieťaťa v detstve spôsobuje ťažkosti pri vytváraní vzťahov k opačnému pohlaviu. Zlý vzor vytvára negatívny postoj pri vytváraní vzťahov (Pavelová, in: Čistý deň 2/2006)
4. **Emocionálna funkcia** rodiny tvorí najzložitejšiu zložku. Harmonická rodina, tolerancia, pochopenie medzi členmi sú zárukou pre pevné emocionálne zázemie pre dieťa. Dieťa s dobrým emocionálnym zázemím má zdravé sebavedomie a sebahodnotenie, čo mu pomáha správne ovplyvňovať vývoj osobnosti, a tak si dokáže nájsť miesto v spoločnosti a angažuje sa v spoločenskom dianí. Deti z rodiny závislých alkoholikov, pijanov, majú poruchu vedomia vlastnej osobnosti, čo je predpoklad ku vývoju závislosti u dieťaťa. Nekritický postoj rodičov k alkoholu tiež podporuje vznik závislosti. Dieťa, ktoré od mala vníma v okolí svojich rodičov pravidelnú konzumáciu alkoholu a iných návykových látok, môže získať dojem, že je to bežná vec a je to neškodné (Gohlert,2001).

2.3 Vplyv výchovy na vzťah mladého človeka k alkoholu

Popíjanie piva, vína, či destilátov u dnešnej mládeže nie je nič nezvyčajné. Vyplýva to často aj z výchovy dospelých a výchovnej atmosféry (rodinné oslavy a ponúkanie alkoholom samotnými rodičmi, či príbuznými). Rizikovým faktorom pri vzťahu mladého človeka k alkoholu patrí neprimerané výchovne prostredie, ako sú kritizovanie alebo naopak rozmaznávanie, výchova v neusporiadanom rodinnom prostredí, nezáujem rodiny o problémy mladého, kde sa často o výchovu starajú kamaráti alebo „ulica“.

Deťom alkoholikov sa dostáva menej kvalitná výchova a žijú v narušených rodinných vzťahoch, sú viac neurotické, častejšie zlyhávajú v školách, aj napriek dobrému intelektu a sú často klientmi v psychiatrických zariadeniach, pedagogicko-psychologických poradniach a majú aj zdravotné problémy (Benkovič,4/2006).

Deti v rodine závislého rodiča na alkohole alebo oboch sú nepretržite zraňované a sú zmätené. Takéto deti sa často odhalia pri svojich rovesníkoch tým že klamú, vyhýbajú sa bližším vzťahom a skrývajú svoje pocity. V detstve a v dospievaní sa naučia určitý spôsob správania , ktorý je ich obranou a ktorý často preberajú aj nevedome do dospelosti (Šavrnochová, 2011).

Role, ktoré deti preberajú pri pijúcom rodičovi podľa Kopčanovej (2001):

1. **Rodinný hrdina**- môže mať dve podoby: utešujúci hrdina alebo ako zodpovedný hrdina. Utešujúci hrdina- všetku svoju energiu nasmeruje na zachránenie iných v rodine. Je to najčastejšie najcitlivejšie dieťa v rodine, a preto všetky emocionálne potreby ostatných súrodencov berie na svoju zodpovednosť. Zodpovedný hrdina- je to najčastejšie najstaršie dieťa v rodine, ktoré nedáva najavo svoj strach a stará sa o mladších súrodencov. Verí iba sám sebe. Obe typy hrdinov sa snažia vykompenzovať slabosti rodičov a navrátiť rodine stratenú sebaúctu.
2. **Stratené alebo zabudnuté dieťa**- toto dieťa má pocit, že nikam nepatrí. Je to najčastejšie prostredné dieťa, ktoré sa stiahne na okraj rodiny, pretože sa cíti nedôležité. Toto dieťa sa aj utiahne do svojho sveta fantázie.
3. **Rebel**- je to druhé dieťa v poradí, ktoré používa hnev ako zbraň na prežitie. Má problém s autoritou a veľká časť týchto detí, začína v dospievaní experimentovať so sexom a s drogami.
4. **Maskot alebo klaun**- svojím šaškovaním sa snažia odvrátiť pozornosť od problému alkoholizmu v rodine. Je to najčastejšie najmladšie dieťa, ktorého úlohou je odbúrať napätie v rodine.

2.4 Alkohol a súčasná mládež

Podľa Pétiovej (2002, in: Verešová, 2004) výskumu vyplynulo, že najnižší vek, kedy deti okúsili alkohol, bol medzi 6-9 rokom, ale najčastejším rokom, kedy mládež začína s konzumáciou alkoholických nápojov, je obdobie od 14 do 18 roku života. Je to obdobie, kedy mládež experimentuje zo zvedavosti v snahe prispôbiť sa rovesníckej skupine a uniknúť nude z rodinného prostredia. Adolescentný vek je obdobie hľadania a objavovania nových vecí, vo väčšine aj zakázaných, ktoré pre nich predstavujú aj zjavné riziko. Preto je primárna prevencia v tomto veku a možno aj skoršom období potrebná, aby mládež bola vedená k zdravému a zodpovednému životnému štýlu a minimalizovalo sa u nich zneužívanie návykových látok.

Pôsobenie alkoholu na dospelého jedinca, deti a dospievajúcich má svoje špecifiká, ktoré popísal Nešpor (2000):

- u dieťaťa a dospievajúceho sa závislosť na alkohole môže vytvoriť v priebehu mesiacov, no u dospelého jedinca sa vytvára roky, niekedy aj desiatky rokov,
- u detí je vyššie riziko otráv alkoholom, z dôvodu nižšej tolerancie kvôli menšej skúsenosti a alkoholom a sklonom k riskovaniu,
- je to obdobie riskovania a experimentovania, a preto skúšajú aj kombináciu alkoholu s inými návykovými látkami,
- u detí a dospievajúcich závislosť od alkoholu alebo častú konzumáciu alkoholu spôsobuje viditeľné zaostávanie v psychosociálnom vývine - v oblasti vzdelávania, emocionálnej oblasti, sociálnych zručnostiach, sebakontrole atď.

V súčasnosti je príčina konzumácie alkoholu u mladých prejavom priateľstva, ľahšej komunikácie s rovesníkmi, lepšej nálady a otvorenej zábavy. Mládež, v porovnaní s dospelou populáciou ľudí, nepatrí medzi tú skupinu ľudí, ktorá popíja alkohol pravidelne každý deň. Medzi mládežou nájdeme viac abstinentov ako u dospelých. Pitie alkoholu od roku 1996 do 2006 u mladých ľudí sa výrazne nezmenil. (Ochaba a kol., 2009)

Mládež pod vplyvom alkoholu má sklon k násiliu a agresívnemu správaniu, sú povolnejší voči nechránenému sexuálnemu styku a ku riadeniu motorového vozidla, kde často dochádza k vážnym dopravným nehodám. Časté popíjanie alkoholu u mládeže, spôsobuje poškodenie mozgu a dlhodobé popíjanie vedie ku cirhóze pečene a k iným zdravotným následkom. (Hladík, 2009).

3. PREVENCIA ZÁVISLOSTÍ

Schavel a Čišecký (2007, s.7) charakterizovali prevenciu ako: „...ide o predchádzanie vzniku alebo možného vzniku zdravotných, sociálnych alebo iných problémov“ Prevencia je podľa nich spájaná s prevenciou sociálno-patologických javov.

