

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce

Bakalářská práce



Kristýna Krejcarová

Podpora rodičovské role během léčení alkoholové závislosti

Support of the parental role during the treatment for alcohol addiction

Praha 2022

Vedoucí práce: PhDr. Kateřina Šámalová, Ph.D

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala doc. Oldřichu Matouškovi za počáteční vedení mé bakalářské práce a za předávání zkušeností v průběhu celého mého vysokoškolského studia na FF UK. Dále děkuji za vedení a odborné rady mé současné vedoucí PhDr. Kateřině Šámalové, PhD. Za odborné rady a konzultace týkající se výzkumu patří velké díky Mgr. Kateřině Cidlinské, PhD. Na závěr děkuji také i všem účastníkům výzkumu, díky kterým mohla vzniknout praktická část práce.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu, a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia, či k získání jiného, nebo stejného titulu.

V Praze, dne 12. května 2022

.....

Kristýna Krejcarová

Abstrakt:

Bakalářská práce se zabývá podporou rodičovské role během léčení alkoholové závislosti. Teoretická část práce je zaměřena na vymezení alkoholové závislosti a jejího vlivu na rodinné prostředí, které tak čelí ohrožení. Poslední část pojednává především o rodinné terapii a metodě VTI, jako možných formách podpory, které by mohly být uplatňovány v praxi. Praktická část poté poukazuje formou kvalitativního výzkumu prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky zdravotních a sociálních služeb na reálné uplatnění teorie v praxi, a to v kontextu nabízené podpory rodičům-alkoholikům během léčby a v následné péči. Cílem práce je zjistit, jaký je stav podpory rodičovské role během léčení alkoholové závislosti v ČR.

Klíčová slova: alkoholová závislost, následná péče při léčbě alkoholismu, alkohol a rodina, ohrožená rodina, podpora rodičovské role, metoda VTI, rodinná terapie

Abstract:

The bachelor thesis deals with the support of the parental role during the treatment of alcohol addiction. The theoretical part of the work is focused on the definition of alcohol dependence and its impact on the family environment, which thus faces the threat. The last part deals mainly with family therapy and the STI method, as possible forms of support that could be applied in practice. The practical part then points out the form of qualitative research through semi-structured interviews with health and social workers on the real application of theory in practice, in the context of the support offered to parents - alcoholics during treatment and aftercare. The aim of the work is to find out what is the state of support of parental role during the treatment of alcohol dependence in the Czech Republic.

Key words: alcohol dependence, aftercare in alcoholism treatment, alcohol and family, family at risk, support of parental role, VIG method, family therapy

Obsah

Úvod.....	8
I. TEORETICKÁ ČÁST	9
1 Alkoholová závislost.....	9
1.1 Kritéria závislosti.....	10
1.2 Vývoj závislosti	11
1.2.1 Pre-alkoholická fáze.....	11
1.2.2 Prodromální fáze.....	12
1.2.3 Kritická fáze.....	12
1.2.4 Chronická fáze.....	13
1.3 Léčba	13
1.4 Následná péče a doléčování.....	15
2 Alkohol a rodina.....	18
2.1 Ohrožená rodina	21
2.2 Rodičovství a rodičovské role	21
3 Formy podpory rodičovské role během léčení alkoholové závislosti.....	23
3.1 Sanace.....	24
3.2 Rodinná terapie.....	25
3.3 Metoda videotréninku interakcí (VTI)	27
II. METODOLOGICKÁ ČÁST	29
4 Cíl šetření.....	29
4.1 Výzkumný záměr a otázky.....	29
5 Metodika výzkumu	30
5.1 Kvalitativní výzkum.....	30
5.2 Metoda sběru dat	30
5.3 Metoda analýzy dat	31
5.4 Výzkumný vzorek	32

III. EMPIRICKÁ ČÁST	33
6 Výsledky	33
6.1 Formy podpory rodičovské role během léčení alkoholové závislosti a možnost zapojení dětí do procesu léčby	33
6.2 Spolupráce a multidisciplinarita	37
6.3 Problémy a potřeby u rodičů-alkoholiků	38
6.4 Přístup odborníků při zapojování rodinné sítě do procesu léčby	41
6.5 Dostupnost služeb na podporu rodičů-alkoholiků	43
6.6 Efektivita poskytovaných služeb pro rodiče-alkoholiky	45
6.7 Limity a bariéry při poskytování služeb rodičům-alkoholikům	48
7 Diskuse	50
Závěr	52
Zdroje	54
Příloha 1 – Scénář rozhovoru	59
Příloha 2 – Ukázka kódování	61

Seznam zkratek

AA – Anonymní alkoholici

ČR – Česká republika

DVO – Dílčí výzkumná otázka

HVO – Hlavní výzkumná otázka

MKN-10 – 10.revize Mezinárodní klasifikace nemocí

NNO – Nestátní nezisková organizace

OSPOD – Orgán sociálně-právní ochrany dětí

PN – Psychiatrická nemocnice

r.x – rozhovor číslo „x“

SPOD – Sociálně-právní ochrana dětí

T – tazatel

Ú – účastník výzkumu

VFN – Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

VHT – Video Home Training

VIG – Video Interaction Guidance

VIPP – Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting

VTI – Video-trénink interakcí

Úvod

Problematika závislosti na alkoholu je u nás v České republice stále aktuálním tématem, a to zejména z důvodu, že se řadíme mezi země s nejvyšší průměrnou spotřebou. Alkohol patří k velmi dostupné a legální návykové látce, a do zkušenosti s ní přichází řada lidí již v brzkém věku. Z kulturního a historického hlediska má u nás alkohol zkrátka své pevné místo. Existují jisté snahy o efektivní politiku prevence a snižování negativních dopadů konzumace alkoholu. Tuto odpovědnost má však rozděleno několik resortů, což samotné aplikování efektivní politiky znesnadňuje, a je zapotřebí větší koordinace mezi resorty. V poslední době jsou také viditelné různé mediální kampaně věnující se problematice alkoholismu. Jednou z výrazných kampaní u nás, za poslední dobu, se stal „Suchej únor“, který se vyjma této měsíční akce zaměřené na snížení konzumace alkoholu věnuje také celoročně osvětě a přispívá k destigmatizaci celé problematiky této závislosti a její samotné léčby (Mravčík et al., 2021).

K výběru tohoto tématu mě dovedla osobní motivace, a to především blízká zkušenost z mého okolí a rodiny.

O tom, jaký má vliv alkohol na člověka, na jeho okolí a na rodinu už bylo psáno nespočet studií, proto jsem se rozhodla svoji práci zaměřit zejména na podporu rodičovské role, které nebyla doposud věnována tak velká pozornost.

Teoretická část této práce stručně seznamuje s problematikou alkoholové závislosti, jejím vývojem, léčbou a následnou péčí včetně jejího vlivu na rodinu, která tak čelí ohrožení. Blíže je také vymezena ohrožená rodina a samotné rodičovství a rodičovské role. Poslední část teorie pojednává především o sanaci, rodinné terapii a metodě VTI, jako o možných formách podpory, které by mohly být uplatňovány v praxi. Praktická část poté poukazuje formou kvalitativního výzkumu prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky zdravotních a sociálních služeb na reálné uplatnění teorie v praxi, a to skrze témata vyplívající z tematické analýzy.

Cílem této bakalářské práce je přiblížit a zjistit stav podpory, která je poskytována rodičům-alkoholikům ve zdravotních a sociálních službách během léčby a následné péče.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Alkoholová závislost

O alkoholu se mluví jako o psychoaktivní látce, která vyvolává závislost. Tyto návykové látky měnící vědomí jsou pro lidi odjakživa přitažlivé a lákají k vyzkoušení. Některé tyto látky, jako je právě alkohol, jsou pak ve společnosti legální a jejich užívání je tudíž relativně běžné. Dokud jejich užívání nepřekračuje určitou hranici, jsou dokonce společností přijímány. Alkohol se řadí, jak u nás v ČR, tak ve světě, k jedné z nejrozšířenějších drog a jeho účinky jsou již široce prozkoumány. Přestože nese užívání alkoholu vážná rizika, má ve společnosti své pevné místo i z hlediska historie, není proto snadné ho jen tak vyloučit.

Alkohol sám o sobě zhoršuje úsudek, ovlivňuje rozhodování, zpomaluje reflexy, koordinaci pohybů, také oslabuje vnímání bolesti a může změnit chování lidí natolik, že vede k agresi a násilí. Při vyšší míře a koncentraci tlumí centra pro dýchání a krevní oběh, což může mít za následek i smrt. Je proto velmi nebezpečné kombinovat alkohol s jinými tlumivými látkami (Fischer & Škoda, 2014; Kolektiv autorů SANANIM, 2007). Mimo to způsobuje mnoho zdravotních problémů a onemocnění. Velmi nebezpečný je pak především pro matky v raných fázích těhotenství, které následkem nadměrné konzumace alkoholu mohou porodit dítě s tzv. fetálním alkoholovým syndromem (Goodman, 2013).

Z aktuální Zprávy o alkoholu v České republice 2021 lze vyčíst následující statistické údaje (Mravčík et al., 2021):

ČR patří mezi země s nejvyšší průměrnou spotřebou alkoholu na obyvatele. Průměrně je v ČR spotřebováno 10 litrů etanolu na 1 obyvatele za rok, což odpovídá množství přibližně 22 g na 1 obyvatele/den včetně dětí a seniorů. Rovněž výskyt nárazového pití alkoholu patří k nejvyšším na světě (s. 9).

