

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Teologická fakulta  
Katedra etiky, psychologie a charitativní práce

Bakalářská práce

**POMOC SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ RODINÁM  
S OSOBOU ZÁVISLOU NA ALKOHOLU.**

Vedoucí práce: Mgr. Markéta Elichová, PhD.

Autor práce: Ladislav Kráčmar

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Forma studia: kombinované

Ročník: II.

2015

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že, v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě (v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Teologickou fakultou) elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce.

Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

31. března 2015

.....

Kráčmar Ladislav

Děkuji především vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Markétě Elichové, PhD., za metodické vedení práce, cenné rady, připomínky, podporu, inspiraci, spolupráci a její toleranci, pochopení a lidský přístup při tvorbě této práce.

Mé poděkování také patří MUDr. Marii Vokáčové a MUDr. Kateřině Soukupové za jejich odborné konzultace k této práci v oblasti medicínské a všeho, co v práci s medicínou souvisí.

Tímto také děkuji mé manželce a synovi, kteří mne morálně podporovali a kterých si nesmírně vážím za jejich trpělivost po celou dobu mého studia a psaní této bakalářské práce.

## Obsah

Obsah .....	4
Úvod.....	5
1 Alkoholismus .....	6
1.1 Příčiny alkoholismu .....	7
1.2 Vznik alkoholismu .....	8
1.3 Závislost na alkoholu a její stádia .....	9
1.4 Léčba alkoholismu .....	10
1.5 Vliv výchovy u alkoholiků.....	13
2 Psychické a sociální dopady závislosti na alkoholu .....	14
2.1 Psychické změny alkoholiků.....	16
2.2 Zaměstnání a alkohol .....	17
2.3 Nezaměstnanost jako důsledek alkoholismu.....	18
3 Rodina a její život s alkoholikem .....	19
3.1 Vliv alkoholu na rodinu .....	21
3.2 Děti alkoholiků.....	22
3.3 Dospělé děti alkoholiků.....	23
3.4 Manželství a jeho ovlivnění alkoholismem – problémy soužití.....	25
3.5 Rozpad manželství .....	26
4 Role rodiny s alkoholikem.....	27
5 Sociální práce a její pomoc rodině s alkoholikem .....	28
6 Integrace abstinujících alkoholiků zpět do rodiny a společnosti .....	34
6.1 Kdo to je abstinující alkoholik .....	35
6.2 Podpora rodiny ve zpětném začlenění alkoholika do rodiny .....	35
7 Všeobecné návrhy a doporučení .....	36
7.1 Návrhy.....	37
7.2 Doporučení.....	38
8 Závěr .....	39
9 Seznam použitých zdrojů a literatury .....	42
10 Seznam příloh .....	44
11 Přílohy.....	45
11.1 I. kazuistika .....	45
11.2 II. Kazuistika.....	47
12 ABSTRAKT .....	51
13 ABSTRACT.....	52

## Úvod

Téma bakalářské práce jsem si vybral na základě bezprostřední osobní zkušenosti. A také z důvodu, že se v současné době s problémem nadměrného pití alkoholu a alkoholismem setkáváme velice často.

Pravděpodobně každý z nás s tím má nějakou osobní zkušenost jak přímo v rodině své nebo širší, tak ve svém bezprostředním okolí. A zažívají ji dospělí členové populace i mládež a děti žijící v ČR.

Ve svojí bakalářské práci bych chtěl poukázat na to, jaký vliv má nadměrné užívání alkoholu na konzumujícího jednotlivce. Dále jak tato skutečnost ovlivňuje jeho nejbližší rodinné příslušníky, přátele, jeho práci a pracovní okolí.

***Cílem této práce je zjistit problémy členů rodiny alkoholika způsobené v souvislosti s jeho závislostí a jak na ně reaguje obor sociální práce.***

Tento cíl mé práce je naplněn studiem a analýzou odborných zdrojů, kazuistik a vyvozením návrhů a doporučení, které mi z tohoto vyplynuly.

Přiznat si, že v rodině je některý její člen alkoholik, není snadné a přijmout to a vyrovnat se s tím je ještě složitější.

Tuto stresovou situaci prožívá jinak dospělý člen rodiny a jinak dítě nebo mladistvý.

Dospělý člen si uvědomuje možné nebezpečí alkoholu a dokáže předvídat možné následky a problémy, které s tím souvisí. Dle síly své osobnosti se snaží řešit tento problém různými způsoby. Od podpory v léčení postiženého člena až přes rezignaci na soužití s ním, uzavření se do sebe, ztráty svých přátel, hledání jiné osoby, která mu postiženou osobu alkoholismem má nahradit.

Podstatně hůř se se situací rodiče alkoholika vyrovnávají děti a mladiství. Je to pro ně situace, kterou doposud nezažili, nemají informace a představu, jak se k takto postiženému rodiči chovat.

Pod vlivem stresu ze situace a možného nebezpečného agresivního chování rodiče - alkoholika to často řeší snahou upoutat na sebe pozornost. Tímto způsobem se snaží volat o pomoc.

Ne vždy je však okolí pochopí a zjistí, že pomoc potřebují. Jsou bezradní z dané situace. Někdy dojde k extrémnímu řešení a dítě nebo mladistvý utíká z domova. Nejčastěji k dalším příbuzným, známým, přátelům, kamarádům nebo k neznámým lidem na ulici.

Nejdůležitější je, aby si rodina svůj problém přiznala, chtěla ho řešit a vůbec pomoc sociálních pracovníků vyhledala.

Sociální práce a pracovníci, kteří ji vykonávají, mohou neskutečně velkou mírou pomoci rodině, která má ve svém středu alkoholika.

Rozsah a metody práce jsou dány specifičností každého jednotlivého případu. Sociální pracovníci však mají dostatečné teoretické vědomosti i praktické zkušenosti, aby dokázali v rámci svých kompetencí „postižené“ rodině pomoci.

Pro úspěšné řešení problému však musí dojít k aktivní spolupráci mezi rodinou a sociálními pracovníky.

## 1 Alkoholismus

„Nadměrná konzumace alkoholických nápojů bývá označována jako „*alkoholismus*“. Tento termín je připisován švédskému lékaři Hussovi, který jej poprvé použil v roce 1849.“<sup>1</sup>

Skála se vyjadřuje, že alkoholismus je negativní společenský jev a představuje rozvětvenou škálu problémů, které mají různé příčiny a důsledky. Nadměrné užívání alkoholových nápojů může dovést člověka ke ztrátě jeho altruistických tendencí, primitivnosti, agresivitě apod. Postupně se z něho vytrácí jeho individualita a výsledkem se často stává jeho asociální chování.<sup>2</sup>

„Alkoholické nápoje mají tři základní vlastnosti:

1. Dodají tělu tekutinu
2. Mají určitou chuť
3. Mají menší nebo větší obsah alkoholu (na který je vázaná i jejich chuť).

Mnozí lidé by se rádi spokojili jen s první nebo nejvýše dvěma prvními vlastnostmi těchto nápojů, nemohou se však vždy vyhnout vlastnosti třetí.“<sup>3</sup>

Co to vlastně je alkohol? Etylalkohol byl ve formě alkoholických nápojů vyráběn a používán v historických dobách jak v medicíně, tak jako nápoj k běžné konzumaci.

I v současnosti se užívá v medicíně oficiální i lidové a zejména pak jako nápoj. Pravděpodobně po celou dobu, co alkohol lidstvo zná, provází ho i negativní následky nadměrného používání alkoholu.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> POPOV P. IN KALINA, a kol. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*, s. 151

<sup>2</sup> Srov. SKÁLA, . . .až na dno!? *Fakta o alkoholu, pijáctví a alkoholismu*, s. 9-10

<sup>3</sup> SKÁLA, . . .až na dno!? *Fakta o alkoholu, pijáctví a alkoholismu*, s. 11

„Česká republika patří dlouhodobě v celosvětovém žebříčku mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholu, resp. alkoholických nápojů. V přepočtu na 100% alkohol to již řadu let představuje průměrnou spotřebu téměř 10 litrů (!!!) na jednoho obyvatele za rok.

Nadměrná pravidelná konzumace alkoholických nápojů se u nás týká přibližně 25% dospělé mužské populace a 5% žen.“<sup>5</sup>

Spotřebu alkoholických nápojů ovlivňuje i řada ekonomických faktorů. Země vyrábějící alkoholické nápoje mají vyšší spotřebu než země odkázané na export. Zkonzumované množství je také podmíněno charakterem produkce.<sup>6</sup>

## **1.1 Příčiny alkoholismu**

Člověk je tvor zvědavý a rád zkouší leccos. Někdy i to, co mu neprospívá, například konzumace alkoholu. Ačkoliv zná dopad jeho užívání, stejně experimentuje a musí si ověřit v praxi, jak alkohol působí na jeho mozek.<sup>7</sup>

Vysvětlit příčiny alkoholismu je možné různými způsoby. „S projevy dobrovolné otravy etanolem a se vznikem závislosti na etanolu se u volně žijících zvířat prakticky nesetkáváme. Můžeme se proto právem domnívat, že touha po opakovaných otravách etanolem u člověka je druhově specifická.“<sup>8</sup>

Náš lidský mozek ovládá své chování regulacemi. Etanol nám mozkové regulace buď ochrnuje, nebo je obrací. Patologicky navozená pozitivní vazba je posilována prostředím, kde člověk pije. Pokud člověk pije v kolektivu, snaží se každý jeho člen napodobovat chování ostatních členů.

Velká soudržnost kolektivu a etanol snižuje napětí a úzkost a jednotlivce posiluje k další konzumaci. V takových situacích jednatel je schopen vypít značné množství etanolu dříve, než jeho obranné mechanismy dají povel k zastavení tohoto škodlivého chování.

V etanolové intoxikaci se u uživatele zvyšuje sebevědomí, odstraňují se úzkosti, deprese, nepřátelství, vztek a zapomíná se na nepříjemnosti všedního života. Může také ve větších dávkách způsobit uvolnění a objevuje se násilnické chování. Důležitá je také výše tolerance – snášenlivosti etanolové intoxikace.

---

<sup>4</sup> Srov. POPOV P. IN KALINA, a kol. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*, s. 151

<sup>5</sup> POPOV P. IN KALINA, a kol. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*, s. 151

<sup>6</sup> Srov. KUČERA Z. IN KVAPILÍK, J.; SVOBODOVÁ, A. a kol. *Člověk a alkohol*, s. 74

<sup>7</sup> SKÁLA, J. *...až na dno!? Fakta o alkoholu, pijáctví a alkoholismu*, s. 15

<sup>8</sup> Srov. VOJTĚCHOVKÝ M. IN KVAPILÍK, J.; SVOBODOVÁ, A. a kol. *Člověk a alkohol*, s. 26-27

Genetické faktory hrají pravděpodobně významnou roli i ve vzniku závislosti na etanolu u lidí, zejména pak u mužů.<sup>9</sup>

Důležitá je denní dávka konzumovaného alkoholu i to, jak je například v průběhu týdne zvyšována. U nízké dávky se dostáváme od relativně bezpečného pití až k vysoké dávce, která vede ke škodlivému pití. Tyto hranice jsou u lidí různé dle jejich zdraví, věku apod.<sup>10</sup>

## **1.2 Vznik alkoholismu**

Vznik závislosti, na návykových látkách je ovlivněn faktem, že jako živé bytosti jsme konfrontováni se závislostí už od našeho vývoje v lůně matky, přes narození a příchod na svět. Jsme závislí na péči blízké dospělé osoby a na dalších faktorech a okolnostech, které neumíme ovlivnit. K životu potřebujeme vzduch, vodu, slunce a zemskou přitažlivost.<sup>11</sup>

Člověk se alkoholikem nerodí. Vznik alkoholismu není také jednoznačný a může mít různé příčiny. „Používání alkoholických nápojů je pro tu kterou společnost přijatelné, jde-li o používání přijatelného množství v přijatelné době, v přijatelném věku a v přijatelném zdravotním stavu. Co jde za tuto mez (zdaleka ne přesnou), označujeme jako zneužívání (misusus), který je nadřazeným pojmem i pro nadužívání (abúzus).“<sup>12</sup>

Skála píše o společenských a sociálních příčinách alkoholismu. „Riziko přechodu od používání k zneužívání alkoholických nápojů je tak při společenských zvyklostech, tak při jeho vědomém vyhledávání s cílem na psychiku.“<sup>13</sup>

Dále poukazuje na individuální sklony či příčiny, které vedou člověka k návyku a postupem času i k závislosti na alkoholu.

Níže uvádíme jako příklad některé individuální příčiny a sklony k závislosti:

- důsledky nepříznivého rodinného prostředí - zážitky z dětství mající za následek citovou nezralost a nevyrovnanost;

---

<sup>9</sup> Srov. VOJTĚCHOVKÝ M. IN KVAPILÍK, J.; SVOBODOVÁ, A. a kol. *Člověk a alkohol*, s. 27-30

<sup>10</sup> Srov. NEŠPOR K.; CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti*, s. 29

<sup>11</sup> Srov. KUDRLE S. IN KALINA, a kol. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*, s. 145

<sup>12</sup> Srov. SKÁLA, J. IN KVAPILÍK, J.; SVOBODOVÁ, A. a kol. *Člověk a alkohol*, s. 30

<sup>13</sup> SKÁLA, J. *...až na dno!? Fakta o alkoholu, pijáctví a alkoholismu*, s. 46



- u nejbližších rodinných příslušníků výskyt zneužívání alkoholických nápojů – nejčastěji u otce;
- řešení nepříjemných stavů psychiky (nezdar, napětí, úzkost) za rychlé pomoci i nízké dávky alkoholu, která se však postupně zvyšuje;
- alkohol tzv. pomáhá alespoň dočasně řešit „mimořádné životní situace“.<sup>14</sup>

### ***1.3 Závislost na alkoholu a její stádia***

Člověk se alkoholikem může stát. Definice alkoholika dle SZO uvádí, že „Alkoholik je člověk, jehož závislost na alkoholu dosáhla takového stupně, že mu to působí zřetelné poruchy a újmu ve společenských vztazích, ve společenské činnosti a na tělesném i duševním zdraví“.<sup>15</sup>

„Alkoholická kariéra“ má 4 období, která se vyznačují různými příznaky. Pokud se nám povede je zjistit, dokážeme celkem přesně usoudit, o které stádium „alkoholické kariery“ se jedná. Nazýváme je vývojovými fázemi a o jejich definici se zasloužil Jellinek.

**I. První vývojová fáze počáteční** – konzument poznal účinek alkoholu jako drogy, která mu přináší pocit dobré nálady. Konzument se neopíjí a konzumuje alkohol dle jeho slov „pro dobrou náladu.“. Alkohol se stává pro něho drogou, která mu prozatím něco „dává“ a nic „nebere“.