Rozdelenie prevencie drogovej závislosti vo všeobecnej rovine:

- **Primárna prevencia** zameraná na mladých ľudí, u ktorých sa neobjavili problémy s konzumáciou návykových látok, smeruje k zlepšovaniu kvality života bez konzumácie drog,
- **Sekundárna prevencia** slúži na pomáhanie jednotlivcom, ktorí už experimentovali s drogami, cieľ tejto prevencie je zameraný na najrýchlejšie zotavenie, liečenie a riešenie už existujúceho problém.
- **Terciálna prevencia** je zameraná na drogovu závislého jednotlivca. Ideou tejto prevencie je predchádzať ďalšiemu narastaniu problémov, ktoré drogová závislosť zanecháva na zdraví jednotlivca a pokúsiť sa navrátiť závislého do normálneho života (Orosova,2003).

Prevenciu môžeme rozdeliť podľa rozsahu cieľového objektu ako:

1. *širokoplošnú* - realizuje sa v rámci regionálneho meradla,
2. *komunitná alebo skupinová prevencia* - realizuje sa v rámci obce, komunity,
3. *individuálna* - je zameraná na konkrétny objekt.

Delenie prevencie podľa rozsahu časového pôsobenia na objekt prevencie:

1. *jednorazová* - realizuje sa formou jednorazového poradenstva, intervencie, aktivity,
2. *krátkodobá* - jedná sa pôsobenie na objekt niekoľko týždňov pomocou preventívnych opatrení,
3. *strednodobá* – ide o priebežné pôsobenie alebo dohľadanie na objekt prevencie po dobu viacerých mesiacov alebo až niekoľko rokov. (www.mspnitra.sk)

V rámci prevencie sa stretávame s vymedzením troch rovín prevencie v praxi:

- *prevencia ako samostatná oblasť sociálnej práce* (sociálno-patologické javy musia mať vymedzený svoj okruh, musia sa odrážať v sociálnej politike a legislatíve štátu),
- *prevencia ako metóda* (sociálna práca v rámci sociálnej prevencie používa veľa pracovných postupov, čo z nej robí samostatnú metódu)
- *prevencia ako princíp sociálnej práce* (prevencia by mala byť základom pre sociálnu prácu). (Levická, 2002)

3.1 Sociálna prevencia a preventívna sociálna práca

Podľa Matouška(2008), ktorí definuje prevenciu v rámci vzťahu k sociálnej práci ako súbor opatrení, ktoré sú namierené na predchádzanie sociálneho zlyhania a sú to tie typy zlyhania, ktoré zasahujú do základných hodnôt spoločnosti, ako napr. závislosti, kriminalita, prostitúcia a pod.

„Sociálna prevencia sa stala neoddeliteľnou súčasťou sociálnej práce a znamenala významný krok v jej aplikačnom rámci - prestala byť obsahovo relatívne vágnou disciplínou, nakoľko vymedzila povinnosti a možnosti orgánov miestnej štátnej správy a samosprávy, ako i mimovládnych organizácií pri realizácii preventívnych opatrení.“ (Schavel a kol, s.15, 2008)

Prevencia podľa Bublínho (s.7, 2001) mala mať nasledovné znaky:

- vychádzať z analýzy javu, ktorému treba predchádzať, alebo výskyt ktorého treba uľahčovať z poznania jeho príčin a podmienok,

- pristupovať k analýze javu z hodnotiaceho hľadiska (individuálneho, skupinového, celospoločenského),
- je orientovaná do budúcnosti, a preto sa spája s prognózovaním pravdepodobnosti výskytu príslušného javu,
- je zámerným pôsobením tak z aspektu cieľov, ako aj výberu metód a foriem pôsobenia.

Prevenencia vo všeobecnosti podľa Devečkovej (2010) sa orientuje na všetkých ľuďoch a programy prevencie sú orientované na predchádzanie alebo oneskorenie pitia alkoholu, drog alebo tabaku. Hlavnou podstatou je zdravotná prevencia, ktorá informovaním a vzdelávaním prispieva k tomu, aby minimalizovala škodu na zdraví.

Preventívnej sociálnej práci sa venuje v súčasnosti väčšia pozornosť ako doposiaľ, je to preto, lebo je považovaná za najúčinnjšiu a najmenej namáhavú pri „liečení“ v oblasti sociálnych problémov, medzi ktoré patrí aj alkoholizmus. Táto sociálna práca je zameraná na dobro a záujem spoločnosti. (Šiňanská, In. Žiaková, 2011)

Stále v spoločnosti narastajú sociálne problémy, pre ktoré je potrebné stále skvalitňovať sociálnu prácu. Pred riešením sociálneho problému je potrebné najprv týmto problémom predchádzať, prípadne ak sa sociálny problém prezentuje, je potrebné zabrániť ich ďalšiemu prehĺbovaniu, alebo obmedziť jej opakovanie, a to dôsledkom cielenej prevencie. Pri riešení sociálneho problému hovoríme konkrétne o sociálnej prevencii. Sociálny pracovník je profesionál, ktorý je v interakcii s človekom, ľuďmi a jeho osobnosť sa má odvíjať od osobnostných predpokladov a povahových vlastností (Schavel, Čišecký, 2005).

Sociálna prevencia má tri základne funkcie:

1. **obnova**- orientuje sa na elimináciu faktorov, ktoré vedú k narušeniu, cieľom je navrátiť spoločenské fungovanie. Metódy ktoré sa tu používajú sú vyhľadávacia činnosť, rehabilitačná a kuratívna.
2. **zaistenie zdrojov**- jedná sa o zdroje, ktoré vychádzajú z jedinca, ako je jeho intelekt, emocionálna a duchovná zložka jeho osobnosti. Tieto zložky sa formujú prostredníctvom výchovy a vzdelávania.

3. **náprava**- ak dôjde k odchýlke od spoločenskej normy, tak sociálna prevencia sa snaží vyvíjať aktivity, ktoré smerujú k náprave.

Rozdiel medzi obnovou a nápravou spočíva v tom, že obnova nastupuje pred vznikom porúch správania zo strany jedinca (Levická, 2003).

3.2 Formy a úrovne sociálnej prevencie

Vo všeobecnosti sú známe **tri úrovne prevencie** a to je primárna, sekundárna a terciárna. Novšie vnímanie a delenie jednotlivých úrovni delíme na:

- *univerzálnu* - je zameraná všeobecne na populáciu ľudí a na špecifické podskupiny,
- *selektívnu* - je zameraná na podskupiny, kde je vysoké riziko vzniku sociálno-patologických javov, prípadne sa už vyskytli,
- *indikovanú* - je zameraná na jednotlivca, kde sa už prejavujú špeciálne znaky, ako je napríklad prevencia. (Schavel a kol, 2008)

Funkcie prevencie by mali byť legislatívne podchytené a deklarované v politike štátu. Funkcie by mali vychádzať z potrieb odborníkov alebo subjektov, ktoré s prevenciou pracujú a vedia pomenovať problémy v rámci preventívnej činnosti.