„Závislost vzniká jako následek dlouhodobého, pravidelného nadužívání alkoholu. Rozvíjí se zpravidla několik let, délka vývoje závislosti je různá” (Vágnerová, 2014, s.502). Rozlišuje se také závislost fyzická (tělesná) a psychická. Fyzická závislost nutí k dodržování určitých časových rozestupů mezi užíváním návykové látky, aby nedocházelo k rozvinutí odvykacího stavu tzv. abstinčního syndromu. Takto rozvinutý tělesný odvykací stav se mnohdy neobejde bez vážných komplikací, které mohou vést až k hospitalizaci závislého. Daleko hůře ovlivnitelná je ovšem

psychická závislost. Její zvládnutí vyžaduje více než jen pevnou vůli. Z tohoto důvodu existují léčebná zařízení, která poskytují dlouhodobou péči. Ke zvládnutí psychické závislosti je zapotřebí čas v řádu měsíců ne-li let, proto bývá příčinou recidiv i po dlouhodobých abstinencích (Kolektiv autorů SANANIM, 2007). Rozvinutí závislosti se nedá snadno předvídat, jelikož zde působí mnoho faktorů. Neexistuje jednoduchá příčina toho, proč někdo pije. Tyto příčiny pak souvisí s psychickými a fyzickými dispozicemi, sociálním a rodinným prostředím, kde jedinec vyrůstá a žije, s věkem, zkušenostmi a v neposlední řadě s aktuální psychikou a se zdravotním stavem (Fischer & Škoda, 2014; Kolektiv autorů SANANIM, 2007). S vlivem genetických dispozic může být dle Vágnerové (2014, s. 499) “familiární výskyt tendence k abúzu psychoaktivních látek podmíněn i pouhou nápodobou.” Také jak uvádí Fischer & Škoda (2014, s. 88) “Americký alkohololog Jellinek zjistil, že potomci alkoholiků mají až desetkrát vyšší pravděpodobnost, že se alkoholiky stanou také. Je tedy zřejmé, že dědičnost má na vztah k alkoholu vliv.” Lidé se někdy dostávají do situací, kdy je riziko dostat se do konfliktu s alkoholem daleko vyšší. Jedná se o nejistotu spojenou buď s rodinným zázemím, se sociální situací, se stresem, nebo se zdravotními problémy. Důvody počátečního experimentování s alkoholem mohou být různé. Vycházet mohou buď z individuálních potřeb, nebo se může jednat o následek sociálního tlaku např. u vrstevnické skupiny (např. potřeba akceptace danou skupinou vrstevníků). Obvykle se jedná o potřeby uniknutí před něčím negativním (např. vyřešit problémy, stres a frustrace, stereotyp, nuda), nebo naopak dosáhnout něčeho pozitivního (např. uspokojení, slasti, získat inspiraci, uvolnit zábrany). Obecně se dá říct, že v čím nižším věku se s užíváním alkoholu začne, tím je riziko a vznik závislosti vyšší (Fischer & Škoda, 2014; Vágnerová, 2014).

1.1 Kritéria závislosti

Definice syndromu závislosti (F10.2) dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 2022) zní následovně:

Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav.

Mezinárodní klasifikace nemocí říká, že při závislosti má pro jedince užívání nějaké návykové látky větší přednost než třeba činnost, které si předtím vážil více. Jedná se o jakousi silnou a přemáhající touhu, která bývá hlavní charakteristikou u závislosti na návykových látkách. Tato touha, ač nemusí být přiznána, je vědomá a jedinec se tak mnohdy snaží užívání kontrolovat či zastavit – to ovšem bývá v mnoha případech neúspěšné (Kolektiv autorů SANANIM, 2007). Touhu nebo pocit puzení k užití psychoaktivní látky a pocítění tak jejich účinků uvedla v definici bažení (craving) již v roce 1955 komise odborníků Světové zdravotnické organizace. Taktéž bylo zjištěno, že bažení při odvykacím stavu a bažení po delší abstinenci se údajně liší (Nešpor, 2018b). Abychom mohli diagnostikovat závislost, musí být přítomny alespoň 3 příznaky (z následujícího seznamu) a to v období posledních 12 měsíců (Nešpor, 2018b, s. 18):

- ⇒ silná touha a nutkání užívat látku (craving),
- ⇒ potíže v kontrole užívání látky,
- ⇒ užívání látky k odstranění tělesných odvykacích příznaků,
- ⇒ průkaz tolerance (potřeba vyšších dávek k dosažení očekávaného stavu),
- ⇒ zanedbávání jiných zájmů a potěšení než užívání drogy,
- ⇒ pokračování užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků užívání (depresivní stavy, cirhóza jater, apod.)

1.2 Vývoj závislosti

Vývoj vzniku závislosti na alkoholu charakterizoval a rozdělil do čtyř fází již v roce 1952 americký alkohololog českého původu E. M. Jellinek, kterého citují i jiní autoři jako např. Pecinovská (2011) a Vágnerová (2014):

1.2.1 Pre-alkoholická fáze

Také jinak nazývána iniciální či počáteční fáze. Nastává, když se z alkoholu stává lék potřebný k psychickému či sociálnímu přizpůsobení všednímu životu. Protože se alkohol jako “řešení” problému osvědčuje, je využíván pro své účinky stále častěji, i když se jedinec navenek nemusí tolik lišit od svého okolí a společenských norem. Stále častější konzumace alkoholu však postupně vede k rozvinu adaptačních mechanismů a s nimi související tolerance. Podle Pecinovské (2011, s. 15) „hladina alkoholu v krvi v tomto období zpravidla nepřekračuje 0,5 promile.

Neobjevují se zřetelné opilosti, v pijící společnosti mívá adept závislosti pověst člověka, který hodně snese a není to na něm vidět.“

1.2.2 Prodromální fáze

Jinak nazývána jako varovné stádium. Zde se jedinec stále více přibližuje k vyšší hladině alkoholu v krvi, která se již sem tam “omylem” projevuje zřetelnou opilostí. S určitou “hladinkou” se jedinec cítí být ve formě, proto častěji vyhledává ony příležitosti k pití. Roste však tendence se tzv. “předpíjet”, aby dosáhl své žádoucí hladinky dříve než jeho okolí, a tak začíná pít dříve a potají. Postupně se množí pití o samotě, kdy partner nalézá a odhaluje utajované pití a skrýše. V této fázi se přechází do bludného kruhu. Alkohol se již nepije pro chuť, nýbrž k uvolnění. Závislý se brání narážkám na svou osobu, začíná být na téma pití zcitlivělý. Začínají se objevovat tzv. okénka, kdy si jedinec nepamatuje průběh intoxikace, tedy doby požívání alkoholu. Tato fáze, spolu s první fází, se stále zařazují do tzv. předchorobí. Podle Pecinovské (2011, s. 16) “ se nejedná ještě o chorobu v pravém smyslu slova. Ve chvíli, kdy se k příznakům druhého stadia přidruží okénka, je to neklamná známka toho, že končí druhé stádium a začíná stadium třetí, tedy vlastní nemoc.”

1.2.3 Kritická fáze

Též označována jako stadium kruciální neboli rozhodné. S další fází stále roste tolerance, až postupně dochází k tomu, že najednou stačí jen jedna sklenka k opilosti. Tento jev se nazývá změna kontroly v pití.

Podle Pecinovské (2011):

“Někdy nedochází k tomu, že každé napití končí opilostí. Mluvíme proto pouze o změně, nikoliv o ztrátě kontroly v pití. Zůstává však paradoxní reakce, kdy každé napití nekončící opilostí je pro postiženého falešným důkazem toho, že situaci zvládá a tím i povzbuzením k dalším snahám pít s kontrolou” (s. 16).

S narůstajícími stavy opilosti, narůstají taktéž konflikty v blízkém okolí. Na to jedinec reaguje budováním tzv. racionalizačního systému. Jde o systém, ve kterém člověk sám sobě i svému okolí zdůvodňuje své pití. Přichází tedy vysvětlování, obhajování a omlouvání. Tyto časté obhajoby a výmluvy se dostávají do středobodu dění, dochází tak k tzv. alkoholocentrickému myšlení a chování. Zde již daný člověk zanedbává své zájmy, koníčky a také povinnosti. Často si tito lidé budují pocit křivdy, aby sebe

samotné snesli a měli důvod proč pít. Většinou se jedná o případy, kdy se chování vlivem pití přičí původnímu systému hodnot a narůstají ve velké míře pocity viny, proto člověk začíná sám věřit svému racionalizačnímu systému. Tím se mění i struktura osobnosti jedince. Častěji se projevují negativní stránky osobnosti ve formě lhaní, nedodržování slibů, podvádění až zlého chování. Dochází i ke ztrátě sebeúcty, která způsobuje depresi, suicidální pokusy či násilnictví (Pecinovská, 2011; Vágnerová, 2014).

1.2.4 Chronická fáze

Nakonec přichází poslední fáze, známá také jako terminální neboli konečné stadium, která je typická doplněním ranní hladinky po dlouhé noční pauze. Závislí již nelpí na pití alkoholických nápojů, v nouzi si vystačí s jinými chemickými prostředky obsahující etanol, jako je např. Alpa, či kolínské vody. Zde se setkáváme už se sníženou tolerancí, kdy stačí již malé množství alkoholu ke stavu opilosti v důsledku poškození jater. Při již krátké abstinenci dochází k záchvatům a alkoholickým psychózám, které mohou mít za následek destrukci. Jedná se o stavy, kdy už to nelze zvládat jak s alkoholem, tak bez něj. Většinou až v této konečné fázi hledá závislí pomoc (Pecinovská, 2011).

K tzv. chronifikaci choroby může dojít kdykoli během 3. a 4. fáze. Následky nadužívání alkoholu nabývají již trvalý charakter (Pecinovská, 2011). Celkově se závislost na alkoholu do stádia nemoci rozvíjí 6 až 12 let a u mladistvých stačí i pouhé 3 roky (Dörner et al., 1999). Nutné je dodat, že závislost na alkoholu přetrvává i tehdy, naučí-li se člověk abstinenci. Jak hovoří s přesností i bývalá alkoholička (Vágnerová, 2014, s. 504): “Kdo se jednou stal alkoholikem, strachu se nikdy nezbaví. Nazývat alkoholika vyléčeným je matení pojmů. Alkoholismus máme po úspěšné léčbě pouze odléčený, závislost v nás však zůstává ...”