**II. Druhá vývojová fáze varovná** - v průběhu času – u někoho měsíce, u někoho roky. Během této fáze se už konzument dostává i do stavu opilosti. Postupně snáší stále větší a větší dávky alkoholu, kterým se zatím jeho organismus dokáže přizpůsobit. Hledá společníky, aby nepil sám.

**III. Třetí fáze rozhodná** – sem se dostává přibližně každý sedmý až desátý konzument. Stává se na alkoholu víceméně závislým, tj. stává se alkoholikem. Ztrácí nad svou konzumací alkoholu kontrolu, která se snižuje, vytrácí, až se ztratí. Jak říká Glatt: „Přestává ovládat alkohol, zato alkohol už ovládá jeho.“

**IV. Čtvrtá fáze konečná** – aby mohl alkoholik začít pracovat, neobejde se bez prvního napití, které za pár hodin musí doplnit dalšími napitími. Hladina alkoholu

<sup>14</sup> Srov. SKÁLA, J. ...až na dno!? Fakta o alkoholu, pijáctví a alkoholismu, s. 47

<sup>15</sup> SKÁLA, J. ...až na dno!? Fakta o alkoholu, pijáctví a alkoholismu, s. 53

v jeho krvi často nikdy neklesá a jeho „akce“ trvají 2-3 dni, někdy tak dlouho, až jej finančně nebo fyzicky úplně zničí.<sup>16</sup>

Na základě vývojových fází také vypracoval typy závislosti na alkoholu.

**Alkoholismus alfa** – „problémové pití“, abusus alkoholu, často pití o samotě, používaný jako „sebededikace“ k odstranění úzkosti, depresivních pocitů.

**Alkoholismu beta** – „společenské pití“, příležitostný abusus, časté pití ve společnosti, následkem jsou např. gastritidy, cirhózy, polyneuritidy.

**Alkoholismu gama** – tzv. anglosaský typ alkoholismu, závislost na alkoholu, výskyt v USA, z velké části i u našich alkoholiků. Hlavními příznaky jsou zvýšená tkáňová tolerance na alkohol a „ztráta“ kontroly v pití, psychická závislost.

**Alkoholismus delta** – „románský typ“, typická denní konzumace alkoholu, trvalé udržování hladiny, výskyt v zemích s velkou konzumací vína (Francie, Itálie, Španělsko).

**Alkoholismus epsilon** – označován *dipsomanie*, tzv. „kvartální pijáctví“, občasné, delší úplná abstinence, řídká varianta závislosti, někdy výskyt afektivních poruch<sup>17</sup>.

Alkoholové závislosti dle Zimberga můžeme rozdělit zhruba dle doby vzniku.

**1. Závislost** vznikla ve středním nebo mladším věku a pokračuje ve stáří.

**2. Závislost** vznikla až ve stáří u lidí, kteří dříve s alkoholem ani s návykovými látkami neměli problémy. Spouštěčem bývá např. odchod do důchodu, úmrtí manželského partnera apod.<sup>18</sup>

## **1.4 Léčba alkoholismu**

„Pojem alkoholismu jako nemoci je pojem neutrální, vyhýbá se morálnímu hodnocení; získal a získává řadu lidí, aby se léčili. Ulehčuje často neúnosnou situaci těm, kdo se rozhodnou přijmout roli pacienta; tato je však nezabývá zodpovědností a zavazuje ke spolupráci.“<sup>19</sup>

Pro lidi závislé na návykových látkách je podstatnou součástí léčby i psychoterapie. Psychoterapeutické postupy jsou vhodné pro různé typy pacientů a jejich různé techniky a postupy se uplatňují v různých stádiích léčby.<sup>20</sup>

<sup>16</sup> Srov. SKÁLA, J. ...až na dno!? *Fakta o alkoholu, pijáctví a alkoholismu*, s. 53-55

<sup>17</sup> Srov. POPOV P. IN KALINA, a kol. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*, s. 151-152

<sup>18</sup> Srov. NEŠPOR K.; CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti*, s. 163

<sup>19</sup> SKÁLA, J. IN KVAPILÍK, J.; SVOBODOVÁ, A. a kol. *Člověk a alkohol*, s. 32

<sup>20</sup> Srov. NEŠPOR K.; CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti*, s. 74

„Naše zdravotnictví – tak jako všude jinde – se snaží především likvidovat problémy zaviněné alkoholem u jednotlivců, respektive těmto problémům předcházet, aby nedošlo k závislosti na alkoholu. K tomu slouží protialkoholní zařízení trojího druhu: záchytná stanice (ZS), protialkoholní poradna (PAP) a lůžkové oddělení (odd.).<sup>21</sup>

#### **Ambulantní a ústavní léčba**

Protialkoholní léčba může probíhat ambulantně nebo na lůžkovém oddělení. Dle péče o osoby závislé na alkoholu probíhá jejich rehabilitace ve čtyřech fázích.

**1. Fáze kontaktu** – trvá dny až měsíce, probíhá jak v ambulantním, tak ústavním zařízení dle důsledku souvisejících s požíváním alkoholu.

**2. Fáze detoxikační** – zpravidla v lůžkovém zařízení, trvá 1-2 týdny. Spočívá v korekci poruch elektrolytové rovnováhy, dostatečné hydrataci a farmakoterapii.

**3. Fáze odvykací** – (fáze intenzivní péče) může probíhat jak ambulantně, tak ústavně, trvá řadu měsíců.

**4. Fáze následné péče (doléčování)** – tady spolupracují příslušný obvodní nebo závodní lékař, pracoviště, rodina, svépomocná skupina (AA). Při této péči jde hlavně o psychickou, somatickou a především sociální rehabilitaci pacienta.<sup>22</sup>

#### **Indikační kritéria pro ambulantní léčbu:**

- a) osoby, které jsou dostatečně motivované, sociálně relativně dobře integrované a bez těžkých důsledků na tělesném a duševním zdraví či společenských vztazích;
- b) osoby, které jsou v přípravné fázi pro následující léčbu v lůžkovém zařízení;
- c) osoby, které byly propuštěny z lůžkové péče do ambulantní následné péče.

#### **Indikační kritéria pro ústavní léčbu:**

- a) osoby s výraznými důsledky na tělesném a duševním zdraví nebo ve společenských vztazích;
- b) osoby závislé na více drogách (alkohol, léky);
- c) osoby s těžkými důsledky na tělesném a psychickém zdraví, tzv. organický psychosyndrom;
- d) osoby s těžkými primárními nebo sekundárními změnami osobnosti;

---

<sup>21</sup> SKÁLA, J. ...až na dno!? Fakta o alkoholu, pijáctví a alkoholismu, s. 67

<sup>22</sup> SKÁLA, J. IN KVAPILÍK, J.; SVOBODOVÁ, A. a kol. Člověk a alkohol, s. 54-55

e) osoby, kterým ambulantní léčba nepomáhá, které ji nezvládají, špatně spolupracují a opakovaně recidivují.<sup>23</sup>

### **Recidiva**

S problémem porušení abstinence při léčbě alkoholové závislosti se setkáváme často. V průběhu základní léčby a hlavně v následné péči hledáme intervence, jak snížit riziko recidivy. Recidiva je stručně řečeno návrat k nemoci, která již byla vyléčená, nebo u ní zmizely příznaky.<sup>24</sup>

„Lze tedy říci, že při závislosti na alkoholu alternativa trvalé a důsledné abstinence je optimální, neproblémové pití je alternativou nereálnou, trvající vždy jen omezenou dobu a zatíženou velkým rizikem recidivy, nezřídka vyústující do suicidia.“<sup>25</sup>

Recidivou a jejím problémem se podrobně zabývá K. Nešpor. „Rychlé zastavení recidivy je součástí třístupňové obrany. Lze využít formu „Kartičky první pomoci“, kdy si pacient zaznamenává, jak si při recidivě počínal, zda abstinenci porušil, jaké u toho měl případně pocity (pocit viny, beznaděje a bažení), které v bludném kruhu mohou poté opět posilovat návykové chování.

1. Pomoc negativní motivace – uvědomit si nepříznivé důsledky dalšího užívání alkoholu. Velice důležité bývá požádat o pomoc další osobu (blízky člověk, telefonická linka pomoci, profesionální terapeut apod.).

2. Recidivu zpracovat, tj. uvažovat o tom, v čem tato zkušenost byla užitečná. Určitě vděčné téma na skupinovou terapii.

3. Pro lepší zvládnutí recidivy je vhodné na nějakou dobu pronikavě zvýšit intenzitu léčení. Např. zásada 7/7 – sedmkrát týdně navštívit setkání Anonymních alkoholiků nebo jinou formu léčby pokud je k dispozici.“<sup>26</sup>

### **Svépomoc alkoholiků**

„Anonymní alkoholici - dále AA - je celosvětové svépomocné hnutí (nikoliv jediná organizace) zahrnující lidi, kteří mají problém s alkoholem či jinými návykovými

---

<sup>23</sup> Tamtéž

<sup>24</sup> Srov. KUDA A. IN KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*, s. 117

<sup>25</sup> SKÁLA, J. IN KVAPILÍK, J.; SVOBODOVÁ, A. a kol. *Člověk a alkohol*, s. 60

<sup>26</sup> Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*, s. 145-146

látkami nebo obecně se zdraví škodlivými návyky a chtějí je překonat. Hnutí AA začleňuje do své filosofie určité duchovní principy a pracuje s modelem svépomocných skupin.<sup>27</sup>

„Svépomocné skupiny jsou založeny na sdílení a vzájemné pomoci osob, které se ocitly v obdobné situaci. Práce ve svépomocných skupinách staví na posilování vzájemné solidarity a osobní odpovědnosti jedince při hledání cesty k nápravě problému či k vyrovnání se s náročnými situacemi.“<sup>28</sup>

Termín svépomocné aktivity nebo svépomocné programy se týká podpory, kterou může uživatel alkoholu a drog získat mimo oficiální péči, když se pokouší snižovat rizika jejich užívání nebo abstinovat od alkoholu nebo drog.<sup>29</sup>

Asi nejčastější a nejznámější je léčba alkoholiků svépomocí za jejich účasti v terapeutické komunitě.

Za zakladatele této metody je považován Angličan Bion. Principy terapeutické komunity dle Kratochvíla jsou následující:

- aktivní podíl na léčení;
- vytvoření dobré obousměrné komunikace na všech úrovních, tedy mezi pacienty, mezi pacienty a týmem i uvnitř terapeutického týmu;
- zvýšená rovnoprávnost v rozhodování;
- kolektivnost;
- sociální učení, při kterém dostává člen komunity rychlou zpětnou vazbu, jak jeho chování působí na druhé<sup>30</sup>.

## ***1.5 Vliv výchovy u alkoholiků***

Autoři z psychoanalytického okruhu někdy spojují pití alkoholu se závislým typem osobnostní struktury fixované v orálním stádiu vývoje. Je to stádium, ve kterém se dětské vnímání okolí a lidí soustředí zejména do oblasti úst a zažívacího traktu.

Tento odraz v životě dospělého člověka lze spatřit v momentech, kdy vyžaduje, aby bylo o něho pečováno, aniž by se o to on sám nějak přičinil. Dospělý člověk se stává závislý na podnětech přicházejících z venku a na substancích, které ovlivňují jeho

---

<sup>27</sup> Srov. VOBOŘIL J. IN KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*, s. 85

<sup>28</sup> Kolínská R. IN MATOUŠEK, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*, s. 439

<sup>29</sup> Srov. KALINA K. IN KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*, s. 84

<sup>30</sup> Srov. NEŠPOR K.; CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti*, s. 96

chování, vnímání a co cítí. Alkoholik je naprosto upřímný a nebojí se v tu chvíli důsledku svého jednání, bezohlednosti vůči citům, přáním a majetku svých nejbližších.<sup>31</sup>

„Na úrovni rodiny lze vysledovat řadu rizikových, ale i protektivních faktorů. Jinými slovy rodina se může přímo nebo nepřímo podílet na vzniku a rozvoji závislosti některého člena, ale také může rozvoji závislosti předcházet nebo velmi pomoci při překonávání návykového problému.“<sup>32</sup>

Rizikové faktory, které autoři z psychoanalytického okruhu uvádí, jsou zejména:

- neexistující jasná pravidla týkající se chování dítěte;
- výskyt jakékoliv neléčené a nezvládané návykové choroby u rodičů zvyšuje riziko jakékoliv návykové choroby u dětí;
- schvalování pití alkoholu a užívání drog
- závislost na návykové látce či její škodlivé a rizikové užívání nebo jiný návykový problém u manžela-manželky nebo partnera-partnerky apod.

**Ochranné faktory** jsou zejména:

- jasná pravidla týkající se chování dítěte a přiměřený dohled;
- rodiče mají dobré způsoby, jak zvládat zátěžové situace a zdravý životní styl;
- odmítají alkohol, tabák a jiné drogy zejména u dětí a dospívajících;
- rodiče mají snahu pomáhat druhým, vytváří se kvalitní vztahy s dospělými i mimo vlastní rodinu apod.<sup>33</sup>

Prevence problémů působených alkoholem je účinnější, když na cílovou skupinu populace, tedy mládež, působí kromě rodiny i škola, zdravotní služby, místní samospráva, sdělovací prostředky apod.<sup>34</sup>

## **2 Psychické a sociální dopady závislosti na alkoholu**

Psychické dopady závislosti na alkoholu lze definovat jednoduše a velmi srozumitelně. „Patologická intoxikace alkoholem se projevuje jako náhle vzniklá patická reakce na alkohol- *patická ebrieta*“<sup>35</sup>.

---

<sup>31</sup> Srov. HAJNÝ M. IN KALINA, K a kol. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*, s. 135

<sup>32</sup> NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*, s. 80

<sup>33</sup> Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*, s. 80-81

<sup>34</sup> Srov. NEŠPOR, K.; CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti*, s. 25

Tento stav se projevuje poruchou vědomí s nepochopitelným jednáním netypickým pro daného člověka, jehož chování se ve střízlivém stavu neodklání od běžně přijatelných společenských pravidel. Vyskytují se poruchy emocí, vnímání a poruchy myšlení.

Často je tomu přítomná těžká agrese, projevující se nekontrolovatelnými výbuchy vůči okolí. Porucha trvá několik minut až hodin a většinou odezní spánkem.<sup>36</sup>

Sociální dopady závislosti na alkoholu se projevují nejvíce ve společnosti, rodině a zaměstnání.

Společenské ovzduší je u nás velmi shovívavé a tolerantní k užívání alkoholu a alkoholismu. Nepijící člověk je spíše výjimkou ve společnosti dospělých.

V rodině tato závislost narušuje rodinné mezilidské vztahy a devastuje rodinu ve všech směrech.