Základné funkcie prevencie:

- plánovanie, projektovanie v preventívnych aktivitách,
- príprava a vzdelávanie odborníkov v rámci prevencie prostredníctvom špecializovaných výcvikových programov, ale aj informačných materiálov,
- pomáhať inštitúciám, ktoré sa angažujú v rámci preventívnych programov,
- definovanie základného okruhu problémov,
- dokumentovanie aktivít v rámci prevencie a jej účinnosti v rámci miestnej, regionálnej a národnej úrovni,
- odborný rast a dostatočné vzdelanie pre realizátorov preventívnych programov. (Schavel, Čišecký, 2005)

Medzi formy sociálnej prevencie zaradujeme tieto činnosti:

1. vyhľadávacia činnosť – jedná sa o vyhľadávanie :

a. maloletých, ktorých :

– rodičom bráni vo výkone ich práv a povinnosti závažná prekážka,

- rodičia nemôžu alebo nechcú riadne plniť svoje rodičovská práva a povinnosti,

- rodičia zneužívajú svoje práva, alebo závažným spôsobom zanedbávajú svoje povinnosti,

b. maloletých s poruchami správania,

d. maloletých, u ktorých je dôvodné podozrenie z týrania, alebo pohlavného zneužívania, alebo maloletých ohrozených z iných vážnych dôvodov,

e. občanov vhodných vykonávať náhradnú rodinnú starostlivosť,

f. občanov, ktorí potrebujú pomoc právnickej osoby alebo inej fyzickej osoby (Zz č.195/1998, § 6, ods.2)

Vyhľadávacia činnosť sociálnej prevencie je zameraná na vyhľadávanie klientov, ktorí sa ocitli v hmotnej alebo sociálnej núdzi. Takéto hľadanie sa vykonáva v rámci sociálnej práce, ktorá sa vykonáva v prirodzenom prostredí klienta. (Schavel a kol, 2008)

2. Nápravná činnosť

Nadväzuje úzko na vyhľadávaciu činnosť. Hlavným zameraním nápravnej činnosti je dosahovanie pozitívnych zmien v konaní klienta a odstraňovanie chýb. Pod pojmom nápravná činnosť rozumieme odstraňovanie, alebo neutralizovanie negatívnych procesov už vzniknutého sociálneho stavu. Je zameraná aj na výchovne opatrenia, alebo usmernenie v chybnej výchove dieťaťa. Cieľom výchovy v prevencii je napomôcť jedincovi, rodine alebo skupine, aby zvládali sociálne situácie. Pomôcť jedincovi ľahšie sa začleniť do spoločnosti a nábrať sociálne návyky.

3. Rehabilitačná činnosť

Podľa zákona: „*sú postupy na obnovu najvyššie dosiahnutelného individuálneho stupňa osobnostného vývinu, fyzickej výkonnosti a pracovnej výkonnosti občana*“. Dôvodom môže byť sociálne, zdravotné, psychické, zmyslové postihnutie, kedy jedinec si svoj stav nevie zabezpečiť vlastnými silami a aj zdrojmi. Cieľom sociálnej rehabilitácie je zoslabenie obmedzenia a znížiť závislosť jedinca od pomoci iných a začleniť ho do spoločnosti pri liečbe od závislosti. V rehabilitačnej činnosti majú zastúpenie dve základné činnosti: výchovná, ktorá je zameraná na socializáciu jednotlivca. Profesionálna rehabilitácia, ktorá umožňuje reintegráciu na trhu práce.

4. Resocializačná činnosť

Cieľom je prispôbienie jedinca na spoločenský systém, prispôbienie sa normám, novým sociálnym rolám, prijatie autorít a prístup k novým informáciám a ich využitie. Táto činnosť pomáha pri riešení a vyriešení sociálnej situácie, v ktorej sa jedinec ocitol kvôli závislosti.

Primárna prevencia

„Zameraná na predchádzanie problémov“ (Levická, s.102, 2007)

Podľa Hupkovej, Bohušovej (2002) formuje podmienky pre optimálny vývin človeka ako bio-psycho-sociálnej bytosti. Táto prevencia je často označovaná aj za univerzálnu.

Táto primárna prevencia je zaradená do programov sociálnej, zdravotnej, školskej, rodinnej a iným formám politiky štátu. Obsahuje všetky preventívne programy, ktoré sú zamerané na to, aby sa predchádzalo vzniku závislosti a psychopatologickým javom. Primárna prevencia, s ktorou by sa malo dieťa stretnúť, je výchovne pôsobenie v rodine. Deťom a mládeži je tento druh prevencie podávaný formou prednášok, besied, voľno časových aktivít a pôsobením masmédií a pod. Tento druh prevencie je zameraný na širokú skupinu obyvateľstva. (Šišanská, in: Žiaková, 2012)

Primárna prevencia má aj svoju slabú stránku. Ideálom primárnej prevencie je podať mladým ľuďom **informácie** - podľa ktorých si vytvoria **postoje** a budú sa podľa toho **správať**. Takto to v dnešnej dobe nefunguje. Primárna prevenciu najviac ovplyvňuje: nedostatok prostriedkov, odporujúce informácie, správanie známych ľudí, hodnoty dnešnej spoločnosti. Preventívne aktivity sú veľa krát nekoordinované a zamerané skôr na ohrozenia, ktoré prichádzajú do spoločnosti ako nové a na staré sa popri nich zabúda. Preto sú preventívne programy málo účinné. Preto sa nemôžeme čudovať, že správanie u detí alebo mládeže sa nedá raz a navždy zmeniť. (Radimecký, 2009)

Podľa Hupkovej (2009) sa primárna prevencia delí na špecifickú a nešpecifickú. Pod **špecifickú** spadajú aktivity, ktoré sú priamo zamerané na primárnu prevenciu užívania návykových látok. Jedna sa o programy, ktoré sú zamerané presne na určitú formu sociálno-patologického správania. **Nešpecifická** primárna prevencia sú činnosti, ktoré sa snažia o podporovanie zdravého životného štýlu a aktivít, ktoré zodpovedajú vekovej kategórii. Sú to činnosti, ktoré majú poukázať mladým ľuďom iné hodnoty než je droga, ako sú napríklad športové aktivity a záujmové činnosti.

Sekundárna prevencia

Táto prevencia má svojho adresáta a je zameraná na ohrozenú skupinu obyvateľstva. Pod sekundárnou prevenciou chápeme poskytnutie efektívnej pomoci osobám, ktoré už zneužívajú návykové látky. Cieľom je prerušiť, minimalizovať alebo chrániť jedinca pred vplyvom nežiaducich (rizikových) faktorov užívania alkoholu, alebo iných omamných látok. Tento druh prevencie zabraňuje vzniku porúch sociálneho a psychického vývinu a zabezpečiť opatrenia pre ohrozeného jedinca. (Nešpor, Csémy, 2003)

Sekundárna prevencia je zameraná priamo na už ohrozeného jednotlivca, alebo ohrozené skupiny a dáva priestor odborníkom vykonávať špecializované aktivity z radov zamestnancov v sociálnej oblasti, v zdravotníctve a v školstve. Ak sa už vyskytli poruchy a problémy, využívajú sa špeciálne terapie alebo poradenské subjekty. Platí tu pravidlo, že včasnou a vhodnou intervenciou sa dá predchádzať nepriaznivej prognóze. (Schavel, Čišecký, 2005)