1.3 Léčba

Léčba alkoholismu má u nás dlouhou tradici, která je spjata s docentem J. Skálou a jeho propracovanými zásadami léčby spočívající v režimové a skupinové terapii (Fischer & Škoda, 2014). Léčí se především příznaky, a proto je základní podmínkou léčby abstinence. Ve většině případů po první léčbě nedojde k trvalé „doživotní“ abstinenci. Tato skutečnost má pak za následek mylnou představu o tom, že léčba závislosti je neúspěšná, marná a zbytečná (Popov, 2003). Prevencí předčasného vypadnutí klienta z léčby je vytvoření pevného terapeutického vztahu mezi terapeutem

a klientem. Naopak v závěru by měl být klient schopen tzv. separace a osamostatnění (Adameček in Matoušek et al., 2015). Důležitým předpokladem pro úspěšné zvládnutí léčby, který však u závislostí chybí, je náhled choroby a nutnost vhodné léčby. Právě na okolí a rodině mnohdy zůstává onen nejtěžší úkol, a to přesvědčit závislého o naléhavosti jeho léčby. K odvykací léčbě však může sám závislí nastoupit pouze po svém dobrovolném rozhodnutí. Nedobrovolná léčba nařízená soudem, tzv. nucená léčba, je možná v případě nebezpečnosti osoby sobě samotné nebo svému okolí z důvodu duševní nemoci, tzn. v případech trestného činu, hrubého narušování a ohrožování osobní svobody, či výchovy dětí apod. (Matoušek et al., 2015; Heller, 2011). “Za dostatečný důvod k nedobrovolné léčbě se obvykle nepovažuje samotná závislost, ale až např. sebevražedné tendence, delirium tremens nebo psychotické stavy”, jak uvádí Nešpor (2020a, s.1). Je proto důležité pracovat společně s blízkým okolím a rodinou závislého. Potřebují především informace a podporu, aby vydrželi v tlaku na závislého člena rodiny, protože právě oni jediní mohou působit na závislého člena a pomoci mu pochopit a přijmout nutnost odborné léčby (Heller, 2011). Dle dosaženého stupně závislosti se poté nabízí jednotlivé typy léčby, které mají podobu ambulantní, stacionární a ústavní. Ambulantní léčba spočívá v podpoře závislého ke zvládnutí a přijetí rozhodnutí k abstinenci, která by měla trvat alespoň 6 měsíců. Tento léčebný program je sestaven z psychoterapie, farmakoterapie, socioterapie a poradenství s informacemi a osvětou. Uživatel této služby sestavuje svůj plán pro změnu životního stylu. Vedle toho stacionární léčba spočívá v krátkodobém docházení v rámci několika týdnů. Jedná se o celodenní program, který umožňuje začátek abstinence při každodenním kontaktu s domácím prostředím. Je zde potřeba kvalitní spolupráce. Oproti tomu ústavní léčba poskytuje už déletrvající hospitalizaci obvykle v rámci 3 až 6 měsíců. Hospitalizace je nezbytná v případech, kdy závislý nezvládá vlastními silami stavy po vynechání alkoholu a opakovaně se tak ke konzumaci alkoholu vrací i přes nepříznivé následky na jeho zdraví a okolí, tedy na rodinu či zaměstnání. Plán léčby má za cíl následující potřeby. První z potřeb je odstranění alkoholu z organismu, tzv. detoxikace. Nutno odlišit od tzv. detoxifikace, což je odstranění odvykacích příznaků. Dále je potřeba obnovení a zrehabilitování somatických funkcí organismu, a to samé u psychických funkcí, kde je snaha o vytvoření tzv. náhledu. Poté přichází na řadu řešení základních problémů, tak aby byl člověk schopen řešit životní situace bez alkoholu. Následuje potřeba přijetí a stabilizace životního stylu s abstinencí a v neposlední řadě je cílem resocializace. Sestavení programu a forem léčby závisí na potřebách a stavu rozvoje choroby

u závislého (Heller, 2011; Popov, 2003). Jak uvádí Heller (2011, s. 125), „u rozvinuté závislosti dosahujeme nejlepších výsledků kombinací ústavní základní léčby a následného ambulantního doléčovacího systému, do něhož jsou zařazeny týdenní ústavní doléčovací kúry.“

1.4 Následná péče a doléčování

Následná péče je nedílnou součástí procesu léčby závislosti a tvoří její poslední část. U nás bývá tento pojem zaměňován s pojmem "doléčování". Pro upřesnění pojmů je vhodné zmínit, že "doléčování" tvoří jen část služby následné péče. Následná péče je založena na předpokladu, že navazující podpora po dokončené léčbě může zmírnit či zcela vyloučit faktory, které by vedly k relapsu jako např. nezaměstnanost, nedostatečná vztahová síť či zapojení do volnočasových aktivit. Předpokládá se tedy, že by naopak mohla posílit ony faktory napomáhající udržení abstinence (Kalina et al., 2015). Následnou péči dle § 64 (zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách – znění od 01.02.2022) řadíme mezi služby sociální prevence, kde je definována jako "ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly ústavní nebo ambulantní léčbu ve zdravotnickém zařízení nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstínují". Tuto službu tvoří většinou strukturované programy s intenzivním ambulantním doléčováním, včetně chráněného bydlení či programů pracovní rehabilitace. Ono "doléčování" může nabývat různých forem. Přes tzv. opakovací léčby v psychiatrických léčebnách a doléčovací programy, po formu individuálních konzultací. I po doléčování by se měl nadále sledovat zdravotní a sociální stav v rozmezí prodlužujících se intervalů minimálně pěti let. Hlavními cíli následné péče, včetně již zmiňované podpory a udržení abstinence, je především směřování k jejímu ukončení a naplnění oné "integrace". Za důležité je taktéž považováno zvládání sociálních rolí, s čímž souvisí právě i rodičovské role (viz. kapitola 2.2). Jednotlivé cíle se však stanovují spolu s klienty individuálně s ohledem na jejich aktuální potřeby. Následná péče tvoří důležitý prvek v léčbě závislosti a její konečné efektivity (Kalina et al., 2015). Doléčovací programy mají podstatnou úlohou v ustálení změn nového životního stylu v interakci s domácím a běžným prostředím. Mohou nabývat ambulantní, stacionární či ústavní formy, které lze kombinovat. Jak uvádí Heller (2011, s. 150) "Ukazuje se, že pokud pacient neudrží kontakt po ukončení léčby, je velmi obtížné navázat kontakt v době recidivy abúzu, a tím není možný rychlý návrat do léčby. Dochází tak k velkým škodám na zdraví a v sociální sféře, ale i ke zbytečnému prodlužování další léčby."

Vhodné je v rámci doléčovacích programů a následné péče taktéž zahájit práci s rodinou např. formou rodinné terapie (viz. kapitola 3.2). Ke stabilizaci změn i v okolí dochází zhruba třetím rokem, proto je nutné tento dlouhotrvající proces vydržet a ustát až do konce. Doporučují se proto tzv. udržovací dávky doléčovacího programu, aby se nepřerušil kontakt s problematikou závislosti. Včasné a dřívější ukončení léčebného procesu vede ke snížení pravděpodobnosti dlouhodobé remise a zvyšuje se tak možnost recidivy choroby (Heller, 2011; Kuda, 2003). Jako praxe s dobrými výsledky se ukazuje také kombinace techniky prevence recidiv a tzv. uvědomování (mindfulness), jelikož právě uvědomování zjednodušuje rozpoznání rizikových duševních stavů a podnětů z okolí (Bowen et al., in Nešpor, 2018a). Návrat k plnohodnotnému životu a do společnosti celé rodiny přichází obvykle ve čtvrtém roce. I zde se však mohou vyskytovat stále nějaké problémy, zejména v návratu k jistotě a sebevědomí ve společenském dění, a s tím související bezalkoholní dieta neboli abstinence, kterou okolí nemusí tolerovat. Jak uvádí Heller (2011, s. 156), „dnes je již běžné nenutit nikoho ke konzumaci alkoholických nápojů, stává se tak obvyklejším podávat vedle alkoholu i nealkoholické nápoje. Jsme však stále společnost proalkoholní a abstinující lidé musí překonávat tento tlak.“ Významným prvkem v doléčování, který by se neměl opomíjet, jsou také společenské organizace, svépomocné skupiny a socioterapeutické kluby sdružující abstinenty, jejich rodiny a přátelé. Asi nejznámější svépomocnou skupinou jsou Anonymní alkoholici (AA). Tato svépomocná skupina a její sesterské organizace je založena na tzv. dvanácti krocích. „Například první krok znamená přiznat si bezmocnost vůči alkoholu. Jedná se vlastně o terapeutický paradox. Typický člověk závislý na alkoholu si dokazuje, že má své pití pod kontrolou, a dostává se do rostoucích problémů. Přiznat si závislost je naopak důležitý krok k dlouhodobé abstinenci“ jak uvádí Nešpor (2020b, s. 1). Tato svépomocná skupina taktéž velmi usnadňuje a mobilizuje adaptivní změny týkající se sociálních vazeb. Konkrétně tak, že dochází k omezení pro-alkoholních sociálních vazeb a místo toho nabízí nové propojení sociálních vazeb s abstinujícími. Právě tyto změny mohou ve velké míře napomoci při zotavení a léčbě a výrazně se tím snižují rizikové faktory a tím pádem i bažení (Kelly et al., 2010). Výhodou setkávání Anonymních alkoholiků je také to, že se ve velkých městech lidé setkávají i vícekrát za den. Mimo jiné v době protiepidemických opatření se tyto setkání uskutečňují online. Mezi sesterské organizace patří např. Al-Anon, která nabízí svépomoc pro příbuzné. Rozdíl mezi svépomocnou skupinou Anonymních alkoholiků od socioterapeutických klubů je především to, že kluby

bývají vedeny nebo významně ovlivňovány profesionálními pracovníky. Nejstarší socioterapeutický klub u nás a pravděpodobně i ve střední Evropě vznikl v roce 1948 u Apolináře zásluhou docenta Skály. Tato forma pomoci závislým je rozšířena jak u nás, tak i v řadě zemí svět (Nešpor, 2021).