V zaměstnání je podceněno nebezpečí užívání alkoholu při různých obchodních jednáních, oslavách a dalších příležitostech.

Tolerování alkoholu a podpora jeho konzumace je krátkozraký přístup, neboť alkoholismem jednotlivce trpí především rodina, společnost a nutně postihuje i zaměstnavatele z hlediska snížené pracovní schopnosti závislého jedince a možnosti ohrožení na zdraví a životě.<sup>37</sup>

Pacienti ze znevýhodněné socioekonomické skupiny potřebují nějakou konkrétní sociální pomoc, která je součástí jejich léčby.

Terapeut se zabývá i řešením jejich aktuální tíživé životní situace. Například aby hledání nového zaměstnání nezatlačilo do pozadí léčbu závislosti na alkoholu.

U lidí, kteří mají problémy s alkoholem, je důležité při práci s nimi brát v úvahu i zájmy a potřeby lidí, kteří jsou v jeho nejbližším okolí (např. děti, manželský partner, rodiče apod.).<sup>38</sup>

---

<sup>35</sup> POPOV P. IN KALINA KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*, s. 154

<sup>36</sup> Srov. POPOV P. IN KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*, s. 154

<sup>37</sup> Srov. SKÁLA, J. ...*až na dno!? Fakta o alkoholu, pijáctví a alkoholismu*, s. 129

<sup>38</sup> Srov. NEŠPOR, K.; CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti*, s. 61

## 2.1 Psychické změny alkoholiků

Alkoholické psychózy vznikají z dlouhodobého chronického abusu. Patří sem alkoholická halucinóza, alkoholická paranoidní psychóza a alkoholická demence a další.<sup>39</sup>

**1. Delirium tremens** – nejčastější psychóza alkoholiků. Vyskytuje se po několikaletém těžkém abusu především charakteru delta, nejčastěji u pijáku kořalek, avšak častěji je i po abusu vína a piva.

**2. Korsakova (alkoholická) psychóza** – vzniká v průběhu chronického alkoholismu, navazuje na delirium tremens. Porucha „krátké paměti“, dezorientace v čase a místě. Nemocný se na svůj stav dívá nekriticky – konfabuluje. Tato psychóza se někdy upravuje, většinou progreduje a vyústí v alkoholovou demenci.

**3. Alkoholová demence** – intelektové schopnosti snižené, neschopnost se učit něco nové, velmi těžko se orientuje v novém prostředí. Vyskytuje se relativně častěji u žen než mužů.

**4. Alkoholická halucinóza** – jde nejspíše o schizofornní reaktivitu na poškození alkoholem. Nejčastěji sluchové halucinace, perzekuční bludy. Charakteristické úzkosti, bolesti hlavy, nespavost. Stav trvá týdny a měsíce. Pokud do cca 6 měsíců neodezní, je riziko demence nebo schizofrenní psychózy.

**5. Paranoidní alkoholická psychóza** – dochází k bludům, vztahovačnosti, nejčastěji blud žárlivosti vůči manželce. Stav trvá často měsíce i roky, i když pacient abstínuje.

**6. Alkoholická epilepsie** – alkohol spouští nebo je zhoršujícím faktorem při epilepsiích. Alkoholem podmíněná epilepsie cca v 10 procentech případů. Po vysazení alkoholu zpravidla mizí.

**Komorbidita** – „Pacienti, závislí na alkoholu, mají často řadu psychických potíží, které z valné části odezní během několika týdnů poté, co začnou abstínovat. Vedle poruch spánku jsou nejčastěji zdrojem pacientových potíží při zahájení odvykací léčby *anxiózně-depresivní* stavy, které přetrvávají i po odeznění somatického odvykacího stavu.“<sup>40</sup>

---

<sup>39</sup> Srov. NEŠPOR, K.; CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti*, s. 61

<sup>40</sup> POPOV P. IN KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*, s. 154-155



Podíl psychóz u alkoholiků ústavně léčených v psychiatrických zařízeních se odhaduje celostátně na cca 5-8 %.<sup>41</sup>

K. Nešpor doporučuje věnovat při terapii alkoholických a toxických psychóz pozornost tělesnému stavu a léčit případné somatické komplikace.

U řady těchto psychóz je pacient nebezpečný sobě i okolí, a proto z důvodů duševní nemoci je ho možné hospitalizovat i bez jeho souhlasu.<sup>42</sup>

## **2.2 Zaměstnání a alkohol**

Alkohol na pracovišti je velmi závažný problém, který se týká nejen zaměstnance – konzumenta, ale i zaměstnavatele.

Zaměstnavatel může okamžitě zrušit pracovníkovi pracovní poměr a má velkou podporu v platných zákonech ČR. V zákoně č. 262/2006 Sb., Zákoník práce, který v § 55 díl 4., odstavec 1., písmeno b) doslovně říká: „*Zaměstnavatel může výjimečně pracovní poměr okamžitě zrušit jen tehdy, porušil-li zaměstnanec povinnost vyplývající z právních předpisů vztahujících se k jím vykonávané práci zvláště hrubým způsobem*“.

Zaměstnanec, který přišel do práce a je pod vlivem alkoholu, nebo jej přímo na pracovišti konzumuje, uvedený § zákona dle mého názoru naprosto naplňuje.

Pokud je na pracovišti pod vlivem alkoholu, může tímto svým jednáním způsobit ohrožení na zdraví a životě jak sebe, tak i své spolupracovníky v zaměstnání.

Zákon č. 262/2006 Sb., Zákoník práce, ve znění pozdějšího předpisu o Právech a povinnostech zaměstnance, v §106, odst. 4, písm.e) uvádí: „*Zaměstnanec je povinen nepožívat alkoholické nápoje a nezneužívat jiné návykové látky na pracovištích zaměstnavatele a v pracovní době i mimo tato pracoviště, nevstupovat pod jejich vlivem na pracoviště zaměstnavatele a nekouřit na pracovištích a v jiných prostorách, kde jsou účinkům kouření vystaveni také nekuřáci. Zákaz požívání alkoholických nápojů se nevztahuje na zaměstnance, kteří pracují v nepříznivých mikroklimatických podmínkách, pokud požívají pivo se sníženým obsahem alkoholu, a na zaměstnance, u nichž požívání těchto nápojů je součástí plnění pracovních úkolů nebo je s plněním těchto úkolů obvykle spojeno*“.

V § 106 odst. 4 písm. i) zákona č.. 262/2006 Sb., Zákoníku práce je dále uvedeno, že „*zaměstnanec je povinen podrobit se na pokyn oprávněného vedoucího zaměstnance*

---

<sup>41</sup> Srov. SKÁLA, J. ...až na dno!? Fakta o alkoholu, pijáctví a alkoholismu, s. 41-43

<sup>42</sup> Srov. NEŠPOR, K.; CSÉMY, L. Léčba a prevence závislosti, s. 51

*písemně určeného zaměstnavatelem zjištění, zda není pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek“.*<sup>43</sup>

Zaměstnavatel by měl v rámci řídicí a kontrolní struktury v zaměstnání poznat zaměstnance, a pokud odpovědný pracovník zachytí nadužívání alkoholu, musí okamžitě zasáhnout.

J. Skála uvádí 10 nejdůležitějších příznaků:

- „1. Kocovina při práci po prodělání předchozího abúzu,
2. zvýšená nervozita a podrážděnost,
3. nevrlost a popudlivost,
4. odkládání záležitostí,
5. zarudlé nebo zakalené oči,
6. méně vyrovnané, křečovité pracovní tempo,
7. přecitlivělost na názory o pití,
8. třes rukou,
9. vyhýbání se představeným a spolupracovníkům,
10. zanedbávání detailů v pracovním procesu.“<sup>44</sup>

V platném trestním zákoně je skutková podstata trestného činu opilství formulována v § 201 trestního zákona. Dle něho jsou postihovány případy konzumace alkoholu za okolností, pokud se vykonává zaměstnání či jiná činnost osobou, která požila alkohol a při ní může dojít k ohrožení života, zdraví nebo majetku.<sup>45</sup>

### ***2.3 Nezaměstnanost jako důsledek alkoholismu***

Důsledky alkoholismu na pracovišti, propuštění pracovníka z práce sebou nesou velké riziko nezaměstnanosti. V dnešní ekonomicky vypjaté době to může znamenat jak pro samotného pracovníka, tak pro jeho rodinu velký existenční problém.

„Počet lidí propuštěných z důvodu konzumace alkoholu v pracovní době v Česku meziročně opět vzrostl. Vyplývá to z březnového průzkumu v 71 českých firmách agentury, která se dlouhodobě zabývá výzkumy trendů. Zatímco v roce 2009 byl alkohol v žebříčku důvodu propuštění ze zaměstnání na osmnáctém místě a v letech 2010 a 2011 na šestém, 2012 už je na čtvrtém místě. „Zaměstnavatelé si dávají na alkohol

---

<sup>43</sup> Zákon č. 262/2006 Sb., Zákoník práce ve znění účinném od 1. 1. 2014

<sup>44</sup> SKÁLA, J. ...až na dno!? *Fakta o alkoholu, pijáctví a alkoholismu*, s. 25

<sup>45</sup> KLÁŠTERSKÝ K. IN KVAPILÍK, J.; SVOBODOVÁ, A. a kol. *Člověk a alkohol*, s. 221

u svých podřízených daleko větší pozor. Dříve většina zaměstnavatelů například tiše tolerovala malé pivo k obědu. To ale dnes neplatí," komentuje výsledky vedoucí výzkumného týmu Eva Fruhwirtová ze společnosti Commservis. "Samozřejmě, že to neznamená, že by v Česku vzrostl počet alkoholiků," upozornila na možnou špatnou interpretaci výsledků výzkumu.<sup>46</sup>

Nejedná se jen o potíže zdravotní, psychické, rodinné, finanční. Nezaměstnaný člověk začne ztrácet pracovní návyky, straní se společnosti a přátel a propadá se stále hlouběji do své alkoholové závislosti.

„Ztráta zaměstnání neznamená jen ztrátu statusu spojeného obecně s faktem „ *mít zaměstnání*“ a konkrétně s „*povahou tohoto zaměstnání*“. Znamená také přijmout nový status (nezaměstnaného), status inferiorní (podřadný) spojený i s určitými nepříjemnými povinnostmi.“<sup>47</sup>

Toto způsobuje nezaměstnanému jeho stigma, znamená toho, že selhal. Je to něco, co ho diskredituje. Snaží se skrýt fakt ztráty zaměstnání před vlastní rodinou, příbuzenstvem i před svým okolím. Často fingují svoji práci, i když žádnou nemají.

U nezaměstnaných alkoholiků dochází k jejich sociální izolaci a ztrátě sociálních kontaktů a to vede k faktickému fyzickému osamocení jak jednotlivců, tak postupně i jejich rodin.

Nezaměstnanost je i jedním z důvodů zvýšeného počtu sebevražd.

Obraz nezaměstnaných v očích veřejnosti, často pod vlivem médií, je moralizující – můžou si za to sami, což je v případě alkoholiků většinou pravda.

Míra nezaměstnanosti a dlouhodobá nezaměstnanost je u alkoholiků s velkou pravděpodobností větší než standardně u běžné populace nezaměstnaných.<sup>48</sup>

### **3 Rodina a její život s alkoholikem**

„Většina problémových pijáků (typu alfa, beta) i osob závislých na alkoholu (typu gama, delta) žije v rodinách se svými manželkami, dětmi a ostatními příbuznými.

---

<sup>46</sup> Nováček, J.; Popela, L. *Lidé v práci více pijí alkohol, dostávají proto častěji výpověď*. [online]

Dostupné na: <http://www.nasepenize.cz/lide-v-praci-vice-piji-alkohol-dostavaji-proto-casteji-vypove-10354> [cit. 23.3.2015]

<sup>47</sup> MAREŠ P. *Nezaměstnanost jako sociální problém*, s. 75

<sup>48</sup> Srov. MAREŠ P. *Nezaměstnanost jako sociální problém*, s. 77-84

Výzkum alkoholismu dlouho zanedbával skutečnost, že alkoholici žijí uprostřed svých rodin.<sup>49</sup>

V těchto rodinách probíhá deformace a destrukce. Zkušení sociální pracovníci vidí často při návštěvách v rodině alkoholika příznaky destruktivního vlivu na celou rodinu – na manželku a všechny další její členy. Reakce rodiny jako celku je přibližně taková:

1. manželka či ostatní členové popírají, že by se vyskytoval v rodině nějaký problém;
2. později se manželka a ostatní členové rodiny pokoušejí řešit problém alkoholismu vlastními silami;
3. rodina trpí a její destrukce se už projevuje, členové rodiny a manželka se izolují od společnosti;
4. stav už je trvale nemožný a neúčinný, rodina se vrací k společnosti, bez svého člena alkoholika - distancuje se od něho;
5. problém nadále trvá, manželka či rodina hledá pomoc u jednotlivých osob a institucí;
6. se získanou pomocí a zkušenostmi reorganizují zdravou část rodiny, tj. bez alkoholika;
7. pokud nastoupí alkoholik léčbu, která má dobrý průběh, a manželka a rodina úspěšně spolupracuje, dochází opět k reorganizaci celé rodiny tentokrát už včetně alkoholika.

Velmi důležité a rozhodující je, do jaké míry zůstaly pozitivní vztahy manželů. Pomoc a podpora zejména partnera a celé rodiny je pro trvalou abstinenci pacienta-alkoholika nezbytná.<sup>50</sup>

### **Patologická rovnováha**

Goldberg popsal typy vztahů „něco za něco“ v rodinách se závislostmi na alkoholu. Pít jednoho partnera je tolerováno, protože druhý partner má mimomanželský vztah, má jiný návykový problém nebo dělá to, co by pijící partner „nikdy“ netoleroval.

### **Kodependence**

Takový partner zanedbává uspokojování svých vlastních potřeb na úkor uspokojování potřeb druhých členů rodiny. To se často děje v rodinách se závislým členem rodiny.

<sup>49</sup> SKÁLA, J. IN KVAPILÍK, J.; SVOBODOVÁ, A. a kol. *Člověk a alkohol*, s. 39

<sup>50</sup> Srov. SKÁLA, J. ...až na dno!? *Fakta o alkoholu, pijáctví a alkoholismu*, s. 99-100

Z hlediska závislého na alkoholu to může být racionalizací jeho chování, když terapeut označí druhého partnera za kodependentního.<sup>51</sup>

### **3.1 Vliv alkoholu na rodinu**

O tomto problému Z. Kučera píše z pohledu psychologa a sociologa. O vlivu rodiny na spotřebu alkoholu a jejich abúzu je napsáno mnoho pojednání v odborné literatuře. Jako nejčastější je uváděn vliv rodinné výchovy a rodičovského modelu pití. Léčebná strategie, tzv. rodinná terapie, přináší odlišný pohled na vznik alkoholismu v aktuálním manželském či rodinném kontextu.