Terciárna prevencia

Terciárna prevencia je zameraná na jednotlivcov, ktorí sú už závislí od alkoholu alebo iných drog. Cieľom tejto prevencie je predchádzať ďalšiemu zhoršovaniu stavu závislého jedinca a znižovať následky, ktoré so sebou závislosť prináša. Vykonávajú sa tu opatrenia, ktoré majú zabrániť návratu k závislosti po liečbe. Patria sem rôzne programy na zmiernenie, tzv. prístup harm reduction. (Nešpor, Csémy, 2003) Harm reduction je metóda priamej sociálnej práce s klientom, pri ktorej sa využíva terénna sociálna práca. Tento druh metódy sa využíva nielen pri drogovej závislosti, ale pri všetkých druhoch klientov, ktorí nie sú schopní svoje rizikové správanie úplne zmeniť a opustiť. Poslaním tejto metódy je, aby klienti poznali nebezpečenstvá, ktoré vyplývajú z ich správania a oboznámili sa so stratégiami, ktoré pomôžu túto hrozbu znížiť, následne pomôcť klientom uplatňovať dané stratégie. (Klenovský, 2006)

Terciárna prevencia sa vykonáva v diagnostických centrách, liečebno-výchovných sanatóriách, reedukačných detských domovoch a reedukačných domovoch pre mládež. Vykonávajú ju zdravotníci, školské alebo sociálne inštitúcie.

Terciárna prevencia má svoje zastúpenie v dlhodobom resocializačnom procese a vykonáva sa na profesionálnej úrovni, ktorú vykonávajú profesionálni pracovníci resocializačného zariadenia. (Hroncová, 2004)

Prvky efektívnej prevencie

Medzi všeobecné prvky efektívneho preventívneho programu patria:

1. Pôsobenie na rôzne cieľové vekové skupiny prostredníctvom školy, rodiny, masmédií. Príčiny vzniku závislosti u jedinca sú rôznorodé, preto tieto programy majú byť komplexné a má byť v nich zakomponovaný väčší súbor rizikového pôsobenia.
2. Kontinuita medzi plánovaním a jednorazovými aktivitami bez ohľadu na ich náklady a rozsah (celožltatne protizávislostné kampane a jednorazové prednášky). Takéto informácie sú jednostranné a málo efektívne.
3. Prepojenie jednotlivých preventívnych programov, ako prevenciu zneužívania drog s prevenciou problémov spôsobených alkoholom a tabakom.

4. Najvhodnejšia doba na začatie s preventívnymi programami je predškolský vek, nakoľko sa v tomto veku u jedinca formujú názory, postoje. Podľa štatistik je najvhodnejšia prevencia v rannom veku z dôvodu toho, že čím sa skôr s tou prvotnou primárnou prevenciou začne, tak tým je príslušný výsledok efektívnejší. Formy prevencie sú prispôsobené veku a možnosťami detí.
5. Podporovanie zdravého životného štýlu a dávanie vhodných alternatív do popredia deťom, ktoré sú pre nich vhodné a pozitívne pre danú cieľovú (vekovú) skupinu, by malo byť súčasťou každého preventívneho programu.

Ako formy neúčinnnej prevencie sa preukázali :

1. ukazovanie a podsúvanie deťom zdravotné dôsledky užívania alkoholu a iných omamných látok,
2. odstrašovanie, prikazovanie a zakazovanie a moralizovanie o dôsledkoch užívania alkoholu, tabaku alebo drog,
3. výchova detí, ktorá je postavená buď na zlých základoch alebo na prehnanej výchove (Kalina,2003).

3.3 Liečba závislých na alkohole

Pri vhodnej forme liečenia je potrebné si uvedomiť, o akého klienta sa jedná. Rozdelenie protialkoholického liečby podľa typu klienta je nasledovné :

- **Ambulantná forma** - je vhodná pre pacientov, ktorí sú motivovaní pre abstinovanie a nemajú žiadne vážnejšie somatické a psychické komplikácie vo vývine. Výhodou tejto liečby je, že jedinec ostáva vo svojom prirodzenom prostredí, avšak nevýhodou môžu byť aj napäté vzťahy v rodine. Dobré rodinné zázemie a spolupracujúca rodina je pri tejto forme liečenia veľmi dôležitá.

- **Ústavná forma** - je vhodná pre jedincov s vážnymi telesnými a psychickými komplikáciami pre osoby, ktoré dlhodobo požívali alkohol. Jedinec má slabú motiváciu na abstinenciu a podpora zo strany rodiny je veľmi slabá. Zmena prostredia v tomto prípade je pozitívna hlavne pre tých, ktorí mali priateľov „pianov“. Táto liečba sa vykonáva buď krátkodobo alebo dlhodobo. Krátkodobá trvá iba 10 dní, je to tzv. detoxikačný pobyt , kde počas priebehu môžu nastať odvykacie problémy, zlepšuje sa

celkový telesný stav jedinca. Dlhodobá liečba sú tzv. terapeutické komunity (napr. Anonymní alkoholicy) a doliečovacie centrá. (Benkovič, 2006)

Liečba od závislosti na alkohole môže byť aj napadnutá, napr. súdom. Ambulantná liečba je aj pre jedinca menej finančne náročná, keďže často mnoho osôb z dôvodu požívania alkoholu stratia prácu a ocitnú sa v nepriaznivej sociálnej situácii.

Odvykací stav od alkoholu

Objavuje sa u osôb, ktoré dlhodobo a intenzívne požívajú alkohol. Stav odvykania nastáva po niekoľkých hodinách, až dňoch, od poslednej konzumácie alkoholu, alebo po redukcii dávky alkoholu. Odvykanie organizmu od pravidelnej dávky alkoholu prichádza väčšinou dva dni po úplnom vysadení alkoholu. U jedinca sa to prejavuje trasením rúk alebo celého tela, potením, závratmi, úzkostnými stavmi, psychomotorickým nekludom, zrakovými alebo sluchovými halucináciami alebo ilúziami, stavmi núdze, bolesťami hlavy, pocitmi slabosti, poruchami spánku, tachykardiou alebo hypertenziou. Pokiaľ nedôjde k rôznym komplikáciám, tak stav odvykania zvyčajne odznieva v treťom až piatom dni. Príznakmi sú nespavosť, úzkosť a môžu trvať niekoľko mesiacov, môžu ho skomplikovať kŕče alebo epileptické záchvaty, čo môže jedinca priviesť do stavu delíria tremens. V tomto stave je jedinec v ohrození s vysokou úmrtnosťou.

Tento stav je skomplikovaný stavmi, ktoré prichádzajú naraz a môže dôjsť až k metabolickému rozvratu. Z daného dôvodu je potrebné sledovať aj vnútorné prostredie jednotlivca a zvoliť pre to najvhodnejšiu liečbu. Pri liečbe sa používa liek Antabus-Disuliram, ktorý s konzumáciou alkoholu u jedinca vyvolá sčervenanie, zrýchlenie tepu, bolesti hlavy, vracanie, bolesti na prsiach. (Kalina,2003)

Prvým krokom alkoholika je absolvovanie protialkoholickéj liečby, je to znak na nový začiatok a nový spôsob života. Ak sa absolvuje liečba, alkoholik/-čka vstupuje do doliečovacieho procesu, kde sa pracuje s tými vzorcami správania, u ktorých rozvoj sa už začal počas ambulantnej alebo ústavnej liečby. Jedinec sa prispôsobuje novým životným situáciám a činnosťami. Dostáva sa do procesu sociálneho učenia v ktorom sa učí znovu vnímať, prežívať a reagovať rýchlo na meniace sa podmienky v pracovnom alebo rodinnom živote.