2 Alkohol a rodina

Jak již bylo zmíněno v předcházející kapitole, alkohol a s ním spojená závislost, má nemalý dopad právě na okolí závislého, a tím především na jeho nejbližší a rodinu. Tyto rodiny se ocitají pod vlnou emocí, jako jsou hněv, strach, osamocení a odloučení, či deziluze a zklamání. Přes veškerou závažnost této problematiky se těmto komplexním problémům, v kontextu rodinného prostředí zmítaného závislostí jejich člena, nevěnuje dostatečná pozornost (Barnard, 2007).

Podle Bartoňové & Matouška (2014b):

Závislost je možné pokládat za „nemoc rodiny“, tj. je možné najít takový problémový kontext, za jehož řešení se dá závislost považovat. Přesto mezi profesionály převládá názor, že primárně je třeba léčit závislost/závislého a poradenskou a terapeutickou práci s rodinou s ní propojit jako prevenci recidivy (s.124).

Zejména závislost jednoho nebo obou rodičů nepříznivě ovlivňuje zvláště psychický, fyzický i sociální vývoj dítěte (Bartoňová & Matoušek, 2014b). Takové rodičovství čelí ohrožení, což má dopad právě na děti, které se v důsledku toho mohou potýkat se zanedbáním, špatným zacházením či zneužíváním a v neposlední řadě s životními neúspěchy v dospělosti. Jak již bylo zjištěno, dospělé děti alkoholiků si nejsou jisté tím, jaké chování je normální. Mají těžkosti při dotahování úkolů do konce, problémy se sebedůvěrou či důvěrnými vztahy aj. (Woititz & Martínek, 2021). Tato zranitelnost vychází zejména z potřeb, které bývají často podřízeny právě potřebám vyvolanými závislostí. Období a stupňující se stádia závislosti devastují stabilitu domácnosti a rodinného zázemí. Děti tak procházejí obdobími stability a zmatku spolu se závislými rodiči. Vedle fyzického zanedbávání dětí taktéž dochází k negativnímu utváření pevných emocionálních vazeb k rodičům, jinými slovy k citovému zanedbávání. Sílící vliv závislosti u rodičů lze pak pozorovat v souvislosti s ubývajícím pozorností a ubývajícím pozitivním zájmem o děti, nedostatkem prostoru pro komunikaci a vzájemnou diskusi či užitím násilí jako formy trestu a v návaznosti na to neshody partnerů ohledně výchovy (Barnard, 2007).

Jak uvádí Barnard (2007, s. 77) “Tito rodiče vypovídali o tom, že hlavně v době, kdy pociťovali abstinenční příznaky byli nejméně vnímaví vůči potřebám svých dětí. V takových chvílích největší podrážděnosti jim byly děti nejvíce na obtíž.” Často to jsou však právě děti, které se stanou primární motivací k léčbě závislosti.

Rodina (i partnerský vztah) bývá mnohem více ohrožena, pije-li žena, jelikož v tradičním pojetí právě žena z větší míry obstarává záležitosti rodiny. Partner takto závislé ženy se sice pokouší část starostí o rodinu převzít na sebe, či část přepadne případně na děti – dcery, ale jeho trpělivost s partnerčíným pitím se rychle unaví, a tím se zvyšuje riziko rozvodu. Naopak reakce partnerky na pití muže nebývá tolik radikální. Často se tyto ženy snaží závislost v rodině skrývat a tajit před okolím i dětmi. Zahlazují špatné pověsti a dluhy svých závislých partnerů, a ještě jejich provinění omlouvají. Některé ženy však dokážou využít mylné iluze o převaze moci ve vztahu a vrací odvetu prostřednictvím nadávek, výčitek a někdy i agrese a bití. Tato vypěstovaná iluze však bývá mylná, jelikož mocnějším vždy bývá závislý jedinec, který má vliv na to, co se v rodině odehrává a co se bude dít. Tato závislost pak může být i východiskem jak neuvědomovaného, tak uvědomovaného vztahového konfliktu, protože často vzniká právě až v průběhu soužití páru (Matoušek, 2003).

Barnard (2007) také upozorňuje na to, že je nutné si uvědomit a řešit potenciální negativní vliv závislostí na schopnost plnit rodičovské funkce. Tato problematika podle ní nespadá pouze do kompetencí orgánů sociálně právní ochrany dětí (u nás OSPOD), ale měly by se tím zabývat nejen všechna zařízení a organizace s cílovou skupinou osob se závislostí, ale i například školy, poskytovatelé volnočasových aktivit atd.

Děti u rodičů hledají bezpečí, klid a jistotu, aby si díky těmto naplněným potřebám mohly uvědomit hodnoty, díky kterým mohou vnímat své okolí a svět jako bezpečné a spolehlivé místo. Rodiče potýkající se se závislostí však nemusí být schopni tyto potřeby naplnit, jelikož jejich pozornost odvrací ono problémové užívání alkoholu. Mezi další důsledky lze zařadit vedle celkového nedostatku dohledu a rodičovské péče v souvislosti s nepravidelnou školní docházkou u dětí i neplacené a stále rostoucí dluhy, které o to více ničí stabilitu rodinného zázemí a životních podmínek u dětí (Barnard, 2007).

Jak uvádí Berg & Úlehla (2013) mnoho studií dochází k závěru, že úspěšnost léčby je větší, pokud má závislý podporu rodiny, či smysluplnou práci, díky čemuž má motivaci k uzdravě.

Co se jeví jako nejvíce účinné a nejlépe funguje, je individuální přístup podpory. Většina odborníků se dle Barnard (2007) shoduje na tom, že zásadní význam má navázání dobrého terapeutického vztahu s klienty, tedy se závislými rodiči. To se však dostává do rozporu, když začnou vznikat tenze ohledně problémových domén a priorit klientů, které nejsou vždy v souladu s potřebami jejich dětí. Tito pracovníci se pak dostávají

do obtížných situací, kdy řešením onoho rozporu mezi chováním závislých rodičů a zájmy dětí riskují ohrožení terapeutického vztahu, který je tak současně považován jako jeden z hlavních prostředků k dosažení pozitivní změny. Pracovníci tak naráží na limit, jímž je právě vztah založený na dobrovolnosti. Klienti totiž musí sami ukázat, že jsou ochotni spolupracovat. Proto je pro mnohé pracovníky důležité ono pěstování a ochrana vzájemného vztahu, díky němuž je možné klienta udržet ve styku s nabízenými službami, které mu mohou nabídnout podporu. Odborníci se taktéž podle Matouška (2003) shodují v názoru na roli rodiny, zejména teda na roli partnera závislého. Bez jeho zapojení do terapie je naděje na udržení žádoucího stavu a výsledku léčby nízká. Využívá se k tomu široká škála metod a způsobů práce. Od svépomocných skupin pro partnery, přes skupinové terapie pro páry, které se poskytují až v závěrečné fázi léčby a pokračuje se s nimi i po propuštění závislého z intenzivní léčebné kúry, kdy se naváže (nebo dále pokračuje) i rodinná terapie (více o rodinné terapii v kapitole 3.2). Také je vhodné, když s rodinou závislého pracuje stejné zařízení, které mu poskytuje primární péči a léčbu. Vysoké riziko po ukončení léčby představuje především recidiva nebo-li relaps a rozvod. Proto si práce s rodinou žádá takové odborníky, kteří si dokážou poradit s oběma riziky (Matoušek, 2003).

O tyto rodiny, ohrožené závislostí, se u nás v ČR dobře stará např. organizace Anima, která má dlouholetou tradici v rámci Všeobecné fakultní nemocnice v Praze (VFN), o kterou se zaslужují, již od roku 1968, docent Jaroslav Skála a Jitka Vodňanská jakožto přední osobnosti české psychoterapie a adiktologie. Anima poskytuje osobám závislým na návykových látkách a jejich blízkým v rámci ambulantních poradenských a terapeutických služeb různé typy terapie, od skupinové i individuální péče dětem a dospívajícím, zejména z rodin, kde se vyskytuje závislost u rodičů na alkoholu (či jiných návykových látkách) po rodinné a párové terapie (Anima-terapie, z.ú., 2021). Ve Středočeském kraji také působí společnost Prostor plus o.p.s., která nabízí i sociálně aktivizační služby pro rodiče bývalé uživatele. Tato služba se zaměřuje na podporu rodin, v nichž se některý z rodičů potýkal se závislostí na návykových látkách, jako jsou drogy, alkohol nebo léky. Jejich ambulantní i terénní služby pomáhají rodinám a dětem minimalizovat rizika a případné důsledky sociálního vyloučení v Kolíně, Kutné Hoře a blízkém okolí (Prostor plus, o.p.s., 2021).

2.1 Ohrožená rodina

Za ohroženou rodinu považujeme takovou rodinu, ve které dochází „k nerovnováze v sociálním fungování, přičemž tato nerovnováha je výsledkem interakcí mezi jednotlivými členy rodiny či mezi rodinou a subjekty v jejím sociálním okolí. Ohrožená rodina není schopna tyto interakce sama zvládat, stejně jako si nedokáže najít odpovídající pomoc či využít stávající nabídky služeb“ (Navrátilová, 2013, s. 359). Typů ohrožených rodin je mnoho, odvíjí se od kompetencí rodiny a postupem času a vývojem společnosti se mění. Při hodnocení těchto rodin je nutné brát v potaz jak rizikové, tak i protektivní faktory. Za rizikové považujeme ty faktory, které ohrožují především soudržnost rodiny jako např. závislost na alkoholu či jiných návykových látkách, nebo násilí, trestnou činnost, autismus dítěte aj. Naopak protektivními faktory jsou ty, které rodinám pomáhají tyto těžkosti zvládat (Matoušek & Pazlarová, 2014a).