Jako účinná terapie se projevuje léčba celé rodiny. Pozornost je věnovaná tzv. „alkoholickému manželství“, tj. alkoholikovi a jeho manželskému partnerovi.<sup>52</sup>

Závažná zjištění probíhají však ve výzkumech alkoholismu žen v rodině. Většina studií věnovaných alkoholismu v rodině primárně pojednává o muži – alkoholikovi. Už dlouho se však ví, že existenci rodiny ohrožuje více alkoholismus žen. Dle některých údajů je dokonce desetkrát větší pravděpodobnost rozvodu v rodinách alkoholiček než alkoholiků.

Počet žen nadměrně užívající alkohol ve všech civilizovaných zemích včetně České republiky stoupá.

„Velký význam má v léčbě žen závislých na alkoholu a návykových látkách rodinná terapie s partnerem u žen středního věku a s rodiči u dospívajících a mladších dospělých. Pozornost je také potřeba věnovat specifickým problémům, jako jsou premenstruální tenze nebo vlivu alkoholu a jiných návykových látek na plod.“<sup>53</sup>

V literatuře o alkoholismu v rodině se často zdůrazňuje, že alkohol nemá ve všech rodinách stejnou úlohu a že nic takového jako typická rodina alkoholika neexistuje. S tímto názorem Matoušek nesouhlasí a odkazuje na studie teoretika Reisse, který rozlišuje rodiny alkoholiků dle toho, kdy do jejich životního cyklu alkohol vstoupil.

**První fáze** – vytváření totožnosti své rodiny.

**Střední fáze** – ustavení regulačních procesů rodiny.

**Třetí fáze** – předání své totožnosti další generaci.<sup>54</sup>

---

<sup>51</sup> Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*, s. 84-85

<sup>52</sup> Srov. KUČERA Z. IN KVAPILÍK, J.; SVOBODOVÁ, A. a kol. *Člověk a alkohol*, s. 74

<sup>53</sup> NEŠPOR, K.; CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti*, s. 155

<sup>54</sup> Srov. MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*, s. 104

### 3.2 Děti alkoholiků

„Problémy těchto dětí mohou začít již během nitroděložního vývoje nebo bezprostředně po narození. Specifickou problematikou je léčba odvykacích syndromů u novorozenců, jejichž matky si vytvořily tělesnou závislost na droze (nejčastěji opioidy, alkohol, barbituráty, benzodiazepiny).“<sup>55</sup>

Výsledky výzkumu (Kmošková, Matějček v roce 1972), který se týkal skupiny chlapců z rodin alkoholiků, je alarmující.

Skupina chlapců z rodin alkoholiků byla srovnána se skupinou chlapců z rodin nealkoholiků. Výsledky jasně ukázaly, že alkoholismus otce je závažným činitelem, který působí nepříznivě na vývoj osobnosti dítěte a jeho socializaci.

Otec negativně působí ve výchově a jeho alkoholismus ho z výchovné funkce vyřazuje. Dítě si „ztrátu“ otce kompenzuje intenzivnější vazbou na matku. Dochází tady k citovému, materiálnímu a časovému postižení rodiny, které se projevuje v intelektovém vývoji dítěte. Na otázku „z čeho máš největší strach“ byla jednoznačně nejčastější odpověď, že „z opilého otce“.<sup>56</sup>

„Děti alkoholiků, často už od nejtělejšího dětství, jsou svědky nejdrastičtějších scén mezi rodiči a chování, jež se přiči nejelementárnějším zásadám lidské důstojnosti.“<sup>57</sup>

J. Skála si položil otázku. Jaký je vliv dědičné výbavy na potomky rodičů-alkoholiků? Nalézt odpověď nebylo jednoduché. Podrobně posuzoval, co je příčina a co následek, když je v rodinách alkoholiků větší výskyt méněcenných dětí. Bádáním zjistil, že není možné jednoznačně říci, zda za problém může jen alkohol. Nahromaděná méněcennost dětí alkoholiků by se vyskytovala stejně, i kdyby jejich rodiče nepili.

Došel k závěru, že není možné objektivně srovnávat potomky alkoholiků s potomky nealkoholiků. Takové srovnání bude možné jen tehdy, když vyjdeme od stejných prarodičů, rozdělíme jejich potomky na alkoholiky a nealkoholiky a srovnáme vlastnosti těchto dětí. Takto lze odlišit dědičné výbavy od nového faktoru, faktoru alkoholu.<sup>58</sup>

Wegscheider-Cruse popsal čtyři typické reakce dětí na závislost jednoho nebo obou rodičů.

---

<sup>55</sup> NEŠPOR, K.; CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti*, s. 72

<sup>56</sup> Srov. SKÁLA, J. *...až na dno!? Fakta o alkoholu, pijáctví a alkoholismu*, s. 97

<sup>57</sup> SKÁLA, J. *...až na dno!? Fakta o alkoholu, pijáctví a alkoholismu*, s. 105

<sup>58</sup> Srov. SKÁLA, J. *...až na dno!? Fakta o alkoholu, pijáctví a alkoholismu*, s. 94-95

**Rodinný hrdina** – nejčastěji nejstarší dítě v rodině. Za problémové rodiče přebírá nároky, je to nad jeho možnosti. V dospělosti může trpět pocity méněcennosti a nedostačivosti.

**Ztracené dítě** – často stažené a uzavřené do sebe, málo a obtížně komunikuje, únik do vnitřního světa a fantazie. Při léčbě směřovat k úkolům jeho věku, nečinit ho odpovědným za problémy dospělých.

**Klaun** – od problému, které rodinu ohrožují, odvádí pozornost svou veselostí. Jeho heslo: „Nepreme se a nehádejme, raději se smějme“. Šaškování neposilovat a hledat způsoby, jak dítěti posilovat jeho zdravé sebevědomí a možnost se projevit.

**Černá ovce** – svým zlobením, delikvencí odvádí pozornost od problému dospělých. Důležité neposilovat nevhodné chování a posilovat jeho sebevědomí.<sup>59</sup>

### ***3.3 Dospělé děti alkoholiků***

„Dospělé děti alkoholiků si nejsou jisti tím, jaké chování je normální. Je velice obtížné plně docenit význam tohoto výroku, neboť je to ta nezákladnější charakteristika dospělých dětí alkoholiků.“<sup>60</sup>

Jelikož žádný jiný rodinný život nepoznali, tak to, co by ostatní považovali za šílené a neskutečné, je pro tyto děti zcela normální.

V rodině zasažené alkoholem je „normální“ lhaní. Základní lež je to, že rodina popírá existenci nějakého problému.

Rodič alkoholik toho hodně naslibuje, ale to nakonec vyústí zase jenom v samé lži. Lhaní se v rodině stalo návykové. Výrok o tom, že dospělé děti alkoholiků lžou i v situaci, kdy je snadné říci pravdu, má své opodstatnění.

Od dětství je rodiče neustále kritizují a výsledkem je přijetí deformované reality „ano, je to moje chyba, že...“ K vlastnímu kritickému hodnocení používají jen negativní vlastnosti, nikdy ne pozitivní.

Dospělé děti alkoholiků mají problém se bavit a berou sami sebe příliš vážně. Ve svém dětství nezažívají žádnou legraci a spontánnost. Ta v nich byla v dětství umlčena. V dospělosti bojují sami se sebou, aby se ta spontánnost v nich mohla konečně projevit.

---

<sup>59</sup> Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*, s. 85

<sup>60</sup> WOITITZOVÁ, J. G. *Dospělé děti alkoholiků*, s. 48

Tyto děti hrozně moc touží po zdravých důvěrných vztazích. Ve svém životě však nemají žádné měřítko pro tento vztah, neboť ho nikdy neprožily. Přinášejí si z dětství zkušenost „jeden den být milován a druhé den odmítán“.

Žijí v obrovském strachu z opuštění partnerem. Tento strach se tak stává překážkou ve vytváření jejich vztahů. Ve svém vztahu berou všechno opravdu vážně.

Pocit nejistoty, problémy s důvěrou v ostatní, strach z toho, zda někomu ublížím či ne, se vyskytují v celé populaci a není to jen problém dospělých dětí alkoholiků.

Tyto děti se naučily věřit jen sobě a jen na sebe samotné také spoléhat více než na druhé. Mají pocit, že jsou jiní než ostatní lidé; do určité míry skutečně jiní jsou. Přesto se ostatním podobají více, než jsou si schopni uvědomit.

Jen velmi těžce věří druhým, že je akceptují takové, jací jsou, a nemusí se stále snažit, aby si to „zasloužili“.

Protože se nenaučili spolupracovat s ostatními na úkolech v týmu, jsou často mimořádně „zodpovědné“ nebo „nezodpovědné“.

Jejich loajalita je obdivuhodná, ale musí se naučit posuzovat, zda je přiměřena. Musí se naučit žít v současnosti. Je pro ně důležité, aby nejednali příliš bezhlavě, a musí často být odvráceni od impulzivního chování. Mít volbu je pro ně zásadní věc. Dává jim svobodu konat či nekonat.<sup>61</sup>

„Lze se setkat s krajní polohou, kdy potomek závislého alkohol naprosto odmítá, ale považovat to za pravidlo by bylo zjednodušující. Každopádně potomci alkoholiků přicházejí do života zatěžkáni větší mírou zranitelnosti vůči závislostem,“ říká Michal Miovský z Kliniky adiktologie při 1. lékařské fakultě VFN v Praze.<sup>62</sup>

Na pomoc těmto dětem byly v roce 1978 v New Yorku založeny Dospělé Děti Alkoholiků - DDA. Od února 2012 funguje v Praze zatím jediná v současnosti aktivní skupiny DDA v českém jazyce. Její hlavní náplní je činnost a práce, jež vede k „uzdravení nemoci alkoholismu“, kterou se „nakazili“ jako děti a která je stále ovlivňuje i když jsou už dospělé. Organizace a pomoc funguje na principech víry v boha, žádostí o jeho pomoc, skrze modlitbu, meditaci a duchovní probuzení.<sup>63</sup>

---

<sup>61</sup> Srov. WOITITZOVÁ, J. G. *Dospělé děti alkoholiků*, s. 49-148

<sup>62</sup> VAVŘÍKOVÁ, L. *Děti alkoholiků: Proč jsme divní*. [online] Dostupné na: <http://www.kondice.cz/2014/09/deti-alkoholiku-proc-jsme-divni/> [cit. 22.03.2015]

<sup>63</sup> Dospělé děti alkoholiků [online] <http://www.dda.euweb.cz/> [cit. 23.3.2015]



### **3.4 Manželství a jeho ovlivnění alkoholismem – problémy soužití**

„Manželský partner si musí poradit s často obtížně řešitelnými, nepředvídatelnými a častými nepříjemnostmi života s problémovým pijákem. Čím závažnější je problém s alkoholem, tím menší je pravděpodobnost, že tato osoba bude schopná vykonávat či vůbec nějak zastávat různé role a povinnosti jako manžel/manželka a rodič.“<sup>64</sup>

„V tomto případě je optimální řešení vzájemná dohoda rodičů. Pokud toho nejsou schopni sami, měli by vyhledat manželskou nebo partnerskou terapii. Zejména je třeba vyvarovat se vtahování dítěte do vlastních sporů, vytváření spojení jednoho rodiče a dítěte proti druhému rodiči.“<sup>65</sup>

Výsledky průzkumu 40 manželek alkoholiků přineslo mnohá zjištění. 10 manželek mělo otce alkoholika, u devíti předčasně umřel otec nebo matka, 3 byly z rozvedeného manželství nebo nemanželské děti. 25% žen mělo otce alkoholika a má za manžela alkoholika také. Jejich zkušenost jim není v manželství nic platná.

Vztah otce a dcery je citový a emocionální a rozum jde stranou. Pokud bylo chování otce bez ubližování a alespoň se staral o rodinu, jeho alkoholismus není pro ně tragédií. To způsobuje, že dcery alkoholiků jsou daleko více ohroženy alkoholismem svých životních partnerů.

Následky soužití s alkoholikem se odráží v psychické a tělesné kondici žen a jejich poruchách. Jen 3 ženy ze 40 nevedly žádné tělesné ani psychické zdravotní potíže.<sup>66</sup>

J. Skála k manželskému soužití s alkoholikem říká: „Jako lékař bych mladou ženu stojící před rozhodnutím, zda si má vzít člověka, který začíná být závislý na alkoholu, spíše od takového kroku odradil. Naproti tomu bych dával vždy odvalu ženě, která již má děti, aby dala před rozvodem svému manželovi možnost podstoupit důkladnou léčbu.“<sup>67</sup>

---

<sup>64</sup> *Problémy s alkoholem v rodině – Zpráva vypracovaná pro Evropskou Unii*, s. 17

<sup>65</sup> NEŠPOR, K.; CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti*, s. 24

<sup>66</sup> Srov. SKÁLA, J. ...*až na dno!? Fakta o alkoholu, pijáctví a alkoholismu*, s. 98-99

<sup>67</sup> SKÁLA, J. ...*až na dno!? Fakta o alkoholu, pijáctví a alkoholismu*, s. 100

### 3.5 Rozpad manželství

„Nepřekročitelnou překážkou k udržení manželství je alkoholismus a psychopatické osobnostní rysy projevující se v agresivitě. Leč mnoho manželských párů volí raději scénář vedoucí k rozvodu.“<sup>68</sup>

V průběhu dějin lidské civilizace se lišilo vymezení toho, co všechno má nebo musí snášet partner v manželství. Stejně tak možnost hledání řešení partnerských problémů. V případě nevěry bylo možné dle *Starého zákona* ženu ukamenovat, v jiných kulturách zase mohla žena zapudit nebo opustit svého muže. V současnosti se problémy řeší zejména rozchodem se stávajícím partnerem.

K rozpadu manželství Singly uvádí: „Nejdůležitější změna spočívá v tom, že se relativně snižuje význam a důležitost přesvědčení, že jedním z cílů manželství je stálost a jeho dlouhé trvání.“<sup>69</sup>

U nás v České republice je rozvod jediným právně povoleným prostředkem, pokud manželé žijí.<sup>70</sup> I. Možný o vývoji rozvodovosti uvádí: „Pravděpodobnost zániku manželství rozvodem u nás opravdu stoupá od počátku spolehlivější statistické evidence dodnes a tento trend má vcelku exponenciální charakter.“<sup>71</sup>

Máme k dispozici údaje o společenské závažnosti rozvodů. Uvádí se, že koncem 80. let v Československu proběhlo ročně přibližně 40.000 rozvodů a mělo to následek pro cca 45.000 dětí a dalších nejbližších rodinných příslušníků. Odhaduje se, že se ročně s rozvodem muselo vyrovnat cca 500.000 lidí.