Po absolvovaní liečby a počas doliečovacieho procesu je najvhodnejšie pre rýchlejšiu adaptáciu a resocializáciu absolvovanie programov, ktoré sú zamerané na opakovanie kúry, ako sú ambulatná forma psychoterapie, socioterapeutické kluby a ak je to potrebné, tak aj pokračovanie vo farmakoterapii (Kovalčinová,2006).

Podľa Nešpora (2000) okrem socioterapeutických klubov, ktoré sú vedené pod dohľadom odborníkov, má možnosť abstinujúci alkoholik navštevovať aj organizácie anonymných alkoholikov.

Terapeutické ciele pri liečbe alkoholizmu:

- minimalizovanie telesných a psychických porúch, ktoré vznikli z dôvodu nadmerného pitia alkoholu,
- zmena postoja pacienta voči alkoholu,
- budovanie nových vzťahov a snaha o zlepšenie vzťahov,
- obnovenie hierarchie hodnôt pred pitím.

Fázy terapie

1. *Kontaktná* - zisťujeme sociálnu situáciu u klienta a začíname formovať motiváciu u klienta s abstinenciou alkoholu, čo si vyžaduje dlhodobú abstinenciu niekedy aj niekoľko rokov,
2. *Detoxikačná* - trvá niekoľko dní až mesiacov po odobratí alkoholu, v mnohých prípadoch je tu potrebné aj z medicínskeho hľadiska aplikovať farmaká alebo infúzie,
3. *Odvykacia liečba* - účelom tejto liečby je úplne zmeniť postoj jedinca k alkoholu, čo trvá niekoľko týždňov až mesiacov, realizuje sa tu buď individuálna alebo skupinová psychoterapia, socioterapia, rodinná terapia,
4. *Rehabilitačná* - súčasťou tejto rehabilitácie sú klubové aktivity, ako je napríklad A-kluby (abstinujúcich alkoholikov) alebo svojpomocné skupiny anonymných alkoholikov. Príslušná fáza terapie má za účel priviesť klienta k pôvodným sociálnym funkciám.

Farmakoterapia alkoholizmu

1. anticravingové- znižujú túžbu po alkohole a zlepšujú kognitívne funkcie a pomáhajú jedincovi pri abstinencii,
2. farmaká s averzívnymi účinkami- slúžia na vytvorenie, obnovenie podmieneného reflexu,
3. farmaká zmierňujúce abstinenčné príznaky,
4. farmaká na liečbu psychiatrických komplikácií alkoholizmu. (Pokorná, Most'ák, in:Benkovič, 2006)

Abstinujúci alkoholik tesne po absolvovaní liečenia je veľmi krehký a zraniteľný. Schopnosť sebauvedomenia a pozitívne vnímanie sveta umožňuje jemu a jeho rodine rýchlejšie rozpoznať blížiacu sa nebezpečenstvo, ktoré by mohlo ohrozovať abstinovanie. (Podmajerský-Prillinger,2001)

Fázy abstinovania:

1. Abstinovanie po dobu *dvoch rokov* je dobou, kedy sa poruchy spôsobené alkoholom dávajú do normálu a upravujú sa, doliečovanie po dobu dvoch rokov je dobrým základom pre zmenu životného štýlu,
2. Od *tretieho roku* abstinovania sa snaží udržiavať si dobrý zdravotný stav a štýl, postupne sa mu dostáva ocenenie a pocity menejcennosti a životný neúspech sa dostáva do úzadia,
3. *Štvrtý rok* je o prijatí abstinujúceho alkoholika opäť do spoločenského života,
4. Od *šiesteho roku* je zaradený do spoločnosti a vedie dobrý životný štýl a jeho „kariéra pijana“ je už zabudnutá, jeho rodina a jeho okolie ho znovu akceptuje ako spoľahlivého otca, partnera, matku, spolupracovníka, kamaráta, ktorý už nepotrebuje zvláštne zaobchádzanie. (Kovalčinová, 2006)

3.4 Podpora rodiny v procese liečenia závislého od alkoholu

Rodina okrem základných funkcií ako je: biologicko-reprodukčná, ekonomická, emocionálna, socializačno-výchovná funkcia aj funkciu domestikáciu. Táto funkcia je dôležitá pre osobné začlenenie človeka v živote a pocity, že niekam patrí, „tu som doma“. Je často označovaná aj ako ochranná funkcia, ktorá spočíva v ochrane zdravia členov rodiny. (Šatánek, 2004)

Iba málo rodín so závislým členom sa postaví priamo tvárou v tvár závislosti. V rodine závislého alkoholika mu nik nerozumie, pretože pije a rodina mu nerozumie, lebo pije. Členovia nemajú spočiatku ani záujem o zmenu a pijan si stále nájde cestu ako sa k alkoholu dostať. V rodine prevláda ľahostajnosť voči pijanovi a popieranie, mlčanie a izolácia. Závislosť jedného člena v rodine dominuje životu rodiny a ich chodu. Rodina si uvedomí svoju ľahostajnosť a potom je schopná spraviť aj nemožné. Aj sľubovať odmenu v prípade prestania požívania alkoholu člena rodiny, stačí im len vidina toho že jedinec prestane piť. Ani jeden z nich nechápe, že zmena postoja je potrebná na oboch stranách nie iba na strane pijana (Kerčáková,2009).

Rodina na vyliečenie jedinca nestačí, preto je potrebné vyhľadať odbornú pomoc, lekársku pomoc. Jedinec sa musí podrobiť liečbe buď ambulantnej alebo ústavnej. Pri týchto formách liečenia je potrebné aby rodina spolupracovala s lekárom, terapeutom. Pre príbuzných nie je najľahšie prijať túto situáciu ktorá nastala, preto je niekedy problém spolupráce s príbuznými. Je pre nich ťažké prekonať odpor. Rodina a závislý člen musia pochopiť, že liečenie je iba taká krátkodobá záležitosť, ale že je to tvrdá práca na sebe a svojom okolí. Niektoré informácie, ktoré im podáva lekár alebo terapeut sa im môžu zdať nudné, zbytočné a nezmyselné. (Novotný,in:Kubaška,2012)

Rodina, ktorá je ochotná svoj voľný čas venovať ozdravovacím aktivitám a týmto svojim konaním zvyšujú a urýchľujú efektívnosť liečby závislého. (Podmajerský-Prillinger,2001)

3.5 Resocializácia

Vo všeobecnosti resocializácia je opätovné začlenenie jednotlivca, u ktorého takýto proces už prebehol. Je spájaný so socializáciou, jednotlivec v tomto procese vstupuje do pre neho nového prostredia, ako je nové zamestnanie, nová sociálna rola v skupine. Poznáme resocializáciu zámernú tá vychádza zo strany jednotlivca, kedy sa chce vžiť do nového prostredia. Neuvedomelá resocializácia je bez snahy jednotlivca. Priebeh resocializácie závisí od jednotlivca, či sa dokáže adaptovať na novú sociálnu zmenu. Veľkú rolu pri resocializácii zohráva aj to či je výrazná zmena od predošlého a nového. Emocionálna naviazanosť na staré prostredie, resocializačný proces výrazne spomaľuje. Resocializácia sa používa iba v prípadoch, situáciách, kde ide o zásadnú zmenu v živote jednotlivca.