V kontextu ohrožených rodin se také můžeme setkat s tzv. multiproblémovými rodinami. Multiproblémové rodiny jsou typy případů, kde se vyskytuje hned několik témat a problémů k řešení od závislosti na alkoholu či jiných návykových látkách, dlouhodobé nezaměstnanosti, chronických onemocněních včetně duševních, manželských konfliktů či rozvodu, po problémy s výchovou dětí, jejich záškoláctvím, či delikventním chováním atd. Vyskytnout se může i domácí násilí, či jiné sociální patologie, které mnohdy bývají dlouhodobým mezigeneračním problémem. Důležité je v takových případech neztrácet hlavu a nezahlcovat rodiny nespočtým množstvím služeb a intervencí. Nejenže je to pro mnohé lidi matoucí, ale jednotlivé úkoly se reálně nedají ve většině případů ani naplnit a stihnout. „Při takovém masivním předávkování pomocí je těžké určit, co vede ke změně, a co naopak k roztržení rodiny“ (Berg & Úlehla, 2013, s. 150).

2.2 Rodičovství a rodičovské role

V současné době zastává rodina především funkce v podobě podpory socializace, tedy začlenění a výchovy dětí, vztahové podpory dospělých členů a ekonomické podpory celé rodiny. Podle Matouška & Pazlarové (2014a, s. 18) za „dostatečně dobré rodičovství je možné označit takový výkon rodičovské role či rolí, který dětem zajišťuje postačující podmínky pro vývoj. To znamená, že rodič naplňuje základní potřeby dítěte a dítě neohrožuje.“ Chování i instinkty rodičů jsou ovlivňovány společností, ve které vyrůstají děti jakožto budoucí rodičové. Proto jejich dětství a rodiče významně předurčují, jakými budou oni sami rodiči v budoucnu (Matoušek & Pazlarová, 2014a).

Jůzová Kotalová et al. (2018) uvádí následující definici rodičovských kompetencí:

„Rodičovské kompetence jsou takové schopnosti a dovednosti rodičů, které umožňují dítěti se vyvíjet přiměřeně jeho potřebám ve všech oblastech života. Znamená to, že rodiče sami nebo s podporou dokáží uspokojovat potřeby dítěte v kontextu jeho věku, duševního, mentálního i tělesného vývoje a umožňují/podporují tím optimální rozvoj jeho potenciálu. Základní rodičovskou kompetencí je dítě milovat, a chránit ho před nebezpečím. Základní znaky rodičovských kompetencí jsou: bezpečí, jistota, vřelost, vstřícnost, akceptace (přijetí), respekt, důstojnost, individuální přístup a používání nenásilných výchovných prostředků.“ (s. 6)

Jak uvádí Bartoňová & Matoušek (2014b, s. 122) „Pokud jde o fungování v rodině, jsou důležité dvě role: role partnera a role rodičovská. Závislá osoba v nich mívá výpadky, případně je nezvládá.“ V rodinách, kde jeden z rodičů bojuje se závislostí, se často vyskytuje problém s bouráním meziosobních a mezigeneračních hranic. Typicky se tak závislý rodič dostává do role zlobivého dítěte, a naopak jeho dospívající dítě přebírá jeho rodičovskou roli. Často pak dochází k uzavírání koalic s druhým rodičem. Je proto zásadně důležité překonání závislosti, aby si rodič mohl převzít zpět svou přirozenou roli, a posílit tak i svou autoritu. Toto správné rozdělení rolí v rodině s jasně vymezenými odpovědnostmi posiluje zdravé hranice uvnitř rodiny. Posilování těchto hranic vypadá na rodinné terapii následovně: terapeut nedovolí, aby někdo jiný hovořil za jiného člena rodiny, zvolí vhodný zasedací pořádek, případně pracuje zvlášť s některými členy např. odděleně s rodiči a dítětem (Nešpor, 2018). Člen rodiny, v našem případě tedy rodič, „vyléčený“ ze závislosti si v rodině musí vybudovat, a především obhájit svou novou roli. Rodina si ho totiž pamatuje jako „nefungujícího“ člena, případně toho, který narušuje celou rodinnou atmosféru a harmonii. Jeho nové začlenění do rodiny však nemusí mít pozitivní přínos, a tak se i přesto některé rodiny rozpadají. To, že se z rodinného kruhu vytratí element závislosti, může odkrýt právě ony primární problémy, které předtím nebyly vidět. Je proto nadmíru vhodné zahájit, nejpozději však v závěru léčby, práci s celou rodinou závislého (Bartoňová & Matoušek, 2014b).

3 Formy podpory rodičovské role během léčení alkoholové závislosti

V této kapitole bych ráda představila takové formy pomoci, techniky či metody, které jsou vhodné právě k podpoře rodičovské role, a se kterými se daný člověk léčený z alkoholové závislosti může setkat během svého doléčování. Důležité je však zmínit, že ne všechny doléčovací programy v rámci služeb následné péče mohou tyto formy podpory nabízet. Existují organizace nabízející služby rodinám směřující k podpoře rodičovské role, avšak ty se nezaměřují primárně na pomoc závislým po jejich léčbě v rámci služeb následné péče a doléčovacích programů. Ne všechny organizace či zařízení poskytují natolik komplexní služby, aby se k nim klient mohl snadno dostat. Je proto nezbytné, aby síť sociálních i zdravotnických služeb dokázala spolupracovat a fungovat multidisciplinárně, tedy aby si služby dokázaly své klienty navzájem odkazovat na jiný vhodný typ služeb, které fungují pod jiným zařízením. Je tedy žádoucí poskytnout rodinám takové informace, které jsou schopny ve svůj prospěch využít. Navíc některé rodiny nemusí být na tolik „gramotné“, aby si dokázaly samy takové informace aktivně vyhledávat, či jim k tomu chybí např. internet. V takovém případě by měl pracovník s rodinou projít databázi služeb, nebo využít doporučení na určitý typ služby či konkrétního odborníka. Pokud se však rodina potýká s mnoha problémy, nebyvají tyto přímé rady a pokyny příliš účinné. Oproti funkčním rodinám těmto rodinám mnohdy chybí tzv. ritualizované činnosti, které pomáhají udržovat chod rodiny jako celku tedy organizovaně. Naopak u rodin s mnoha problémy se vyskytuje velký chaos, proto by pomoc s vybudováním těchto rituálů, v nichž jsou zřejmé a rozdělené role, byla podstatná a přínosná. Jak uvádí Matoušek (2014b, s. 31) „někdy chybí i rituál společného jídla (včetně místa, kde by členové rodiny všichni mohli sedět u jednoho stolu), může chybět rituál ukládání dětí ke spánku, rituál přípravy dětí do školy (včetně místa, kde by se děti mohly na školu připravit), rituál trávení víkendu, rituál slavení svátků a narozenin atd.“

Jako osvědčená metoda na podporu rodin se také ukazuje tzv. ukázka žádoucího chování nebo alespoň jeho popis. Toto chování lze nalézt přímo v rodině samotné, je tedy vhodné jim takové situace, kde se vyskytlo ono žádoucí chování, připomenout (Matoušek, 2014b). Právě na tomto principu je založena metoda videotréninku interakcí, zkr. VTI (této metodě je blíže věnována podkapitola 3.3).

Hojně je též ve světě i u nás nabízena podpora rodiny s pomocí dobrovolníků, kterou zajišťuje organizace HoSt. V ČR působí již od roku 2001. Cílovou skupinu této služby tvoří právě ohrožené rodiny. Důležitým a nezbytným předpokladem pro dobrovolnickou práci s rodinou je pak především vlastní zkušenost s rodičovstvím. Cílem této dobrovolnické práce je hlavně: předcházení zanedbání péče o dítě, zvýšení kompetencí v kontextu výchovy, podpoření pozitivních vztahů mezi rodiči a dětmi, aktivizace v důsledné péči o děti a s tím spojený nácvik rodičovských a sociálních dovedností a mnohé další činnosti podpory a aktivizace rodiny. Důležité je však zmínit jednu z podmínek, a to že těchto služeb dobrovolníků v rodinách lze využít pouze v případě zaléčené závislosti, jelikož akutní nedoléčená závislost by mohla tuto dobrovolnickou práci a dobrovolníky jako takové ohrozit. Tento druh podpory je proto vhodný až na závěr po doléčení (Muñoz, 2014b).

Také bych ráda zmínila, alespoň okrajově, specifickou metodu, která se využívá spíše v případech hodnocení a plánování v kontextu ohroženého dítěte. Jedná se o druh podpory rodiny jako takové, byť ne konkrétně zaměřené na rodičovské role, a tím jsou rodinné konference, které respektují právo rodiny na řešení vlastních záležitostí a umožňují tak dát přednost potenciálu rodiny před odborníky-profesionály. Jedná se tedy o možnost nalezení rovnováhy mezi intervencí státu a kompetencemi rodiny. Posilují tím i rodinné vazby a využívají vlastních zdrojů rodiny. Tato metoda spočívá ve shromáždění členů dané rodiny a dalších zainteresovaných osob, které mohou přispět k řešení problému. Průvodcem celého procesu bývá facilitátor, který je v nezávislém postavení. Rodinnou konferenci mohou svolat orgány sociálně právní ochrany dětí (OSPOD) a poskytovatelé sociálních služeb či osoby pověřené sociálně-právní ochranou dětí (SPOD). Přestože je jejich příprava značně náročná, bývají v řadě služeb často využívanou metodou (Matoušek & Pazlarová, 2014a). Dalším formám podpory rodiny a rodičovství v kontextu léčby závislosti na alkoholu, jako jsou např. sanace rodiny či rodinné terapie, jsou věnovány následující jednotlivé podkapitoly.