„Z celkového počtu manželství rozvedených v roce 2013 bylo 57,1 % s nezletilými dětmi. Podíl rozvodů s nezletilými dětmi se v průběhu let postupně snižuje, před deseti roky byl 63,4 %, ještě o desetiletí dříve 72,0 %. Svou roli zde hraje jak nízká plodnost posledních desetiletí, tak vyšší zastoupení rozvodů déletrvajících manželství, kdy již děti manželů dosáhly dospělosti. Na jednu rozvádějící se dvojici s nezletilými dětmi však stabilně připadá průměrně 1,5 dítěte.“<sup>72</sup>

---

<sup>68</sup> HINTNAUS, L. *Člověk a rodina. Smysl a funkce rodiny*, s. 69

<sup>69</sup> SINGLY, F. DE *Sociologie současné rodiny*, s. 111

<sup>70</sup> Srov. MOŽNÝ, I. *Sociologie rodiny*, s.171

<sup>71</sup> MOŽNÝ, I. *Sociologie rodiny*, s.176

<sup>72</sup> Český statistický úřad *Rozvodovost*. [online] Dostupné na:

<http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/rozvodovost> [cit. 23.3.2015]

Důsledky rozvodů mají mnohé stránky, zejména ekonomickou, právní, rodičovskou, psychickou a sociální. Největší zátěž na léta pak představují tři poslední aspekty. Dle zkušeností klinických pracovníků, kteří se tímto problémem zabývají, je jejich odhad stabilizace rodiny po rozvodu v intervalu od 2 do 5 let.

Rozvodem všichni účastníci něco ztrácejí – dospělý svého partnera, děti přicházejí o stálou přítomnost otce, někteří musí měnit bydliště apod.<sup>73</sup>

Rozvod většinu žen jak materiálně, tak sociálně ochuzuje více než muže. Tito jsou i po rozvodu více nezávislí a i ekonomicky a sociálně tratí méně.<sup>74</sup>

Trend růstu rozvodovosti klesl v roce 1999. Bylo to na základě novely zákona O rodině č. 91/1998 Sb. s účinností od 01.08.1998. Rozvod s nezletilými dětmi se stal proti minulosti složitějším. Po zavedení nového zákona do praxe opět rozvodovost stoupala. V roce 2004 znovu dosáhl svého maxima 33 060 rozvodů. V letech 2005-2007 stagnoval kolem 31 000 až 31 500 rozvodů ročně.<sup>75</sup>

V roce 2013 soudy ČR rozvedly 27 895 manželství, o jeden a půl tisíce více než v roce 2012, ve srovnání s lety 2001-2008 však o 3-5 tisíc méně. Absolutní počet rozvodů tak reflektuje zejména dlouhodobý vývoj snižujícího se počtu sňatků, zatímco intenzita rozvodovosti se příliš nemění, zůstává vysoká. Od roku 2001 se pohybuje na úrovni 45-50 % manželství končících rozvodem.<sup>76</sup>

#### **4 Role rodiny s alkoholikem**

Problémové pití může změnit role členů rodiny jak navenek, tak vnitřně. Když se z některého člena rodiny stane alkoholik, rozvrátí to vnitřní systém spoluzití v rodině. Dospělý člen rodiny – alkoholik přestane plnit svoji roli živitele nebo spoluzivitele rodiny, neúčastní se péče o děti, jejich výchovy. V požadující míře nedostatečně plní domácí práce, nepodílí se na různých zájmových a rekreačních aktivitách v rodině. Jeho funkci je nucen převzít nejčastěji manželský partner nebo některé dítě z rodiny, většinou nejstarší. Toto dítě bývá nuceno převzít role a povinnosti alkoholického dospělého člena rodiny, např. působí jako náhradní otec či matky, vykonává domácí práce příslušného člena rodiny. Někdy může být tlačeno k převzetí některého druhu emocionální

<sup>73</sup> Srov. MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*, s. 106-108

<sup>74</sup> SINGLY, F. DE *Sociologie současné rodiny*, s. 115

<sup>75</sup> Srov. ŠŤASTNÁ, A. *Neúplné rodiny v České republice a ve vybraných evropských zemích*, s. 38-39

<sup>76</sup> Český statistický úřad *Rozvodovost*. [online] Dostupné na:

<http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/rozvodovost> [cit. 23.3.2015]

odpovědnosti za rodinu.<sup>77</sup>

„Děti tak mají postavení a pravomoci, které neodpovídají jejich věku a sociální zralosti. V rodině v této situaci vznikají různá spojenectví proti závislému členovi rodiny. Je vážně narušen rodinný systém v procesech poskytování a přijímání závislého člena rodiny.“<sup>78</sup>

„Dobré rozdělení rolí a úkolů s jasně stanovenou odpovědností může také posílit zdravé hranice v rodině. Posilování hranic při rodinné terapii se může dít i tak, že terapeut nepřipustí, aby některý člen rodiny odpovídal za jiného, že zvolí vhodné rozsazení členů rodiny v prostoru nebo, že pracuje např. s rodiči a s dítětem odděleně.“<sup>79</sup>

Je důležité, aby se členové rodiny naučili nepřijímat role tolerování nebo umožňování alkoholové závislosti.

## **5 Sociální práce a její pomoc rodině s alkoholikem**

„Na rodinu lze nahlížet z různých úhlů pohledu, a to v závislosti na tom, jaké charakteristiky existence a fungování rodiny jsou pro nás významné. Každý odborník se pokouší vymezit z pozice svého odborného zájmu.“<sup>80</sup>

„Z národní koncepce rodinné politiky vyplývá, že cílem národní rodinné politiky by mělo být vytvořit všestranné příznivé společenské klima a podmínky pro rodinu, umožňující lidem realizovat vlastní životní strategie v naplňování partnerských a rodičovských plánů a respektovat při tom diferencované zájmy a potřeby různých typů a členů rodin.“<sup>81</sup>

Hlavní myšlenka, která rozvíjela sociální práci s rodinou a později i rodinnou terapii, je, že mezi členy rodiny nefungují správně interakční vzorce a to přispívá k problémům jednotlivého člena rodiny. Toto však by mohlo být vyřešeno mnohem lépe, pokud se do řešení problému zapojí celá rodina.<sup>82</sup>

---

<sup>77</sup> Srov. *Problémy s alkoholem v rodině – Zpráva vypracovaná pro Evropskou Unii*, s. 15-16

<sup>78</sup> Srov. KLIMENT P., *Rodinný systém se závislým na alkoholu, Sociální práce/Sociální práce*, 2007, č. 3., s. 65

<sup>79</sup> NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*, s. 83

<sup>80</sup> SMUTKOVÁ, L. *Sociální práce s rodinou*, s. 14

<sup>81</sup> SMUTKOVÁ, L. *Sociální práce s rodinou*, s. 31

<sup>82</sup> Srov. SMUTKOVÁ, L. *Sociální práce s rodinou*, s. 35

Česká rodina současnosti v porovnání s rodinou v minulosti je malá, méně stabilní a křehčejší. V případě, že se dostane do potíží, je mnohem více než dříve závislá na pomoci státu a jiných zdrojích. Při hodnocení rodiny je nutno vzít v úvahu rizikové faktory rodiny. Rizikové faktory jsou ty, které ohrožují soudržnost rodiny i jednotlivého člena rodiny. Jedná se např. o alkoholismus či jiný typ drogové závislosti, z toho vyplývající násilné řešení sporů, trestná činnost, nevěra atd.<sup>83</sup>

V dnešní postmoderní době nejsou rodiny zakládány proto, aby reprodukovali populaci či jinak prospívali velkým společenstvím lidí. Slouží hlavně k uspokojování citových potřeb partnerů. Stabilita těchto rodin je závislá na citové bilanci partnerského vztahu, a proto se stala rodina velmi křehkou institucí. Z ekonomického hlediska je dítě velká a nevratná investice.<sup>84</sup>

„Rodina byla od pradávna prvním a jediným zdrojem podpory lidí, kteří se dostali do nesnází. A to bez ohledu na to, jestli se s hendikepem už narodili, nebo jejich nesnáze vznikly později. V tradičních společnostech vládla v rodině plná ekonomická i vztahová solidarita; její nerespektování bylo nepředstavitelné. V soudobých západních společnostech přebíral na sebe starost o lidi ve vážných nesnázích do velké míry stát.“<sup>85</sup>

### **Historie a dnešní situace v rodinné terapii**

„Rodinná terapie se od konce šedesátých let 20. století praktikuje s rodinami, v nichž má jeden nebo více členů závažné problémy jakéhokoli druhu. V posledních desetiletích 20. století vznikaly i typologie dysfunkčních rodin, jež nevycházely z individuálních hendikepů. Prognózy vývoje rodiny a terapeutické strategie začaly být odvozovány více z charakteristik celé rodiny než z charakteristik jednotlivců.“<sup>86</sup>

Získané zkušenosti v průběhu posledních desetiletí nám ukazují, že poradenství, které řeší manželské neshody a problémy přednášením, poučováním a individuálními rozhovory, je málo účinné.

To vedlo k tomu, že se pozornost zaměřila na komunikaci a interakce v rodině, jejich pozorování v rámci interakce skupinové psychoterapie.

Rodinná skupinová psychoterapie se stala cennou metodou k rozeznání sociálních pozic, rolí a vztahů mezi jednotlivými členy rodiny. Vede k náhledu jednotlivých členů

---

<sup>83</sup> Srov. MATOUŠEK, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*, s. 302

<sup>84</sup> Srov. MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*, s. 181-182

<sup>85</sup> MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*, s. 183

<sup>86</sup> MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*, s. 185-186

rodiny na své osobní jednání a přispívá k odhalení hlavního, nejdůležitějšího problému rodiny.<sup>87</sup>

„Sociální služby poskytované rodinám odlišují současní autoři:

- podle délky trvání - krizové až dlouhodobé;
- podle prostředí - poskytované v domově rodiny, v instituci specializované na práci s rodinou, v komunitním centru nebo jinde;
- podle užití metody práce s rodinou - poradenství, odborně vedená terapie, svépomocné skupiny nebo jiné;
- někdy i podle toho, co dalo podnět k práci s rodinou - např. ohrožení dítěte, ohrožení dospělého, rozvodová situace.“<sup>88</sup>

### **Krizové služby**

Jsou to krátkodobé služby, které vyžadují kvalitní a rychlé vyhodnocení rodinné situace profesionálem. Mohou poskytnout efektivní krátkodobou pomoc. Většinou jsou tyto služby poskytovány v situaci, kdy je v ohrožení dítě nebo dospělý. Na tuto pomoc má rodina nárok i ve chvíli, kdy se vrátil ohrožený (ohrožující) člen dočasně odloučený a je potřeba opětovného sjednocení rodiny.

### **Poradenské služby**

Krátkodobé služby poskytované ve specializovaných institucích, kde rodina má k dispozici tým profesionálů. Jednotlivě (nebo v případě potřeby s dalšími členy týmu) se řeší akutní problémy rodinného soužití a výchovy dětí. Realizace pomoci je v podobě krátké série dohodnutých schůzek. Některé z těchto služeb spočívají v obhajování zájmů a práv rodiny vůči jiným subjektům včetně státních orgánů.

### **Vzdělávací programy**

Jsou to služby, které jsou poskytované dlouhodobě. Jejich cíl je formulován obecně, např. jako podpora rodičů v rodičovské roli, rozvoj dovedností tvořivě řešit konflikty, udržovat kvalitní vztahy.

Některé druhy programů probíhají ve školních budovách v odpoledních nebo večerních hodinách, jsou také nazývány „školy rodičů“.

---

<sup>87</sup> Srov. HINTNAUS, L. *Člověk a rodina. Smysl a funkce rodiny*, s. 77

<sup>88</sup> MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*, s. 195-196

Poradenské a vzdělávací programy se také různě kombinují dle toho, komu jsou poskytovány. Např. mohou být poskytovány náhradním rodinám (pěstounským, adoptivním) nebo rodinám, které vychovávají děti s vážnými hendikepy. Jsou někdy doplněny i rekreačními pobyty a dalšími různými akcemi.

### **Terapeutické služby**

Můžeme je rozdělit na typ svépomocný a typ profesionálně vedené služby. Bývají poskytovány jednotlivcům, kteří mají problémy v rodinném soužití, nebo celým rodinám. Když je poskytuujeme jednotlivci tak jsou cílovými skupinami jak „původci problému“, tak „oběti“. Když některý člen rodiny překročil zákon a musí toto být projednáno soudem, může i soud nařídit viníkovi účast v terapeutickém programu. Pokud obviněný již nějaký terapeutický program absolvuje, může soud při svém rozhodování toto vzít v úvahu. V daném rozhodování je mu to započteno k jeho prospěchu.

### **Preventivní programy**

Jedná se o dlouhodobé programy, jejichž cílovou skupinou jsou vznikající rodiny, u kterých je vysoká pravděpodobnost vážných obtíží. Může se také jednat o rodiny, ve kterých se narodilo hendikepované dítě, jehož výchova bude představovat značnou zátěž (pak se mluví o rané péči). Pracovníci, kteří pomáhají, mohou být dobrovolníci, kteří absolvovali potřebné zaškolení, nebo jsou to profesionálové. Vzájemný kontakt rodin s pomáhajícími pracovníky je pravidelný a dlouhodobý. Jedná se většinou o situace dlouhodobého ohrožení dítěte, ohrožení dospělého, rozvodová situace apod.<sup>89</sup>

### **Další možné služby, které pomáhají rodině s alkoholikem**

„Rozhodnutí, který typ terapie, resp. které zařízení je pro určitého klienta v dané době nejvhodnější, by mělo brát v úvahu i jiná kritéria než pouze stupeň závislosti.

Kalina (2002) doporučuje hodnotit:

1. Zdravotní stav klienta a případné somatické komplikace závislosti;
2. Doprovodné psychologické a psychopatologické problémy;
3. Stupeň klientovy motivace a potřeby podpory;
4. Intenzitu příznaků závislosti - pravděpodobnost relapsu, výskyt abstinenčních příznaků a schopnost je zvládat;
5. Nejbližší vztahy (vztahy s partnerem a rodinou);

---

<sup>89</sup> Srov. MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*, s. 196-198

6. Sociální prostředí klienta (vztahy k přátelům a ke skupinám, v nichž se klient pohybuje).

K tomuto výčtu bychom připojili ještě ohled na zaměstnání, případně vzdělávací dráhu klienta<sup>90</sup>.