Najčastejšie sa využíva pri zmene v živote jednotlivca, ktorú sprevádzali sociálne, psychické alebo somatické dôsledky. Resocializácia je zameraná na sociálne stránku jednotlivca, ktorá v dôsledku požívania alkoholických nápojov je narušená (Plávková,2008).

Jednotlivec, ktorí absolvuje liečbu sa buď vráti do bežného života, alebo bude pokračovať v doliečovacom procese (resocializačnom). V tomto procese jednotlivec, ktorí bol predtým závislým užívateľom alkoholu má teraz možnosť sa začleniť do života ale bez alkoholu. Počas resocializácie získava a obnovuje si zručnosti a návyky. Forma resocializácie je rôzna, môže prebiehať v týchto formách: chránené bývanie, sociálne poradenstvo, pracovná terapia, sociterapeutické kluby (ktoré sme si vyššie v práci popísali podrobnejšie), rekvalifikačné programy a iné. Na Slovensku sa nachádza 17 resocializačných zariadení, ktoré majú kapacitu lôžok 232 a nachádzajú sa v každom krajskom územnom celku okrem Žilinského kraja. V resocializačných strediskách je umiestnených 69% klientov, ktorí sa tam ocitli kvôli alkoholizmu (Galáš In:Čistý deň,1/2004).

Resocializačný proces je pokračovanie v starostlivosti o závislých na alkohole alebo drogách. Má svoje miesto v prevencii a je zameraná na predchádzanie, prehlbovanie a opakovanie porúch psychického, fyzického a sociálne vývinu. Resocializácia začala sa budovať v rokoch 1995 a je efektívnosť overovalo mnoho pozorovateľov vo svojich prieskumoch. Sledovaním efektívnosti resocializačného procesu sa venoval aj Galáško (in:Čistý deň,1/2004,str.14-15) a svojím meraním preukázal na abstinenciu, abstinentov ktorí ukončili celý resocializačný proces. Najefektívnejšie zariadenia udáva AT Sanatórium v Bratislave, kde až 84% abstinujúcich, Resocializačné centrum Tomky- 68% abstinujúcich, Provital Koš- 66% abstinujúcich. Veľa autorov sa snaží poukázať na zastupiteľské miesto resocializácie pri liečbe závislosti od alkoholizmu a drog. V rámci tohto procesu má jedinec nadviazať nové vzťahy, kontakty a viesť kvalitné vzťahy s druhými ľuďmi.

Resocializačné fázy podľa Prunnera a Hroncovej(2009):

1. *fáza- štádium adaptačno-motivačné*. Prebieha počas prvých mesiacov klienta v resocializačnom zariadení, kde sa zúčastňuje na programe a činnostiach daného zariadenia. Podávajú sa informácie klientovi o komunite a princípoch, ktoré platia pre komunitu. Klient v tejto začiatkovej fáze nemá povolené telefonáty, vychádzky, poštu a komunikuje iba s členmi komunity. Tento postup pomáha jednotlivcovi v lepšej adaptácii a chráni ho pred recidívou.
2. *fáza nápravná a terapeutická (konfrontačná)*. Prebieha počas 3-4 mesiacoch a je zameraná na budovanie interpersonálnej regulácie jedinca. Klientovi môžu byť povolené vychádzky iba v tom prípade, ak to komunita odsúhlasí a v tejto fáze si plní svoje povinnosti, ktoré má v rámci zariadenia. Pracuje sa tu nie len s klientom, ale aj s jeho rodinou a okolím.
3. *fáza sociálno- rehabilitačná (rozhodujúca)*. Zameraná je na celkovú fyzickú a psychickú obnovu organizmu jedinca a dosiahnutie osobnostného a fyzického vývinu jedinca a obnovenie jeho pracovných výkonov. V tejto fáze nadobúda zodpovednosť sám za seba, ale aj za celú komunitu.
4. *fáza reintegračná (prípravná)*. Prebieha počas posledných týždňoch klienta v zariadení až v prvých týždňoch návratu do bežného života. Jedinca sa zúčastňuje na proti abstinenčných tréningoch a doliečovacích klubov. Klient sa pripravuje na odchod do bežného života z resocializačného zariadenia.

3.6 Svojpomocné skupiny

Patria do sektoru neštátnych subjektov a môžeme ich zaradiť do organizácií tretieho sektoru. Veľa organizácií v treťom sektore sú na báze dobrovoľnosti (pracujú v nich dobrovoľníci, ktorí za svoju prácu nepýtajú finančnú odmenu). Snažia sa o presadzovanie práva jednotlivcov alebo menšej skupiny obyvateľstva a uspokojujú individuálne potreby. Tieto organizácie sú často realizátorom zmien, ktoré sa vykonávajú v spoločnosti. Sociálna, ekonomická, kultúrna, vzdelávacia, športová, zdravotná sú hlavnými prioritami a sú najvýznamnejšie.

Realizátorom svojpomocných skupín sú jednotlivci, ktorí prežili sami a vlastnými silami prekonali svoju zlú a zložitú životnú situáciu.

Títo jednotlivci sa spájajú s cieľom pomôcť jednotlivcom, ktorí sa buď nevedia vyrovnáť s tou istou zlou situáciou, alebo za účelom vymieňania skúsenosti, lebo sami prekonávajú alebo prekonali podobnú zlú skúsenosť.

Svojpomocne skupiny spájajú ľudí s rovnakou životnou skúsenosťou, osudom. Stretávajú sa v tvorených skupinách, kde majú potrebu zdieľania svojej skúsenosti a z toho prežitých pocitov s ostatnými členmi. Spoločne si hľadajú riešenie jeden pre druhého, kde všetci členovia sú si rovnocenní (Schavel, Čičecký, 2005).

Podľa Matouška (2001) prvkami svojpomocných skupín sú:

- Zníženie pocitu izolácie a dať emocionálnu a aj inú formu podpory jednotlivcovi v skupine
- Spoločne zvládanie situácie tým, že sa podporia a pomôžu si ľudia, ktorí sa ocitli v takej istej ťažkosti
- Presadzujú svoje záujmy na verejnosti

Pri abstinovaní od alkoholu je veľkou podporou rodina, ktorá tiež môže byť súčasťou socioterapeutických klubov, kde so svojpomocnou skupinou pracujú aj rodinní príslušníci danej svojpomocnej skupiny. Jedinec potrebuje podporu pri svojej abstinencii a najdôležitejšia je pre neho podpora zo strany rodiny. Socioterapii sa využíva sociálna práca s rodinou, ktorá je tu dôležitejšia, než sociálna práca s jednotlivcom. V socioterapeutických kluboch sa učia abstinenti žiť a zvládať záťažové situácie bez alkoholu. S nástupom do nového spôsobu života zo sebou záťažové situácie prináša a preto abstínujúci a jeho rodina musia byť obozretní a pripravení zvládať tieto situácie. Takéto kluby sú nielen pre závislých na alkohole ale aj pre patologických hráčov, drogovu závislých a iné ďalšie situácie. Ale kluby pre anonymných alkoholikov majú najdlhšie pôsobenie na Slovensku (Balážiová, Macejková, in: Pavelová, 2008).