3.1 Sanace

Sanace jako metoda podpory rodiny pracuje s takovými postupy, které podporují fungování rodiny. Jedná se většinou o oblast ochrany dítěte v ohrožené rodině. Tato metoda má však široké pole působnosti. Lze ji využít právě i jako postup pro doplňující léčbu závislosti u dospělých-rodičů. Tato práce s rodinami může mít několik podob a forem podpory: zaškolený dobrovolník, terapie poskytovaná profesionálem celé

rodině nebo jenom někomu z rodiny v domácím či jiném prostředí atd. Může se jednat o služby poskytované rodinám jako např. docházka dětí do specializovaných denních center, přípravné vzdělávání dětí před vstupem do školy, docházka do mateřských a rodinných center, aj. Sanace rodiny poskytuje soubor činností spadajících pod sociálně-právní ochranu dětí (dále jen SPOD), sociální služby a mnoho dalších opatření či programů. Hlavním cílem je zmírnit či vyloučit příčiny ohrožení rodiny či dítěte a poskytnout tak rodině především rodičům a dětem možnou podporu pro zachování funkce rodiny. Jedná se např. o tyto činnosti: posílení či vybudování rodičovských kompetencí, získání náhledu na potřebu změny apod. S rodinou se poté pracuje zpočátku s její formální stránkou (sociální a praktické zázemí, jako je zajištění dokladů, dávek, zaměstnání, bydlení), a poté s obsahovou stránkou rodičovství (vztahy rodičů a dětí, výchovné schopnosti, pochopení a náhled na situace a možné změny). Na dosažení cílů sanace závisí řada faktorů, které ovlivňují míru ohrožení rodiny i možný úspěch s posílením funkcí rodiny. Při sestavování sanačního plánu se od začátku tyto faktory berou v potaz. Mezi rizikové faktory rodiny lze zařadit zejména tyto následující: pocházeli-li jeden z rodičů z již dysfunkční rodiny (z jeho dětství); rodič, který prožil část života v zařízení pro výkon ústavní výchovy; mají-li už některé z dětí odebrané, nebo se rodina potýkala se závislostí na drogách či alkoholu. Pokud však v rodině závislost přetrvává a rodiče léčbu odmítají, není v této situaci sanace rodiny tím vhodným řešením (Bechyňová & Konvičková, 2020). U nás v ČR na území hlavního města Prahy tyto služby nabízí STŘEP – České centrum pro sanaci rodiny, z. ú., které poskytuje sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi a to ve značné míře právě terénní formou. Jedním z cílů je právě posílení rodiny a podpora rodičovství (STŘEP – České centrum pro sanaci rodiny, z.ú., 2021).

3.2 Rodinná terapie

Rodinná (případně manželská) terapie se při léčbě závislosti většinou používá jako součást komplexního léčebného programu. Tento postup léčby se osvědčil jako pozitivní, jelikož se díky němu posiluje i schopnost klienta k dokončení léčby (Nešpor, 2018). Je podstatné, aby tento proces a samotný přínos cítila i rodina závislého, ať už při zvyšování kompetencí řešit problémy, tak i jako podporu při normalizaci rodinného života (Hardy et al., 2011). Existuje celá řada přístupů k rodinné terapii vycházejících buď z psychoterapeutických směrů zaměřených na individualitu, či vznikly jako zvláštní pojetí fungování zdravé, resp. dysfunkční rodiny. Mezi nejvíce používané

patří tyto tři typy rodinných terapií: transgenerační, strukturální a systematická. Terapeut se snaží o zboření mýtů s rodinnými či kulturními vzorci, které neumožňují a zabraňují rodině nacházet vhodná řešení problémů. Naopak podporuje ony růstové, pozitivní a sebeúdržavné sklony, které v rodině převládají. Přestože se tyto rodiny spojí s nějakou institucí, aby s její pomocí dosáhly změny, je potřeba počítat s tím, že bude ze strany rodiny kladen odpor či nespolupráce (Matoušek, 2003). Tato neochota spolupráce se může projevit tím, že např. někdo z členů rodiny bude odmítat účast na terapiích, či bude na schůzky „zapomínat“, někteří členové budou vyloženě pasivní, budou mít skryté tendence a úmysly (mimomanželské vztahy, snahy o získání majetku apod.). Důležité je získat si rodinu a motivovat ji ke spolupráci. Toho lze docílit tím, že se zprostředkuje členům rodiny ono poznání, že v rodinné terapii nejde o hledání viníků, ale o spolupráci na rodinném systému, díky níž se docílí změn ve vzájemných vztazích, které budou poté spokojenější (Kalina, 2015). Rodinná terapie se ukazuje jako vhodný prostředek v těchto případech: způsoby komunikace jsou stereotypní či nejasné a nebývají mnohdy správně pochopena, emoce bývají vyjadřovány negativně a nejsou přijímány, v rodině se cyklicky opakují jedny a ty samé problémy (generačně), v rodině existuje tabu, či některý z členů upadá do role „obětního beránka“ (Matoušek & Pazlarová, 2014a). Lze uvést tyto hlavní předpoklady, které vedou k úspěšné rodinné terapii: zralost problému pro terapeutické řešení (rodina se totiž často snaží problémy bagatelizovat), motivovanost členů rodiny k úsilí o změnu ve svém životě, způsobilost členů rodiny (rozumová, vzdělanostní, kulturní), časové a prostorové nároky realizace terapie, způsobilost terapeuta pracovat s daným problémem, danou rodinou, případně metodou. Naopak kontraindikací může být, pokud ani jeden z členů rodiny nevěří, že se u nich vyskytují nějaké problémy, nebo není nikdo, kdo by si přál změnu (Kalina, 2015). Limitem při práci s rodinou během léčby jejího závislého člena může být také kromě již zmiňované nespolupráce jednoho z členů i výrazná rodinná patologie, časové limity nebo samotná délka léčby a její vzdálenost. Co se týče rodinné patologie, ve většině případů se rodinná terapie nedoporučuje. Při časově omezené a intenzivní léčbě nebývá vždy dostatečný prostor pro práci s rodinou, proto je vhodné rodinnou terapii zahájit po skončení léčby, či odkázat klienta na jiné zařízení. Velkým omezením může být také vzdálenost mezi místem léčby závislého a jeho rodinnými příslušníky, jelikož ústavní léčby či terapeutické komunity přijímají klienty z celého území ČR (Kalina, 2015).

3.3 Metoda videotréninku interakcí (VTI)

Metoda videotréninku interakcí (dále jen VTI) je vhodná k využití jako krátkodobá intervence či terapie, nebo i jako prevence při řešení především problémů týkajících se komunikace, či vztahů, zejména v interakci rodiče a dítěte (ale i jiných, např. vyučující – student, pracovník – klient). Cílem této metody je zjistit a odhalit žádoucí chování v interakcích, které lze poté aktivovat a rozvíjet. Je zde tedy snaha o podpoření již stávajících zdrojů, podnícení vývojových procesů a maximální využití jejich kapacity a potenciálu. Jak uvádí Šilhánová (2013, s. 306), ve světě se rozlišuje více termínů této metody. Konkrétně lze zmínit tyto další metody, avšak ve skutečnosti jich je více. Jedná se o zcela původní termín „Video Home Training (VHT), který se dnes používá pouze v Nizozemsku a v severských státech pro intervenci v prostředí rodiny zaměřenou na vztah rodič – dítě.“ S druhým termínem, Video Interaction Guidance (VIG), se lze setkat především v anglosaských zemích, kde je „využíván univerzálně pro intervenci v rodině i mimo ni, tzn. ve školství, zdravotnictví, v prostředí sociálních služeb a poradenství.“ Nizozemsko dále využívá i více propracovanou metodologii zaměřenou na podporu rodičovství, která nese název Metoda VIPP (Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting). Všechny tyto zmíněné metody však mají něco společného. Spojuje je především jejich zaměření na interakční dvojici „já a ty“ nejčastěji ve vztahu dospělého a dítěte. Kromě toho také využívají stejné techniky videoanalýzy, nebo spíše „mikroanalýzy“, která se provádí v interakcích oné dvojice. Ta se následně zedituje a nad daným výsledkem úspěšné a žádoucí interakce, tzv. videofeedbacku, se poté vede rozhovor s vyškoleným odborníkem-trenérem VTI (sociálním pracovníkem či terapeutem). VTI trenér i klient přitom mohou zastavovat a znovu přehrávat video v jednotlivých momentech, kde se vyskytuje úspěšná a žádoucí interakce pro lepší uvědomění si komunikační a vztahové situace. To pak vede ve větší pravděpodobnosti k zavedení trvalých a pozitivních změn u klienta. Během tohoto rozboru mohou sami rodiče přinášet nové alternativy ke svým reakcím, k výchovným postupům i k chování obecně. Tyto nové alternativní vzorce chování či komunikace si pak mohou s dětmi vyzkoušet a procvičovat, a tím se trénují a zvyšují jejich rodičovské kompetence (Beaufortová, 2013). Podle Šilhánové (2013, s. 308) si díky tomu právě rodiče „často poprvé uvědomí komunikační nabídky ze strany svých dětí (iniciativy ke kontaktu) nebo lépe porozumějí potřebám dítěte vyjadřovaným v komunikaci.“ Ze studií (Fukkink, 2008 a Klein Velderman, 2005), které cituje Šilhánová (2013, s. 309), se zjistilo, že programy využívající tyto metody videotréninku interakcí (VHT/VIG)

ukazují značnou míru efektivity v kontextu posílení rodičovských kompetencí, zvýšení senzitivity rodičů, snížení rodičovského stresu či redukce problémů s chováním dítěte a posílením jeho pozitivního vývoje. VTI trenér pracuje vždy v přirozeném prostředí klienta, či rodiny a měl by při rozhovorech využívat běžné techniky komunikace, jako je aktivní naslouchání, povzbuzování či oceňování klienta. Cíle spolu s frekvencí návštěv a celkovou délkou terapie si stanovuje klient s pracovníkem předem v kontraktu, který se posuzuje individuálně. Nejčastěji se však využívá hodinového setkání zhruba 2–3× za měsíc a uskuteční se cca 4–5 cyklů (natáčení – příprava nahrávky – rozhovor). Terapie končí vyhodnocením spolupráce a zhodnocením dosažených změn. Po ukončení spolupráce by se měl sjednat ještě následný kontakt po delším časovém rozestupu cca po 3–6 měsících. Kontakt slouží k podpoře klienta či rodiny, ověření situace a posílení strategií, které přináší pozitivní změnu. Tento kontakt je vhodný zejména jako prevence zhoršení či udržení situace u problémových rodin. U nás v ČR funguje nevládní organizace SPIN, jako jediná akreditovaná autorita, která organizuje různé výcvikové programy a uděluje certifikáty pro praxi ve VTI (Šilhánová, 2013).