#### **Předléčebné poradenství a práce s klientovou motivací dle O. Matouška.**

Je to poradenství poskytované před nástupem intenzivní léčby do stacionáře, terapeutické komunity nebo specializované léčebny.

Sociální pracovník musí mít na paměti, že rozhodující podmínkou pro vstup do dlouhodobé léčby je klientovo vlastní uvědomění si zisků a ztrát z užívání návykové látky. Toto poradenství by mělo podpořit motivaci klienta k léčbě.

V průběhu terapeutické práce terapeut spolu s klientem stanovuje dílčí cíle, které průběžně hodnotí a dle situace aktualizují. V průběhu léčby samotné dochází k výraznější vnitřní motivaci klienta.

Klienti se někdy špatně vyrovnávají s léčebným režimem, nejsou schopni se přizpůsobit vzájemným vztahům a stylu práce v léčebném zařízení.<sup>91</sup>

Když na léčbu bezprostředně navazuje následná péče, účinnost absolvované léčby se tím zvyšuje, jakož i schopnost klienta udržet stav abstinence.

Sociální práce v doléčovacích programech má podpůrný charakter. Klient řeší své záležitosti samostatně a umí využívat strategie jednání na úřadech.

Sociální pracovník dále podporuje klienta při jeho různých jednáních a řešeních problémů v oblasti rodinného, občanského, trestního a pracovního práva, pomoc při řešení finančních otázek, hledání zaměstnání atd.

Pokud klient v průběhu následné péče relapsuje, ale přesto udržuje kontakt s doléčovacím programem, může i nadále pokračovat ve spolupráci.<sup>92</sup>

„Před ukončením následné péče se hodnotí aktuální situace klienta, jeho sociální stabilizace a jeho schopnost nadále fungovat bez podpory doléčovacího programu.“<sup>93</sup>

L. Smutková se zabývá a vymezuje nám různé pojetí moci v pomáhajících profesích.

---

<sup>90</sup> MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*, s. 214

<sup>91</sup> Srov. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*, s. 219-221

<sup>92</sup> Srov. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*, s. 223

<sup>93</sup> MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*, s. 223



Jeden z nejdůležitějších aspektů sociální práce s rodinou je i problém „moci“ sociálního pracovníka. Vzniká otázka, zda je v souladu s etikou sociální práce a jaký je její možný dopad na samotný výkon profese sociálního pracovníka.

Mocí myslí různé formy působení sociálního pracovníka na klienta. Ten má svoji „moc“ danou zákonem a pracovní pozicí v konkrétní instituci, za kterou jedná.

Tento problém s „mocí“ se týká i sociální práce, která je založena na principech rovnosti a solidárnosti. V podstatě se může říct, že klient je bezmocný proto, že něco potřebuje a sociální pracovník je mocný už tím, že pomáhá. Naopak „moc“ má i klient, pokud si bude stěžovat na sociálního pracovníka.<sup>94</sup>

Autoři často citují Maxe Webera, když uvádějí, že „moc je možnost uplatnění něčeho přání nad přáním druhých“. Weber vymezuje 3 zdroje moci a považuje za ně osobnost, vlastnictví a organizaci.<sup>95</sup>

V sociální práci často dochází k odhalování důvěrných informací o klientovi. Jejich interakce má vždy určitou „nerovnováhu moci“.

Pomáhající organizace se často silně opírají o princip moci – dominance nadřazených nad podřazenými.

Sociální pracovník je často zástupce státu, představitelem většiny a většinové kultury. On představuje kritéria normality a je ten, kdo rozhoduje o občanských právech klienta.

O co větší pravomoci má pomáhající, o to větší je nedůvěra toho, komu pomáhá. Sociální pracovníci často musí řešit dilema, zda mají pomáhat klientovi, ale na druhou stranu mají úřední moc jednat proti jeho vůli.

Je často potřeba vyjasnit, „komu sociální pracovník v jednotlivých případech slouží“. V sociální práci platí i to, že někdy jedná sociální pracovník proti zájmu klienta.

Každý pracovník má za úkol při poskytování pomoci najít rovnováhu mezi „vedením“ a „podporou“. Kopřiva uvádí, že má k dispozici 4 druhy intervence. Instrukce, komentář, kladení otázek a rezonance.

Při své práci sociální pracovník používá všechny typy intervencí a je v jeho kompetenci, kterou v určité dané situaci použije. Měl by mít na zřeteli, aby použití bylo vždy v práci s klientem vyvážené a opodstatněné.

---

<sup>94</sup> Srov. SMUTKOVÁ, L. *Sociální práce s rodinou*, s. 95

<sup>95</sup> Srov. SMUTKOVÁ, L. *Sociální práce s rodinou*, s. 96

Vše, co pracovník ve své profesi dělá, patří do kategorie pomoci klientovi nebo kategorie jeho kontroly.<sup>96</sup>

Jako shrnutí problematiky moci L. Smutková píše: „Problematika moci a možnosti jejího případného zneužití je ve všech oblastech sociální práce s rodinou velmi významná a v napojení na další etické otázky nabízí široké pole pro další diskusi o možnostech a zároveň hranicích sociální práce“.<sup>97</sup>

## **6 Integrace abstinujících alkoholiků zpět do rodiny a společnosti**

„Alkohol patří mezi drogy, které jsou v našem státě všeobecně tolerované a dostupné.“<sup>98</sup>

Tento benevolentní přístup v naší společnosti se projevuje i v přístupu k problému alkoholismu a jeho léčení.

Lidé, kteří jsou závislí na alkoholu, se stydí a jejich okolí se stydí za ně. Musí se vyrovnávat s tím, že jsou pod neustálým tlakem okolí, i když se rozhodli dobrovolně léčit.

„Podle veřejného mínění se alkoholismus hodnotí především jako morální zlo a jen v menší míře jako nemoc. Právě pro toto hodnocení se alkoholici obávají, že budou zařazeni do kategorie morálně defektních lidí, že se vyřadí z normální lidské činnosti a budou předmětem pomluv a osočování“.<sup>99</sup>

Léčení alkoholici při svém návratu do běžného života dostávají nálepku „notoriků“, kterým už není pomoci.

Bútorá nám ukazuje, jaký je většinový pohled na léčeného alkoholika: „Na abstinujícího alkoholika se většina společnosti dívá přes brýle „patologické normality“. Kdo vůbec nikdy nepije, není zcela normální. Vzhledem k panujícím kulturním normám je trvalá a důsledná abstinence jistým extrémem a jako takový budí zájem společnosti. Je to nezdárka dokonce větší extrém než pijácké excesy, pozitivně sankcionované a ritualizované tradicí a zvyky. Alkoholik se tedy paradoxně často stává předmětem zvýšeného zájmu až v okamžiku, kdy začne abstinovat.“<sup>100</sup>

---

<sup>96</sup> Srov. SMUTKOVÁ, L. *Sociální práce s rodinou*, s. 96-102

<sup>97</sup> SMUTKOVÁ, L. *Sociální práce s rodinou*, s. 103

<sup>98</sup> Výpis z metodického listu hlavního odborníka MZ ČSR pro zdravotní výchovu č. 1/1983, IN

KVAPILÍK, J.; SVOBODOVÁ, A. a kol. *Člověk a alkohol*, s. 48

<sup>99</sup> BÚTORA M. *Mne sa to nemôže stať, sociologické kapitoly z alkoholizmu*, s. 113

<sup>100</sup> BÚTORA M. *Mne sa to nemôže stať, sociologické kapitoly z alkoholizmu*, s. 269

Při integraci abstinujícího alkoholika zpět do rodiny a společnosti je důležitá jeho osobní motivace. „Terapeut podporuje soběstačnost a sebedůvěru klienta. Do léčby včleňuje konkrétní kroky, jak dosahovat pozitivních životních cílů a zvyšovat soběstačnost. Důležitým významným motivačním činitelem bývá působení rodiny a pracovního nebo jiného okolí klienta.“<sup>101</sup>

## **6.1 Kdo to je abstinující alkoholik**

„Alkoholismus je choroba nanejvýš obtížná a vážná, protože léčba nikdy nedokáže, aby se pacient – alkoholik naučil pít s mírou. Alkoholismus lze léčením jedině stabilizovat. A stabilizace se rovná trvalé abstinenci.“<sup>102</sup>

Když se rozhodne alkoholik k trvalé abstinenci a nebude užívat alkohol, může mu stav abstinence vydržet léta i desítky let. Musí se však důsledně vyhýbat i té nejmenší dávce alkoholu, jinak znovu propadne pití.

Alkoholik je pořád alkoholikem, přestože prodělá léčení, ale dočasně abstinujícím. Toto je zásadní pro všechny alkoholiky.

Pro alkoholika je velmi těžké abstinenci neporušit, někteří to nezvládnou na poprvé a pokouší se o to znovu, podruhé, potřetí a tak dále.

Mnoho pacientů však tuto zásadu nechce, nemůže nebo nedokáže pochopit.<sup>103</sup>

Abstinance je základní podmínkou léčby závislosti na alkoholu. Pro tuto poruchu je charakteristická ztráta schopnosti pít alkohol kontrolovaně. Po první léčbě dochází k abstinenci léčených pacientů v minimálním počtu. Tato skutečnost je zdrojem mylného dojmu, že léčba závislosti na alkoholu je všeobecně neúspěšná, marná a zbytečná. Kritériem úspěšnosti není jen trvalá abstinence, ale i maximální doba nepřerušené abstinence a jeho stabilizace a schopnosti normálního života. Takovéto zlepšení kvality života je léčbou možné dosáhnout u cca 40-50% pacientů.<sup>104</sup>

## **6.2 Podpora rodiny ve zpětném začlenění alkoholika do rodiny**

„Rodinná terapie patří k podstatným prvkům efektivních léčebných programů. O její účinnosti při léčbě závislostí existují experimentální doklady, i když je založena

---

<sup>101</sup> NEŠPOR K. IN KALINA, K a kol. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*, s. 251

<sup>102</sup> SKÁLA, J. ...až na dno!? *Fakta o alkoholu, pijáctví a alkoholismu*, s. 79

<sup>103</sup> Srov. SKÁLA, J. ...až na dno!? *Fakta o alkoholu, pijáctví a alkoholismu*, s. 79

<sup>104</sup> POPOV P. IN KALINA, K a kol. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*, s. 153-154

na různých teoretických východiscích (kognitivně-behaviorální, systémová, strategická rodinná terapie apod.).<sup>105</sup>

I když sociální pracovník řeší existenční, vztahové, praktické problémy rodiny, nesmí zapomínat na to, že rodina má svoji autonomii a odpovědnost. Cílem jeho práce je posilování kompetencí rodiny řešit svoje problémy.

Soustavná práce s rodinou je naděje i ohrožení dosavadních jistot, které rodina měla, a může dojít k velké změně sítě rodinných vztahů. Aby byl posílen přínos rodinných vztahů na jedince s alkoholovou závislostí, musí se respektovat jeho schopnosti a možnosti ke změnám v přístupu a řešení jeho alkoholové závislosti.<sup>106</sup>

„Rodina může být zdrojem masivní patologie a četných problémů, může být ale i zdrojem velké emoční podpory. Fungující rodina zmírňuje dopad nadměrného stresu a rodinné vztahy často motivují k léčbě a pozitivní změně.“<sup>107</sup>

## **7 Všeobecné návrhy a doporučení**

V dnešním tzv. „moderním a rychlém životě“ se lidé snaží zažít a prožít v rámci svého života co nejvíce zážitků a situací. K těm určitě patří i vyzkoušet si nějaké povzbuzující látky, mezi které určitě patří i alkohol.

Užívání alkoholu v „přiměřené míře“ by pravděpodobně nemělo běžného člověka ohrozit. Je však otázka, co je to ta „přiměřená míra“. Každý z nás ji má nějak nastavenou dle svých tělesných a duševních schopností. Pokud se ovšem ztratí kontrola nad „přiměřeností“, může se z člověka stát alkoholik.

Najednou rodina zjistí, že některý její člen je alkoholově závislý a neví, co s tím. Určitě je žádoucí, pokud rodina začne o problému mluvit a snažit se jej řešit. Pokud by se rodina snažila problém bagatelizovat, utajovat a neřešit, tento problém ji stejně „dožene“.

Čím později to začne řešit, tím to bude jen náročnější a složitější jak pro celou rodinu, tak pro jejího člena závislého na alkoholu. Pokud jsou v rodině i děti, je důležité, aby byly s tímto problémem obeznámeny a nic jim nezamlčovat. Jsou nedílnou součástí rodiny a bezprostředně žijí i s členem závislým na alkoholu. Měly by být

---

<sup>105</sup> NEŠPOR, K.; CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti*, s. 63,

<sup>106</sup> Srov. MATOUŠEK, O., a kol. *Encyklopedie sociální práce*, s. 304

<sup>107</sup> NEŠPOR, K.; CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti*, s. 63,

obeznamování o nebezpečných účincích alkoholu a jejich důsledcích jak na postiženého jednotlivce, tak celou rodinu.

Když má rodina pocit, že to sama nezvládne a potřebuje pomoc z „venku“, je určitě maximálně žádoucí se obrátit o pomoc a rady na příslušné zařízení, které jim může kvalifikovaně pomoci.

Jedná se nejčastěji o různé poradny (protialkoholická, rodinná, psychologická, apod.).

V případě zjištění problému alkoholismu by členové rodiny neměli svého závislého člena na alkoholu podporovat v konzumaci, ale naopak podpořit v léčení jeho závislosti. Aktivně se podílet a spolupracovat na tomto léčení, ať se jedná o jakoukoliv formu a místo.

Rodina by si měla být vědoma svého ohrožení po stránce ekonomické, sociální i citové. Hrozí tady ztráta jednoho z partnerů, rodičů nebo dítěte, který je postižen alkoholovou závislostí.

## **7.1 Návrhy**

Já, jakožto absolutní abstinent, mám na řešení problémů alkoholové závislosti názory a návrhy na jejich předcházení, řešení a pomoci rodině, kde je člen závislý na alkoholu, pravděpodobně úplně jiné, než jsou názory „běžných“ občanů v ČR.

Asi nejdůležitější můj návrh na řešení problému alkoholové závislosti je ten, aby společnost, ve které dnes žijeme, zaujala jiný postoj ke konzumaci alkoholu.

Přesně o této problematice pojednává Evropská charta o alkoholu, kterou v Paříži dne 14.12.1995 přijala i ČR.<sup>108</sup>

Nepožaduji, aby byl každý abstinent, ale nemůžu souhlasit s tím, aby se běžná konzumace alkoholu dnes brala jako samozřejmost.