V kluboch nemusia jednotlivci iba sedieť rozprávať sa a vymieňať si skúsenosti, ale činnosť v takýchto kluboch je veľmi pestrá. Od schôdzky abstínujúcich závislých až po výlety, plesy, tábory, splavy riek, kde sa môžu zúčastniť s celou svojou rodinou. Jedinou podmienkou klubov na týchto činnostiach je triezvosť. Všetci jedinci si v klube nájdu to svoje pre osobnostný vývin počas doliečovacieho procesu.

Zo začiatku jednotlivec je emocionálne zainteresovaný do diania klubu, postupne začína hovoriť svoj názor čím získava viac istoty, spokojnosti a formuje si sebadôveru a neskôr je schopný sám pomôcť inému (Pavelová,in:Čistý deň 1/2004).

Záver

Rozvrátené rodiny, násilie, úrazy, chudoba – to všetko má na svedomí často práve závislosť na alkohole. Aj keď je legálnou látkou, spoločensky tolerovanou, som názoru, že jeho dopad je neuveriteľne závažný. Je prístupný a relatívne lacný, jeho užitie spôsobuje agresivitu, poškodzuje psychiku aj somatickú časť osobnosti. Čo je však najhoršie, nepoškodzuje len postihnutého konzumenta, ale aj jeho okolie.

Závislosť na alkohole v rodine pôsobí deštrukčne najmä na deti rodiča alkoholika. Absencia pocitu ochrany, istôt, hanba za rodiča, či dokonca agresivita a násilie poškodzujú zdravý vývin dieťaťa, krivia hodnoty a postoje. Navyše, mladý človek prirodzene preberá vzory po svojich rodičoch, preto neprekvapuje, že tieto deti majú vysoké sklony opakovať správanie a chyby svojich rodičov, preto sú z nich často v dospelosti tiež alkoholici. Závislá osoba zväčša prichádza o zamestnanie, je odkázaná na sociálnu pomoc, zvýšené zdravotné náklady na liečenie závislosti, alebo somatické poškodenia zároveň zaťažujú spoločnosť. Čo však považujem za najväčší sociálno-patologický jav, je nárast konzumentov alkoholu medzi deťmi a mládežou. Kríza morálnych hodnôt, sociálne neistoty, časová zaneprázdnenosť rodičov – to všetko sú dôvody, pre ktoré mladí ľudia prepadajú závislostiam.

Motívom mojej práce bolo poukázanie na dôsledky zneužívania alkoholu, psychické a somatické následky pre jedinca, ekonomické a sociálne následky pre postihnutého, jeho okolie, ale aj celú spoločnosť. Verím, že sa mi cieľ mojej práce naplnil a práca prispela k vytvoreniu názoru na danú problematiku.

ZOZNAM LITERATÚRY A PRAMEŇOV

BAKOŠOVÁ, Z. *Sociálna pedagogika ako životná pomoc*. FFUK v Bratislava: STIMUL. 2005. ISBN 978-80-89236-00-6

BALÁŽIOVÁ,P.- MACEJKOVÁ,L. *Vplyv svojpomocných skupín na kvalitu života odliečených závislých*. In: Pavelová. *Zborník z 5. Medzinárodnej konferencie doktorantov odborov Psychológie a Sociálnej práce*. Nitra: PF UKF. 2008. 483-489 s. ISBN 978-80-225-3111-5

BALOGOVÁ, B a kol. *Vybrané kapitoly zo sociálnej patológie*. Prešov: Pravoslávna bohoslovecká fakulta PU v Prešove. 2003. 52-53s. ISBN 80-8068-183-X

BENKOVIČ, J. *Pacient- Alkoholik, zdravotné riziká, možnosti liečby v ambulantnej starostlivosti praktického lekára*. In: *Via pract*, 2006, roč.4(4), ISSN 1336-4790

BUBELÍNI, J. *Prevenia kriminality: Vybrané otázky teórie, metodiky a praxe*. Bratislava, 2001, 7.s, ISBN 8096799525

DEVEČKOVÁ,N. *Primárna prevencia drogových závislosti v základnej škole* In: *Zdravý životný štýl v kontexte výchovy a vzdelávania na školách*. Prešov: Fakulta zdravotníctva Prešovskej univerzity v Prešove. 2010. 61-64.s. ISBN 978-808068-873-0

FISCHER,S.- ŠKODA,J. *Socialná patológia*. Praha: Grada Publishing,a.s. 2009. 45-224.s. ISBN 978-80-247-2781-3

GALÁŠ,J. *Resocializácia- hľadanie cesty k sebe samému*. In: *Čistý deň* 1/2004. 14-15.s, ISBN 1336-4253

GÖHLER,R.- KÜHN,F. *Falošné vedomie. Kompetencie o drogách*. 1.vyd, Bratislava: IKAR. 2001.142.s., ISBN 80-551-0207-4

GÖHLER,R.- KÜHN,F. *Od návyku k závislosti*. Praha: IKAR. 2001. ISBN 807-2002-950-9

HAŠTO,J. *Vzťahová väzba. Ku koreňom lásky a úzkosti*. Trenčín. 2005. 300s., ISBN 80-88-952-28-X

HRONCOVÁ, J. a kol. : *Sociálna patológia*. Banská Bystrica : UMB, 2004. 191 s. ISBN 80-8055-926-0.

HUPKOVÁ, I. Prevencia drogových závislostí a kultárno-osvetová práca. *In Sociálna prevencia- informačno-vzdelávací bulletin rezortu kultúry*. ročník IV, č.4., 21-24s. ISSN 1336-9679

KALINA, K a kol. *Drogy a drogové závislosti*. Úrad vlády ČR. 2003. ISBN 80-86734-05-6

KERČÁKOVÁ, S. *Ako si môže rodina pomôcť pri liečbe závislosti*. Dostupné na: http://www.infodrogy.sk/ActiveWeb/c/3411/ako_mi_moze_rodina_pomocet_pri_liebe_z_avislosti.htm

KLENOVSKÝ, L. *Terénna sociálna práca*. Bratislava: Občianske združenie Sociálnej práce, 97s. ISBN 80-89185-18-5

KOLIBÁŠ, E- NOVOTNÝ, V. *Alkohol, drogy, závislosti*. 1.vyd. Bratislava: UK. 2007. 260s. ISBN 978-80-223-2315-4

KOPČANOVÁ, D. Roly v rodine drogovovo závislej osoby *In Výchovávateľ*. Roč.46, č.4. 8-9s. 2001. ISSN 0139-6919

KOVALČINOVÁ, J. In: SLANČOVÁ, D- ŽARNOVSKÁ eds. *2. vedecká konferencia, Zborník práspevkov*. Prešov: FF Prešovská univerzita. 2006. 505-520s. ISBN 80-8068-511-8

KRAJČÍROVÁ, M- MIKLOŠKO, J. *Mamy bocian nenesí*. Bratislava: Motýľ. 2004. ISBN 80-89199-05-4

KUSÝ, I. *Alkoholizmus detí, mládeže a staršieho školského veku*. Diplomova práca, Bratislava: UK Pedagogická fakulta. 29.s.