II. METODOLOGICKÁ ČÁST

4 Cíl šetření

4.1 Výzkumný záměr a otázky

Záměrem této bakalářské práce je především přiblížení a popsání problematiky na téma podpory rodičovské role během léčení alkoholové závislosti. Této specifické části problematiky závislosti na alkoholu nebyla doposud věnována tak velká pozornost jako ostatním tématům této problematiky. Dosavadní výzkumy se zaměřovaly především na podporu okolní rodiny závislého člena při realizaci léčby (Kaštylová, 2017), poté na podporu samotného člena po ukončení léčby (Cejnková, 2010) nebo se zaměřovali na již dospělé děti, které pocházely z rodin potýkajících se s problematikou závislosti na alkoholu (Šibůrková, 2021). Bližší výzkum byl prováděn na téma práce s rodinou při léčbě závislosti na alkoholu (Škroch, 2020), kde si autor práce kladl za cíl identifikovat a reflektovat kritická místa a momenty v procesu rodinné terapie. Téma mé práce je proto specificky zaměřené na podporu rodičů-alkoholiků v kontextu podpory jejich rodičovské role během léčení alkoholové závislosti. Hlavní přínosy mé práce vidím zejména ve zmapování stavu podpory stávajících služeb v ČR, které tuto podporu závislým rodičům nabízejí, dále také v možné motivaci jednotlivých institucí k rozvoji a zkvalitnění poskytovaných forem podpory, a především v jejich motivaci ke vzájemné spolupráci. Proto je záměrem mého výzkumu zjistit, jaký je stav podpory rodičovské role během léčení alkoholové závislosti v ČR.

HVO: Jaký je stav podpory rodičovské role během léčení alkoholové závislosti v ČR?

DVO1: Jaká podpora je poskytována rodičům-alkoholikům v sociálních/zdravotnických službách v ČR?

DVO2: Zaměřují se podpůrné služby na rodičovské role, jakých forem tato podpora nabývá?

DVO3: Jak jsou tyto formy podpory dostupné? Pokud nejsou poskytovány přímo organizací, proč ne, funguje zde spolupráce mezi organizacemi (např. odkazování klienta na jiný typ služby/organizace)?

DVO4: Jaký je přístup pracovníků k podpoře rodičovské role během léčení alkoholové závislosti?

DVO5: Jaké vnímají limity či překážky ve využívání/poskytování služeb?

5 Metodika výzkumu

5.1 Kvalitativní výzkum

Pro práci byl vybrán kvalitativní výzkum. Tato metoda výzkumu umožňuje zajít při zkoumání do hloubky a tím díky porozumění pomáhá nalézat a vytvářet teorie pomocí hledání vzorců či struktur v datech. Při kvalitativním výzkumu se postupuje induktivně. Jdeme tedy zespod, ze získaných dat, nahoru k teorii, kde zkoumáme do hloubky významy či určité opakující se vzorce. Výhodou u kvalitativního výzkumu je také vysoká validita, tedy platnost výsledků. Oproti kvantitativnímu výzkumu totiž získáváme opravdové odpovědi na to, na co se chceme ptát. Naopak nevýhodou může být malý vzorek a nemožnost generalizace na širší sociální skupiny či populaci (Mišovič, 2019).

5.2 Metoda sběru dat

Metodou sběru dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor s pracovníky zdravotnických a sociálních služeb. Jediným kritériem na účastníka výzkumu bylo, aby pracoval v rámci léčby či následné péče se závislými rodiči na alkoholu a měl dostatek zkušeností s danou problematikou. Účastníci výzkumu tudíž mohli zastávat různé role v rámci multidisciplinárních týmů (adiktolog, sociální pracovník, psychoterapeut, psycholog, psychiatr). Polostrukturovaný rozhovor je typický tím, že obsahuje již připravené otázky, které důsledně a systematicky směřují k identifikaci výzkumných otázek. Jeho výhodou oproti ostatním typům rozhovoru je, že dovoluje tazateli měnit styl, rychlost a pořadí otázek, na které může účastník dostatečně obsáhle odpovědět jeho vlastním způsobem i s využitím hovorového jazyka (Mišovič, 2019). Všechny rozhovory se nakonec uskutečnily on-line prostřednictvím aplikace Zoom, kde byly po předchozím souhlasu zároveň i nahrávány. Délka rozhovorů se pohybovala mezi 30–60 min., s průměrnou délkou okolo 40 min. Na rozhovor jsem využila připravený scénář, abych se držela jisté struktury v kladení otázek, které jsem v průběhu rozhovoru upravovala dle potřeby. Všichni účastníci byli na začátku seznámeni s výzkumem a jeho cíli a byli obeznámeni, že výsledky výzkumu budou anonymní. Před nahráváním rozhovoru byli dotázáni, zda souhlasí s jeho nahráváním, a poté byla otázka zopakována v samotném záznamu. Každý z rozhovorů začínal dotazem, jaký typ zařízení či služby daný účastník zastupuje a jaká je jeho role/funkce. V průběhu rozhovoru měli všichni účastníci dostatek prostoru, aby se mohli vyjádřit k tématu, případně jim byli kladeny doplňující otázky, aby se předešlo dezinterpretaci.

5.3 Metoda analýzy dat

Pro analýzu přepsaných rozhovorů jsem se rozhodla využít metodu tematické analýzy. Braun & Clarke (2006, s. 79) ji označují za „metodu identifikace, analýzy a odkazování ke vzorům (tématům) v datech.“ Za její benefit označují její flexibilitu. Aby byl proces analýzy co nejvíce transparentní, navrhuji Braun & Clarke (2006) v šesti bodech její postup, přičemž analýza zahrnuje neustálé vracení se k předchozím bodům a následný posun o krok dále.

1. **Seznámení se s daty.** Počátečním krokem je přepis dat do vhodné podoby a následně jejich opakované čtení. Vhodné je aktivní naslouchání nahrávky, alespoň jednou před jejím přepisem. Při opakovaném čtení se doporučují dělat poznámky v již začínajících trendech.
2. **Generování počátečních kódů.** Kódy identifikují významy, které leží pod sémantickým povrchem dat. Výzkumník si má všimnout zajímavých a opakujících se struktur a vzorců, které mohou být podkladem pro následné tvoření témat. Zde vzniká prvotní seznam zajímavých kódů v jednotlivých úryvcích textu. Jedná se o systematické procházení dat celého přepsaného textu.
3. **Generování témat.** Tato fáze zahrnuje přezkoumání a analýzu kódů a jejich třídění do potenciálních témat na základě sdílených podobných vlastností či významů. Zde se doporučuje užití tabulek a myšlenkových map k získání větší přehlednosti v datech.
4. **Přezkoumání potenciálních témat.** Jedná se o rekurzivní kontrolu kvality vytvořených kódů a témat. Výzkumník znovu prochází zjištěné poznatky, vytváří hranice mezi tématy, sleduje, jestli něco neopomenul.
5. **Definice a pojmenování témat.** V této fázi dochází k definování témat na základě toho, o čem dané téma vypovídá. Určují se vztahy mezi tématy a jejich postavení.
6. **Vypracování zprávy.** Závěrem analýzy je sepsání zprávy o finálních zjištěných tématech.

5.4 Výzkumný vzorek

Jelikož je mým cílem zjistit, jaký je stav podpory rodičovské role během léčení alkoholové závislosti, rozhodla jsem se do výzkumu zahrnout jak zdravotnická zařízení poskytující ambulantní či pobytové léčby, tak sociální služby poskytující služby následné péče ve formě doléčování či specializovaných denních center. Ambulantní léčby jsou jakožto zdravotní služby poskytovány v rámci adiktologických ambulancí, které mohou nabízet např. jak státní nemocnice, tak i nestátní neziskové organizace (NNO). Pobytové léčby pak mohou být nabízené obdobným způsobem, buď formou terapeutické komunity v rámci NNO, nebo mohou být součástí psychiatrických nemocnic (PN), či specializovaných léčeben. Co se však týče služeb následné péče, ty se již systémově řadí k sociálním službám, které poskytují v rámci doléčovacích programů či center právě NNO. Rozhodla jsem proto pro heterogenní účelový vzorek, jehož kritériem byly organizace a zařízení (sociální či zdravotní) specializující se na léčbu alkoholové závislosti, případně konkrétní vytipované pracoviště nabízející služby doléčovacích programů a následné péče. Celkem jsem oslovila 22 potenciálních účastníků výzkumu (z toho cca ½ zastupovala zdravotnická zařízení – PN a léčebny, a druhá ½ sociální služby následné péče). Z nich se mi podařilo zapojit celkem 10 účastníků do výzkumu. 3 účastníci reprezentující zdravotní služby a 7 účastníků reprezentující služby sociální. Bohužel jsem počítala s větším vzorkem zdravotních služeb, kterého se mi nepodařilo dosáhnout, a to z důvodu neúspěšného zkontaktování, na které nikdo nereagoval, či odmítnutí z kapacitních a časových důvodů. Vzorek tudíž postrádá reprezentativní vlastnost a nedá se z výsledků této orientační výzkumné sondy usuzovat na celek. Zároveň jsem se snažila o zapojení, pokud možno, co nejvíce krajů, přestože v této bakalářské práci není možné obsáhnout zcela všechny kraje České republiky. Nejvíce účastníků (4) tvoří kraj Praha (mnozí z nich mají však i dosah v rámci Středočeského kraje), následují 2 zástupci z Jihomoravského kraje, 1 z Jihočeského kraje, 1 z Pardubického kraje, 1 z Olomouckého kraje a poslední 1 z Moravskoslezského kraje.

III. EMPIRICKÁ ČÁST

6 Výsledky

6.1 Formy podpory rodičovské role během léčení alkoholové závislosti a možnost zapojení dětí do procesu léčby

Sociální služby:

V sociálních službách následné péče se poskytuje podpora rodičům-alkoholikům především prostřednictvím rodinných terapií, včetně individuálních i skupinových, kde se pracuje s tématy rodičovské role.