Bod 5 z této Charty mluví jasně: „Všichni lidé, kteří si nepřejí požívat alkoholické nápoje, nebo kteří je požívat nemohou ze zdravotních nebo jiných důvodů, mají právo být chráněni před tlakem alkoholické nápoje pít. Při odmítání alkoholu by se jim mělo dostávat podpory.“

Navrhuji, aby užívání alkoholu při jakékoliv příležitosti postupně přestalo být „společenskou normou“, jak je tomu v současné době.

---

<sup>108</sup> *Evropská charta o alkoholu*. [online] Dostupné na: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/evropska-charta-o-alkoholu> [cit. 22.3.2015]

Je jedno, jestli je to v práci, různých sdruženích, klubech, organizacích nebo v rodině. Pokud jste abstinent, dívá se na Vás okolí pohrdavě, s nepochopením a jste „nějaký divný“.

Všude kolem nás je plno reklamy, jak je to „skvělé“ být „správným chlapem“, tj. konzumovat pivo, víno, tvrdý alkohol a další nápoje s obsahem alkoholu.

Bod 3 ze zmíněné Charty se soustředí i na děti a mládež. „Všechny děti a všichni dospívající mají právo vyrůstat v prostředí, které je chráněno před negativními důsledky konzumu alkoholu a pokud možno i před propagováním alkoholických nápojů.“

Navrhuji, aby to zodpovědní politici vzali na vědomí a prosadili do příslušných zákonů doporučení odborníků – lékařů, psychologů, sociálních pracovníků - zákaz reklamy na alkohol. Užívání alkoholu je ještě větší nebezpečí (zdravotní i sociální) než užívání tabáku, a proto vyspělé společnosti tuto reklamu už dávno zakázaly.

Bod 2. „Všichni lidé mají od časného věku právo na nestranné informace a vzdělávání týkající se následků konzumu alkoholu na zdraví, pro rodinu i pro společnost.“

V neposlední řadě navrhuji větší informovanost veřejnosti o nebezpečnosti alkoholové závislosti jak pro jednotlivce, tak rodinu a nakonec i pro celou společnost.

Bod 4. „Všichni lidé, kteří rizikově nebo škodlivě požívají alkoholické nápoje, a členové jejich rodin mají právo na dostupnou léčbu a péči.“

Zdravotní náklady na léčení lidí závislých na alkoholu a náklady státu na řešení sociálních problémů tím vzniklých jsou dle různých studií už na hranici ekonomické únosnosti.

## ***7.2 Doporučení***

Z mé vlastní zkušenosti a poznatků z odborné literatury předkládám návrh pro rodinu, kde je její člen závislý na alkoholu, a pro všechny další osoby, které se s tímto problémem setkají i mimo svou vlastní rodinu.

Jak uvádím v kazuistice, alkoholika jeho rodina neopustila a za pomoci odborníků mu nabídla potřebné specializované léčení. Je to naprosto ukázkový příklad, jak realizovat názor Nešpora o pomoci nejbližší rodiny. Dokažte problém pojmenovat, nezatajovat ho a nabídnout postiženému pomoc, aby na řešení svého problému „nebyl sám“.

Maximálně člověka závislého na alkoholu podporujte v jeho rozhodnutí se léčit ze své závislosti a dávejte mu také podporu svou účastí při jeho léčbě, jak si to situace jeho léčení vyžaduje.

Na základě v praxi ověřené pomoci a spolupráce sociálních pracovníků, kteří mají příslušné vzdělání, vědomosti, kompetence v souladu s tím, jak o tom píše Matoušek.

V případě, že nemáte potřebné znalosti, schopnosti a sílu pomoci problém řešit, neváhejte a obraťte se na odbornou pomoc sociálního pracovníka, protialkoholickou poradnu, manželskou poradnu apod. Hleďte řešení a pomoc hlavně ve své rodině, bezprostředním okolí přátel a známých, pokud to nestačí na řešení problému, hleďte pomoc v širším okolí.

Snažte se zapojit člena rodiny závislého na alkoholu do různých aktivit v rodině i mimo ni, aby našel opět „svůj smysl života“ a na konzumaci alkoholu neměl čas a pomyšlení.

Dejte mu důvod svoji závislost opustit ve formě možnosti výběru – rodina nebo alkohol.

Dát pocit naděje, aby postižený věděl, že není sám a že se může na svoji rodinu a nejbližší okolí spolehnout.

V mé kazuistice je popsáno i řešení, jak je možné svůj život naprosto změnit nejen v záležitosti alkoholové závislosti, ale i v celé nové koncepci vlastního života.

Je také důležité být osobním příkladem jak členům ve své vlastní rodině, tak okruhu svých přátel a známých a samozřejmě kolegům na svém pracovišti, v jakémkoliv spolku, klubu, sdružení.

Pravděpodobně žádná univerzální rada a doporučení k řešení problému alkoholové závislosti neexistuje. Nejjednodušší a asi nejsrozumitelnější je doporučení „užívat alkohol a alkoholické nápoje s co největší obezřetností a v takovém množství, aby se člověk na něm nestal závislým.“

## **8 Závěr**

Závislost na alkoholu a jeho nadměrné užívání jsou problémy, které nás a naše okolí tíží nejen po stránce zdravotní, emocionální, ale i sociální a ekonomické.

Když se některý z těchto faktorů objeví v rodině, znamená to její „existenční ohrožení“. Je to obrovská psychická zátěž pro všechny členy rodiny, nejvíce pro děti a druhého partnera, který není postižen alkoholovou závislostí. Najednou se z „normální

rodiny“ stává rodina ohrožená, dysfunkční, až nakonec může skončit naprosto jako rodina afunkční.

Proto je velmi důležité, pokud si alkoholik je schopen uvědomit, co vše může ztratit, a zahájí svoji protialkoholní léčbu.

V průběhu dějin se mnoho odborníků tímto problémem zabývalo a napsalo hodně literatury, která dává návody, jak s tímto problémem „bojovat.“

Rodina může využít při řešení svého problému různé metody sociální práce, práci různých specializovaných poraden, ambulantní péče, jakož i péče ústavní (protialkoholní léčebna), ale zejména musí nejvíce využít svůj vlastní potenciál.

Ve své bakalářské práci jsem chtěl poukázat na to, co vše hrozí v souvislosti se závislostí a jaké jsou následky pro jednotlivce postiženého alkoholovou závislostí i pro jeho rodinu a okolí a jaké jsou možnosti řešení toho problému.

Jak uvádím ve svých kazuistikách, řešení problému vůbec nezávisí jen na podpoře rodiny a nejbližšího okolí postiženého jedince, na pomoci sociálních pracovníků a dalších specializovaných odborníků.

Dle mých vlastních zkušeností to závisí hlavně na postiženém samém, jak je stručně popsáno v I. kazuistice.

Věk, povolání, vzdělání není vůbec rozhodující při léčení závislosti. Je to vůle postiženého jedince dál nepokračovat ve své závislosti a svůj život změnit.

Určitě to je moc těžké, náročné, a proto se někteří nemůžou a nejsou schopni ze své závislosti vyléčit. Je to i tehdy, když absolvovali mnohonásobně všechny dostupné léčby, včetně maximální podpory své rodiny a nejbližšího okolí. V tomto případě i přes maximální podporu rodiny a její spolupráci se sociálními pracovníky nedošlo k pozitivní změně u člena rodiny závislého na alkoholu. Rodinným příslušníkům byl jejich život velmi důležitým způsobem usnadněn, když požádali o pomoc a spolupráci sociální pracovníky. Dalo by se říci, že pro ně bylo „osvobozením“, když byl její člen závislý na alkoholu přijat do sociálního zařízení.

Ve své II. kazuistice píš, že i absolutně „beznadějný případ“ se může stát úžasným příkladem toho, že nikdy není nic ztraceno a že na pozitivní změny v životě není nikdy pozdě. Záleží jen na každém jednotlivci, jak dokáže provést svoji sebereflexi a najít smysl proč dál žít, i když se někdy ocitá na „prahu smrti.“ Tady sehrála obrovskou pozitivní úlohu spolupráce rodiny se sociálními pracovníky. Společnými silami dokázali „zázrak“. Vrátit zpět do aktivního života člověka, který už sám sebe odepsal a byl



na pokraji konce svého života. Jeho nejbližší ho dokázali v ten správný okamžik podržet, neztratit ho, dát mu naději. Sociální pracovníci v rámci svých kompetencí pomáhali v maximální možné míře. Na oplátku on všechny, kteří mu pomáhali a věřili mu, nezklamal, naopak maximálně pozitivně překvapil.

Oba postižení alkoholovou závislostí, jak pan Otakar, tak pan František mohou sloužit za příklady pozitivní i negativní. Jejich životní příběhy jsou důkazem toho, co vše člověk dokáže, když chce (či nechce).

Při řešení problému v mojí rodině a při tvorbě této bakalářské práce jsem pročetl a nastudoval mnoho odborných knih, které se věnovaly problematice alkoholu, alkoholismu, alkoholové závislosti, problémům, jaké způsobují jednotlivci i rodině.

Přál bych si, aby moji práci někdo použil pro řešení „svého případu“ a byl mu pan František inspirací. Naopak pan Otakar by měl být pro všechny odstrašujícím příkladem toho, co dokáže alkoholová závislost. Jak ničí a zničí jeho samotného a může zničit i jeho rodinu a nejbližší okolí.

Průběh osobních životů obou uvedených pánů Otakara a Františka znám osobně cca 25 let.

Pro ty šťastné, kteří žádný takový problém prozatím řešit nemusí, ať je tato práce návodem k zamyšlení, co by se mohlo stát, kdyby se u nich či někoho v jejich nejbližším okolí projevila alkoholová závislost.

## 9 Seznam použitých zdrojů a literatury

- BÚTORA M. *Mne sa to nemôže stať, sociologické kapitoly z alkoholizmu*. 1. vydání. Martin: Osveta, 1989. ISBN 80-217-0076-9
- HAJNÝ M. IN KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6
- HINTNAUS, L. *Člověk a rodina. Smysl a funkce rodiny*. České Budějovice: JU ZSF, 1998. ISBN 80-7040-315-2
- KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6
- KLÁŠTERSKÝ K. IN KVAPILÍK, J.; SVOBODOVÁ, A. a kol. *Člověk a alkohol*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1985.
- KLIMENT P. IN Rodinný systém se závislým na alkoholu, *Sociální práce / Sociální práca*. 2007, č. 3., ISSN 1213-6204
- KUČERA Z. IN KVAPILÍK, J.; SVOBODOVÁ, A. a kol. *Člověk a alkohol*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1985.
- KUDA A. IN KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6
- KUDRLE S. IN KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6
- KVAPILÍK, J.; SVOBODOVÁ, A. a kol. *Člověk a alkohol*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1985.
- LEVICKÁ, J., a kol. *Sociální práca s rodinou I*. Trnava, 2004. ISBN 80-89074-93-6
- MAREŠ, P. *Nezaměstnanost jako sociální problém*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994. ISBN 80-901424-9-4
- MATOUŠEK, O., a kol. *Encyklopedie sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MATOUŠEK, O., a kol. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- MATOUŠEK, O., a kol. *Základy sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.
- MATOUŠEK, O., a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, O., *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 1. vyd. Praha: SLON, 1993.

ISBN 80-901424-7-8.

MOŽNÝ, I. *Sociologie rodiny*. 2. vyd. Upravené. Praha: Sociologické nakladatelství, 2002. ISBN 80- 86429-05-9.

NAVRÁTIL, P. *Úvod do teorií a metod sociální práce*. 1. vyd. Brno: Marek Zeman, 2001. ISBN 80- 903070-0-0

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 4. vyd. aktualiz., Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8

NEŠPOR, K.; CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. 203 s. ISBN 80-85121-52-2.

POPOV, P. IN KALINA, a kol. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*, 1. vydání. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6

SINGLY, F. DE *Sociologie současné rodiny*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-249-1

SKÁLA, J. *...až na dno!? Fakta o alkoholu, pijáctví a alkoholismu*. 3.vyd. Praha: Avicenum, 1977

SMUTKOVÁ, L. *Sociální práce s rodinou*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN 978-80-7041-069-1

ŠŤASTNÁ A. *Neúplné rodiny v České republice a ve vybraných evropských zemích*. 1. vydání., Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2009. ISBN 978-80-7416-038-7

VOBOŘIL J. IN KALINA, K a kol. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6

VOJTĚCHOVKÝ M. IN KVAPILÍK, J.; SVOBODOVÁ, A. a kol. *Člověk a alkohol*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1985.

Výpis z metodického listu hlavního odborníka MZ ČSR pro zdravotní výchovu č. 1/1983, IN KVAPILÍK, J.; SVOBODOVÁ, A. a kol. *Člověk a alkohol*.

WOITITZOVÁ, J. G. *Dospělé děti alkoholiků*. Rozšířené vydání. Praha, Columbus, 1998, ISBN 80-85928-73-6

Zpráva vypracovaná pro Evropskou Unii, *Problémy s alkoholem v rodině*. 1. Vydání. Praha: Státní zdravotní ústav 2001, ISBN 80-7071-189-2

### **Internetové zdroje:**

NOVÁČEK, J.; POPELA, L. *Lidé v práci více pijí alkohol, dostávají proto častěji výpověď*. [online] Dostupné na: <http://www.nasepenize.cz/lide-v-praci-vice-piji-alkohol-dostavaji-proto-casteji-vypove-10354> [cit. 23.3.2015]

VAVŘÍKOVÁ, L. *Děti alkoholiků: Proč jsme divní*. [online] Dostupné na: <http://www.kondice.cz/2014/09/deti-alkoholiku-proc-jsme-divni> [cit. 22.3.2015]

Dospělé děti alkoholiků [online] <http://www.dda.euweb.cz/> [cit. 23.3.2015]

Český statistický úřad *Rozvodovost*. [online] Dostupné na:

<http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/rozvodovost> [cit. 23.3.2015]

*Evropská charta o alkoholu*. [online] Dostupné na: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/evropska-charta-o-alkoholu> [cit. 22.3.2015]

## **10 Seznam příloh**

- I. Kazuistika
- II. Kazuistika

## 11 Přílohy

### 11.1 I. kazuistika

O. Ř. - muž 87 let

Vdovec od roku 1992, manželka mu zemřela v jeho 64 letech.

Manželka alkoholička, zemřela na alkoholickou cirhózu jater, bylo jí 62 let.

36 let žil v manželství.

1 dospělé dítě dcera, je už vdaná a žije ve své vlastní domácnosti s manželem a synem.

Důchodce, původním povoláním prodavač, vzdělání středoškolské.

#### **Rodinná anamnéza:**

Otec po smrti, zemřel na otravu krve ve věku 37 let, O.Ř. byl v té době 3 roky stár, nepamatuje si ho

Matka po smrti, v jeho 14 letech se podruhé vdala, zemřela, když mu bylo 45 let, matce bylo 73 let.