LESSA, N.R- GILBERT, D.S. *Living with alcoholism and drug addiction*. New York: Infobase Pulishing Inc., 2009. ISBN 13-978-0-8160-7326-9

LEVICKÁ, J. *Metódy sociálnej práce*. Trnava: VeV, s.r.o. 2002. 122.s. ISBN 80-89074-38-3

- LEVICKÁ, J. *Metódy sociálnej práce*. Trnava: Trnavská univerzita. 2003. 112s. ISBN 80-89074-28-3
- LEVICKÁ, J. *Metódy sociálnej práce*. Bratislava: SPN. 2007. 102s. ISBN 978-80-10-00959-6
- LINDENMEYER, J. *Závislosť od alkoholu: Pokroky v psychoterapii*. Trenčín: Vydavateľstvo F. 2009. ISBN 978-80-88952-54-1
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2.vyd. Praha: Portál, s.r.o. 19-272s. ISBN 978-80-7367-368-0
- MATULA, Š. *Dobrodružná cesta výchovy*. Bratislava: Máj. 42s. ISBN 80-967423-2-9
- MIKITOVÁ, M. O alkoholičkách In *Čistý deň*. č.3. 2005. 8-9s. ISSN 1336-4243
- MÜHLPACHR, P. *Sociopatologie pro sociální pracovníky*. Brno: MSD, s.r.o. 2008. 81-85s. ISBN 978-80-7392-069-2
- NEŠPOR, K- CSÉMY, J. *Alkohol drogy a vaše deti*. Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat. 5.revidované vyd. Praha: Sportpropag. 144s. 2003.
- NOCIAR, A. *Drogové závislosti*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, n.o, 2009. 6-10s. ISBN 978-80-89271-68-9
- NOCIAR, A. *Alkohol, Drogy a Osobnosť*. Bratislava: Asklepios, 2001. 120-121s. ISBN 80-7167-044-8
- NOVOTNÝ. In: KUBAŠKA, J. *Podpora rodiny pri liečbe a resocializácii závislosti od alkoholizmu*. Diplomová práca, VŠZ aSP sv. Alžbety v Bratislave. 2012. 42-45s.
- OCHABA, R- ROVNÝ, I- BIELIK, I. *Ochrana detí a mládeže. Tabak, alkohol a drogy*. Úrad verejného zdravotníctva SR. 2009. 31-35s. ISBN 978-80-7159-175-7
- ONDREJKOVIČ, P. *Sociálna patológia*. Bratislava: Veda. 2001. 310s. ISBN 80-224-0685-6
- OROSOVÁ, O. *Pomoc- prevencia -rovesníci alebo „Preventívne nie nepoškodí...“*. Inovatívne metódy pomoci v prevencii drogových závislosti v školskej praxi. Košice: UPJŠ. 2003. 186s. ISBN 80-7097-502-4

PLÁVKOVÁ,O. *Úvod do sociológie*. Bratislava: Ekonóm. 2008. 76s. ISBN 978-80-225-2491-9

PODMAJERSKÝ,P- PRILLINGER,J. Ozdravenie rodiny a jednotlivcov pri drogových závislostiach *In Alkoholizmus a drogové závislosti- Protialkoholický obzor*. 2001.č.3. 184-189s. ISSN 0862-0350

POKORNÁ,J – MOŠTÁK,P. Farmakoterapia závislosti od alkoholu *In Alkoholizmus a drogové závislosti- Protialkoholický obzor*. 2006. 105-118s. ISSN 0862-0350

PRUNNER,P- HRONCOVÁ,J. *Pedagogické a psychologické aspekty patologického hráčstva*. Banská Bystrica, 2009. 239s. ISBN 978-80-8083-769-3

RADIMECKÝ,J. Slepé cesty primárnej prevencie rizikového správania *In Sociálna prevencia-informačno-vzdelávací bulletin rezortu kultúry*. 2009.ročník IV. Č.4. 5-9s. ISSN 1336-9679

RANKOV,P. *Masová komunikácia, masmédiá a informačná spoločnosť*. Levice: L.C.A. 2002. 84s. ISBN 80-88897-89-0

SCHAVEL,M a kol. *Sociálna prevencia*. Bratislava: VŠZaSP sv.Alžety, 2010. 15s ISBN 978-80-89271-22-1- dopísať rok

SCHAVEL,M- ČIŠECKÝ,F. *Sociálna prevencia I*. Trnava: FZaSP. 2005. 110s. ISBN 80-968092-5-7

SLANČOVÁ,D- ŽARNOVSKÁ(eds). *2.študenstka vedecká konferencia, Zborník príspevkov*. Prešov: PULIB, 2006. FF Prešovská univerzita. ISBN 80-8068-511-8

STRIEŽENEC,Š. *Úvod do sociálnej práce*. 2vyd. Trnava: Tripsoft. 2001. 223s. ISBN 80-968294-6-7

SVOBODA,M- ČEŠKOVÁ,E-KUČEROVÁ,H. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, 2006. ISBN: 80-7367-154-9

ŠATÁNEK,J. *Rodinné prostredie ako faktor socializácie osobnosti dieťaťa*. Banská Bystrica: UMB- FHV, 2004. 176s. ISBN 80-8083-015-0

ŠAVRINOVÁ,M. Deti alkoholikov si vyžadujú individuálny prístup. *In Sociálna patológia rodiny. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie.* Bratislava, 2011. 365s. ISBN 978-80-8132-000-2

ŠINANSKÁ,K. Prevencia v sociálnej práci a jej význam pre prax sociálneho pracovníka. In Žiaková, E a kol. *Sociálna práca: Teoretické východiská a praktické kontexty.* Košice:UPJŠ v Košiciach, 2011. ISBN 978-80-7097-870-2

VÁGNEROVÁ,M. *Psychopatologia pro pomáhající profese.* Praha: Portál, 2004. 870s. ISBN 978-80-7178-802-3

TURZOVÁ,L. *Protidrogová výchova a možnosti rozvoja prevencie.* Bakalárska práca. Olomouc, 2010. 21s.

ZÚBER,R. *Rola imaginatívnych postupov pri ovplyvňovaní psychickej odbornosti u závislých na alkohole.* In Magisterská práca. Masaryková univerzita. 2010

Zbierka zákonov č.195/1998 o sociálnej pomoci

JANETTE DE CSIOVÁ. Čistý deň 1/2004. Bratislava: SINEAL. ISSN 1336-4243

Čistý deň 2/2006. Bratislava: SINEAL. 24-25s. ISSN 1336-4243

Bibliografické údaje

Meno autora: Ľubomíra Bieliková

Odbor: Vzdelávanie dospelých

Forma štúdia: Kombinované

Názov práce: Alkoholizmus v rodine a jeho negatívny vplyv na dieťa

Rok: 2013

Počet strán bez príloh: 47

Počet titulov literatúry a prameňov: 56

Počet internetových zdrojov: 2

Vedoucí práce: PhDr. Ernest Kováč