Jedináček

#### **Osobní anamnéza:**

V dětství běžná onemocnění. První projevy somatického se datují v souvislosti s nadměrným užíváním alkoholu (hypertenze, porucha glukozové tolerance vyústila v diabetes). Kdy poprvé začal pravidelněji konzumovat alkohol, si už nepamatuje, pije už od mládí. Zvýšená konzumace cca od svých 58 let. Pil hlavně destiláty té nejvyšší kvality a ceny. Pravidelná denní konzumace cca 3-5 dávek po 5ml. Přístup k alkoholu bezprostředně v práci snadno dostupný. Doma občasné užívání, alkohol různě schovaný, neboť manželka byla alkoholik a měl strach, aby mu ho nenašla a sama nezkonzumovala. Postupně ztráta sebekontroly, pády, bludy, netolerance k okolí, 1 pokus o sebevraždu užitím nadměrného množství předepsaných léků.

#### **Sociální dopad alkoholismu:**

Čím dále častěji opilý doma i v práci. Poprvé na naléhání dcery a její rodiny podstoupil ústavní protialkoholní léčbu v psychiatrické léčebně v březnu roku 1997. Svoji léčbu a pobyt bral jako trest. Nezájem o léčení a terapie. Svě pití nepovažoval za problém, podrážděný na kritiku, že nadměrně užívá alkohol. Nezapojoval se do žádných aktivit. Po absolvování prvního tříměsíčního léčení návrat do svého bytu, kde po velmi krátké době abstinence opět návrat k nadměrnému užívání alkoholu. Postupně čím dál více upadal do problému zvýšené konzumace alkoholu a ztrácel reálný pohled na sebe a okolí. Svůj problém už nebyl schopen si uvědomit a provést změnu svého životního

stylu. V průběhu let listopad 1997 až července 2011 absolvoval ještě další 4 různě dlouhé pobyty v uvedeném zařízení. Naposledy v roce 2011 byl jeho pobyt v uvedeném zařízení 7 měsíců.

### **Hospitalizace:**

1. hospitalizace: 03/1997 - 07/1997 – dobrovolná hospitalizace, odvykání alkoholu.
2. hospitalizace: 11/1997 - 03/1998 – delirantní stav, recidiva alkoholismu.
3. hospitalizace: 12/ 2002 – 03/2003 – recidiva chronického alkoholismu.
4. hospitalizace: 06/ 2005 – 09/2005 – dobrovolná hospitalizace, recidiva chronického alkoholismu.
5. hospitalizace: 02/ 2011 – 07/2011 – nedobrovolná hospitalizace, recidiva chronického alkoholismu.

### **Jeho aktuální zdravotní diagnózy:**

F102 – Chronická závislost na alkoholu,  
I 10 – Arteriální hypertenze,  
E 119 – Diabetes mellitus 2. typu,  
E 66 – Obesitas exogenes,  
K 76 – Hepatopatia alkoholica,  
M 54 – Syndroma algicum vertebrogenes, scoliosis 1. sin Th,  
Parkinsonova nemoc a Alzheimerova nemoc.

### **Pomoc sociálních pracovníků klientovi a jeho rodině:**

Vzhledem k osobní neschopnosti klienta a jeho neúnosné sociální situaci se rodina obrátila o pomoc na sociální pracovníky příslušného městského obvodu.

Rodina si vypracovala plán řešení situace a začala ho se sociálními pracovníky řešit. Pomoc sociálních pracovníků spočívala hlavně v informovanosti o možnostech, které dle příslušných zákonů a vyhlášek klient a jeho rodina mají.

Postupem času se povedlo zajistit klientovi za pomoci pracovníků ošetrovatelské služby pomoc, dohled a nejnútnejší ošetrování třikrát denně. Např. pomoc s hygienou, oblečením, kontrola dávkování a užívání léků, příprava jídla (ráno, večer), jeho dovoz na oběd.

Rodině se nedařilo řešit umístění rodinného příslušníka do odpovídajícího zařízení přiměřeného k jeho zdravotnímu stavu. Podala žádosti o umístění do 8 různých zařízení v rámci kraje, ale nebyla úspěšná. Jako hlavní důvod byl všude uváděn, že rodinný příslušník nemá prozatím určený žádný sociální stupeň závislosti a příslušný

příspěvek na péči. Vše se změnilo až po jeho poslední hospitalizaci. Rodině se dostalo maximální pomoci od pracovnice uvedeného zařízení a společnými silami bylo opět provedené příslušné šetření rodinného příslušníka. Sociální pracovnice aktuální stav prošetřily a bylo vydané rozhodnutí příslušného úřadu a přidělení stupně sociální potřeby. Po jeho obdržení rodina informovala příslušné zařízení, kde byly podány žádosti na umístění. Cca v průběhu 3 měsíců bylo nabídnuto místo a rodinný příslušník nabídku akceptoval a byl už natrvalo přijat do jejich péče. Paradoxně se to však stalo až potom, když si rodinný příslušník přivodil svojí alkoholovou závislostí totální selhání organismu a byl předán do péče psychiatrického a protialkoholního zařízení.

#### **Současný stav:**

26. 07. 2011 byl propuštěn z posledního léčení a toho samého dne byl přijat už natrvalo do domova na oddělení se zvláštní péčí, kde je doposud. Pokračování alkoholové závislosti. Opět při svém pobytu v uvedeném zařízení odmítá jakoukoliv změnu svého životního rytmu. Nemá zájem o nic a nikoho a nekompromisně odmítá nabídky různých možných terapeutických postupů, které by mohly vést u něho k nějaké zlepšující změně. Je minimálně orientovaný v čase a prostoru, jeho motorické schopnosti jsou minimální, chůze jen za pomoci chodítka, přesuny jen v elektrickém vozíku. Dokáže se ještě sám s menšími problémy najíst, ale osobní hygienu už za pomoci personálu zařízení. Ztratil zájem o další pokračování života a nejčastěji mluví o tom, že by nejraději umřel. Nevidí důvod k dalšímu žití. Z rodinných příslušníků komunikuje jen se svým zetěm, který ho pravidelně cca každých 14 dní navštěvuje. Dcera a vnuk se s ním setkávají minimálně, jen 1-2 x ročně.

#### **Prognóza:**

V jeho věku a s jeho současným přístupem k životu je vyloučená jakákoliv pozitivní změna. Možnost abstinence se předpokládá až s jeho totálním zhoršením zdravotního stavu, kdy už nebude moci vůbec užívat alkohol.

## ***11.2 II. Kazuistika***

F. Z., muž, 62 let

Rozvedený.

V manželství žil 14 let.

1 dospělý syn, který má své vlastní dítě.

1 vnučka, se kterou se neseťkává – byla rodičům odebraná a dána do náhradní

rodičovské péče.

Pracoval jako číšník, v mezičase jako lesní dělník (důvod počátku zvýšené konzumace alkoholu), původně vyučen v oboru číšník.

**Rodinná anamnéza:**

Matka: 82 let, léčí se na hypertensi / bývalá zdrav.sestra/ .

Otec: 90 let – polymorbidní – v anam. chronický etylismus prakticky od mládí.

Sestra: 60 let.

Bratr: 68 let.

Syn: nar. 1979, závislý na drogách, intermitentně v nápravných zařízeních pro krádeže a jiné delikty včetně ublížení na zdraví, bylo mu odebráno jeho dítě z výchovy – otec se s ním mnoho let nestýkal.

**Osobní anamnéza:**

V dětství akutní glomerulonefritida, v devíti letech s pobytem na dětském oddělení nemocnice Prostějov.

V 51 letech akutní meningoencefalitida nejasné etiologie. Od mládí zvýšená konzumace alkoholu, zejména „tvrdý“ alkohol, drogy. Nadměrné zneužívání tabákových výrobků, později gambling až do prvních příznaků onkologické choroby.

V 53 letech diagnostikováno 4. stádium rakoviny hrtanu s metastázami do přilehlých krčních uzlin. Navrhovanou radikální operaci odmítl, v první fázi pouze radioterapie a chemoterapie. Během jednoho roku prakticky uzdravení, návrat k nezdravým návykům – alkohol, nikotin, patologické hráčství.

Po třech měsících recidiva – karcinomu hrtanu, hltanu, štítné žlázy a jícnu. Operačním týmem ve FN Plzeň již odmítnut a ponechán na konzervativní léčbě.

Pacient využil možnosti „For second opinien“ ve FN Motol, kam byl v červnu roku 2009 přijat na ORL klinice k radikálnímu operačnímu řešení – operace tzv. „záchranného typu“.

Před operací přistoupeno k zanoření PEG (perkutánní gastrostomie) k možnosti příjmu potravy. Komplikovaný pooperační průběh se zvracením podávané stravy přes operační ránu, nutnost řešení infuzními terapiemi, posléze se stav upravil a pacient byl během 14 dnů propuštěn do domácí péče s tím, že byl edukován o příjmu potravy per PEG a výměnách tracheostomických kanyl.

**Sociální dopad alkoholismu:**

První manželství skončilo rozvodem po 14 letech, důvodem nadměrné pití a netolerance



vůči rodině a dítěti. Po rozchodu s manželkou se vrátil zpět ke své stárnoucí matce, která žila již ve druhém manželství. Citově oploštěn, celkově nevyzrálý, nespolehlivý, nikdy se neléčil, bez náhledu na svoji závislost na pití alkoholu v pozdější době zejména pivo (z finančních důvodů), alkohol popíjel vždy již od rána, cigarety v nadměrném množství, cca 40 denně. Přes veškerou závislost ovšem nikdy nebyl ekonomicky závislý na druhé osobě a snažil se peníze řádně vydělat. Mnohonásobně hospitalizován a léčen z alkoholismu a hráčské závislosti.

### **Hospitalizace:**

1. až 6. hospitalizace v letech 1998-2009. Nedobrovolné a dobrovolné hospitalizace, odvykání alkoholu a hráčské závislosti.

### **Pomoc sociálních pracovníků klientovi a jeho rodině:**

Problematická osobnost pana Františka, jeho nezájem, neochota něco ve svém životě měnit byla hlavní příčinou neřešení jeho zdravotních a sociálních problémů. On, jeho rodina, se kterou se minimálně stýkal a nekomunikoval, a sociální pracovníci z počátku vůbec nebyly v kontaktu. Až když se jeho zdravotní stav z důvodů závislosti na alkoholu a hráčství drasticky zhoršil, přibýly onkologické zdravotní problémy, rozhodla se jeho sestra vyhledat pomoc u sociálních pracovníků i přes jeho odpor. Sociální pracovníci navrhli postupné řešení problému; byl vypracován jednoduchý program pomoci. Nejvíce času sociálním pracovníkům zabrala pomoc s vyřizováním invalidního důchodu. Vše se úspěšně povedlo a invalidní důchod byl panu Františkovi přiznán. Dále došlo k aktivní spolupráci sociálních pracovníků se sestrou a družkou pana Františka. Za pomoci jedné z metod sociální práce s rodinou (výše zmíněná rodinná terapie) se vše začalo zlepšovat. Pan František opět našel smysl života, navázal léta neudržované kontakty s nejbližšími členy rodiny a aktivně za pomoci své družky začal pracovat na svém „novém“ životě. Uvědomil si to, až když se několikrát „podíval smrti do očí“. Postupně za pomoci rodiny a sociálních pracovníků provedl i se svou družkou radikální změny v životě. Prodej bytu v Plzni, zakoupení rodinného domku v Olomouckém kraji a přestěhování se tam. Poskytnutá všestranná pomoc sociálních pracovníků byla pro něho a jeho rodinu velkým přínosem a pomohla mu znovu se aktivně zapojit do života.

### **Současný stav:**

Proděláním závažné nemoci došlo u pacienta zejména v sociální sféře k velkému obratu. Pacient, si zažádal o invalidní důchod, který mu byl přiznán ve výši 7.100 Kč. Našel si

družku, která se mu stala velkou oporou. Vzhledem k tomu, že družka byla majitelkou bytu, rozhodli se společně prodat byt Plzni, koupit domek na vesnici na Drahanské vrchovině a společně založili malou zemědělskou farmu, kde oba hospodaří. Veškeré vztahy s rodinnými příslušníky se urovnali, rodina se často navštěvuje, v současné době pacient je oporou pro svého dosud nenapraveného syna, který je toho času v nápravném zařízení. Občasné setkání se svou vnučkou, která je v náhradní rodičovské péči.

**Prognóza:**

Vzhledem k tomu, že pacient je silně motivován rodinou, prací na své farmě a svou novou družkou a změnou prostředí, cítí se zcela zdravý, přestal pít i kouřit a snaží se žít zdravým životním stylem. Pravidelně navštěvuje mnohé ordinace, nežije však v žádném stresu a je psychicky velmi vyrovnaný. Svoji nemoc pojal jako cestu ke zdraví a nové etapě svého života, který má ještě před sebou. Ve svém novém prostředí se v rámci svých možností a schopností také zapojil do „dobrovolné sociální práce“. Bez nároku na odměnu umožňuje dětem a seniorům z okolí pobývat na jeho farmě a trávit čas v přítomnosti chovaných zvířat, obeznámit se s prací na své farmě apod.

## 12 ABSTRAKT

KRÁČMAR, L. *POMOC SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ RODINÁM S OSOBOU ZÁVISLOU NA ALKOHOLU*. Bakalářská práce 2015, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Teologická fakulta, Katedra etiky, psychologie a charitativní práce.  
Vedoucí práce: Mgr. Markéta Elichová, PhD.

**Klíčové slova:** sociální práce, sociální pracovník, alkohol, alkoholismus, alkoholová závislost, rodina, vztahy, pomoc, podpora.

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou členů rodiny alkoholika způsobené v souvislosti s jeho závislostí, jejich reakcemi i reakcemi oboru sociální práce. Klade si za cíl poukázat na jednotlivé dílčí problémy rodiny, kde její člen je osobou závislou na alkoholu, dále na možnosti jejich řešení za pomoci metod sociální práce a příslušnými sociálními pracovníky a spolupráce rodinných příslušníků s těmito pracovníky.

## 13 ABSTRACT

KRÁČMAR, L. *HELP OF SOCIAL WORKERS TO FAMILIES WITH ALCOHOL DEPENDENT FAMILY MEMBERS*. Bachelor's thesis 2015, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Teologická fakulta, Katedra etiky, psychologie a charitativní práce.

Supervisor: Mgr. Markéta Elichová, PhD.

**Keywords:** social work, social worker, alcohol, alcoholism, alcohol dependency, family, relationships, help, support.

This bachelor's thesis deals with problems arising in a family with an alcoholic member caused by his/her dependency and the response of social workers. It points out the individual sub-problems of the family, where her party member is dependent on alcohol and their possible solutions with the help of social work methods carried out by relevant social workers in cooperation with family members.