„Ú: ...My krom individuálu¹ v tom doléčování máme dvě skupiny. Ta první je doléčovací skupina a ta druhá je taková růstově terapeutická skupina... to je přesně pro ty, co už mají ten návykový problém zpracovaný, není akutní... tam se velmi často objevují ty témata rodičovské role.“ [r.1]

Co se týká metod zaměřených na nácvik rodičovských dovedností v rámci terapií, uplatnění konkrétně metody VTI využívá v praxi, či s tím měli jiné zkušenosti, pouze dva účastníci sociálních služeb.

„T: Pracují vaši kolegové v rodinném centru třeba i s VTI metodou?

Ú: Umí pracovat s VTI, ale nejsou odborníci na závislost, takže je zde nutná ta spolupráce...“ [r.4]

U většiny sociálních služeb bylo zjištěno, že děti závislého rodiče do procesu léčby nezapojují. A to jak do pobytových služeb (chráněného bydlení), tak ambulantních v rámci rodinných terapií. Pouze dva účastníci v rámci služeb následné péče sdělili, že jsou schopni zapojit děti do terapií, pokud by o to byl zájem ze strany klienta.

„T: Rozumím. A zapojujete do procesu té léčby nějakým způsobem i děti těch rodičů-alkoholiků?

Ú: Ne, většinou ne...“ [r.7]

¹ Hovorová zkratka individuální terapie

„Ú: Nejsme schopni přijímat rodiče s dětmi do těch chráněných bytů, ale jsme schopni je zapojit do té rodinné terapie... jsme vždy 2 pracovníci, jeden pro klienta, druhý pro to dítě nebo jiného rodinného příslušníka.“ [r.4]

Ačkoliv některé doléčovací služby nabízí i možnost chráněného bydlení, nejsou tyto služby podpůrné právě pro rodiče, jelikož nedovolují možnost bydlení celé rodiny závislého, zejména tedy dětí, což může být problémem převážně u klientek závislých žen, které častěji zastávají onu rodičovskou roli – matky. Výpad z této role rodiče–pečovatele a přerušení vazby rodič – dítě může mít za následek i včasné ukončení léčby, což může být v závěru kontraproduktivní. Samotné znovuoobnovení vazby a vztahů jak mezi partnery, či rodičem – dítětem je velice náročný proces, proto je důležité pracovat v rámci léčby závislého i s jeho rodinnou sítí a zapojit je tak do procesu léčby.

„Ú: ...Matky mají potřebu udržovat kontakt během té léčby s téma dětma, nebo to často může být i důvod k předčasnému ukončení léčby, že už s tím dítětem chtějí být. Takže za mě je vlastně hodně nadějný, že máme v republice zařízení, kde je možné léčit závislou matku společně s dítětem, zvlášť když se bavíme o malých dětech... Za mě je nejefektivnější to, že jsme schopni nabízet léčbu a zároveň nepřerušovat vazbu rodič a dítě, když to jde v ruku v ruce, myslím si, že to je ta cesta, když to jen trochu jde. Léčba závislosti bez odebírání té vazby na dítě...“ [r.9]

Někteří účastníci však do budoucna plánují rozšíření svých služeb, aby mohli nabídnout chráněné bydlení i pro rodiče s dětmi.

„Ú: Máme v plánu... máme pocit, že v našem kraji to chybí, že to doléčování není nabízeno těm matkám, či rodičům, kteří mají děti v péči. Do budoucna zvažujeme vyčleněnou kapacitu pro rodiče s dítětem, kterého by tady mohli mít s sebou v rámci léčby.“ [r.7]

Pouze dva účastníci ze zastoupení sociálních služeb pak nabízí komplexní služby pro rodiny s dětmi potýkajících se s problematikou závislosti. Tyto zařízení mají v nabídce svých služeb speciální centrum pro rodiny s dětma, kde jsou schopni ve spolupráci se službou zaměřenou na závislosti (většinou doléčovacím centrem, či ambulantní léčbou) pracovat zároveň s podporou rodičovské role u závislých rodičů.

„Ú: ...Pak individuální, skupinová, rodinná/párová terapie, mediace, sociálně aktivizační aktivity pro rodiče s dětmi, máme zde rodinné centrum, kde pracují se vzdělávacími a výchovnými problémy těch dětí a pak pracují s posilováním rodičovských kompetencí...“ [r.4]

Přestože v jedné z těchto komplexních služeb jsou schopni zapojit děti do procesu léčby v rámci terapií, momentálně nemají vyčleněnou kapacitu v chráněném bydlení pro rodiče s dětmi. Nicméně právě tohle plánují do budoucna zahájit, aby mohli poskytnout chráněné bydlení i pro matky s dětmi, a nabídnout jim tak bezpečnější prostředí, které by mohlo vést i k efektivnější práci v rámci doléčování.

„T: Dobře. A jsou případně nějaké služby, které plánujete do budoucna zahájit?“

Ú: Chráněné bydlení zvláště pro ženy s dětmi, abychom mohli vytvořit bezpečnější prostor“ [r.4]

Zdravotnická zařízení:

U léčby závislosti ve zdravotnických zařízeních je nabídka podpory rodičovské role dostupná u dvou ze tří účastníků. Obě zařízení více méně poskytují obdobné zdroje podpory, zejména tedy nabízejí všechny možné formy terapií včetně té rodinné i s metodami či technikami zaměřujícími se na nácvik rodičovských dovedností či podporu rolí. Ačkoliv se nejedná o metodu VTI, tyto techniky jsou obdobného rázu.

„Ú: VTI metodu úplně nevyužíváme, máme v rámci té terapie systematický přístup hlavně... jako takhle... v rámci těch výjezdů děláme nahrávky, které slouží pro nás. Použijí se, když je tam něco zajímavého a když uznáme, že je to v rámci té terapie důležitý moment jim to ukázat, tu výseč nějakého okamžiku. Ale není to úplně v nějakém uceleném nácviku dovedností a abychom ukazovali, jak se chovat k dětem. Takže to používáme jenom takhle omezeně, jako obdobnou metodu, která se nevyužívá pravidelně teda, ale ta možnost taková obdobná tady je... Co se týče technik, pracuje se s metaforami, kameny, různě terapeutickými, sochami, s tělem... tam jsou taky dobře zjevný vztahový věci, můžou si měnit i role, používáme velmi pestrá škála těch terapeutických technik...“ [r.8]

...

„Ú: ...Co se týče metod, tak vyloženě VTI nevyužíváme, ale v reálu děláme nácviky interakcí, rolí, různých situací a těch dovedností, něco obdobného této metodě...“ [r.5]

Za důležitý fakt považuji, že tyto zařízení nabízí možnost spolu-hospitalizace rodiče spolu s dítětem, díky čemuž nedochází k přerušení vazby rodič – dítě.

„T: Rozumím. Vy jste už vlastně zmiňoval, že zapojujete do procesu té léčby nějakým způsobem i děti těch rodičů-alkoholiků?“

Ú: Ano, to je naše specifikum, že zde můžou být ty děti s rodiči hospitalizováni...“ [r.5]

Jedno z těchto zařízení také nabízí rodičům-alkoholikům možnost výjezdu na terapeutické pobyty (pro celé rodiny s dětmi), které vnímají za velice efektivní, zejména z hlediska budování terapeutického vztahu a důvěry, které tak napomáhají k udržení kontaktu a dokončení procesu léčby.

„Ú: Máme i speciální projekt, výjezdové pobyty pro rodiny závislých. Nabízíme asi 3 rodinám výjezd cca 3denní rodinné terapie. Za den jedna ranní komunita, pak rodinná terapie, pak program, procházka, večerní klub hraví, ...“ [r.8]

Další účastník taktéž nabízí specifický zdroj podpory rodičům-alkoholikům, a to ve formě tzv. peer pracovníků, tedy lidí, kteří si léčbou závislosti již úspěšně prošli. Tito peer pracovníci buď sami zastávají rodičovskou roli, či mají dokonce pedagogické vzdělání, a tak mohou být rodičům-alkoholikům opravdovou podporou či samotnou motivací.

„Ú: ... Dále využíváme i peer pracovníků – máme i pedagogicky vzdělaný třeba, takže mohou pomáhat těm matkám s dětma...“ [r.5]

Obdobný typ podpory nabízí také ve třetím zařízení, a to formou skupinových setkání stávajících pacientů s již bývalými vyléčenými. V tomto zařízení však chybí systémová podpora rodičů-alkoholiků, a to jak ve formě nabídky rodinných terapií, tak možnosti spolu-hospitalizace rodičů s dětmi. V rámci individuálních terapií však existuje jistá možnost se domluvit individuálně s terapeutem na možnosti přizvání

rodinného člena do sezení či odkazují klienty na jiný typ služeb. Dle slov účastníka se zde, bohužel, systémová změna v blízké budoucnosti nedá očekávat.

„Ú: Já se obávám, že ochota k inovaci moc není. Ale zároveň to vnímám tak, že leccos individuálně lze domluvit, hodně těch terapeutů se snaží dělat maximum. Občas domlouváme někoho externě, aby třeba pracoval i s tím dítětem, takže formou spolupráce externí se to dá řešit, ale systematicky se s tím nepracuje. Ono je specifické to režimové opatření, takže je to limitující. Takže v naší síti jsou ty děti nepokryté a nemohou být součástí toho pobytu. Když je potřeba a člověk má zájem a spolupracuje, tak jsme schopny ty jejich potřeby delegovat v rámci spolupráce s jinými službami.“
[r.10]

6.2 Spolupráce a multidisciplinarita

Sociální služby:

Spolupráce mezi sociálními službami funguje dobře. Většina zařízení spolupracuje s jinými institucemi, léčebnami a zejména organizacemi, které se zaměřují na podporu rodin a dětí.

„Ú: Ano, nejlepší spolupráce v krajském městě funguje s organizací “X“. Je to reciproční, nevnímáme to jako konkurenci, máme přátelské vztahy. Máme tzv. trojdohody... klienti pak chodí jak na schůzky k nám, tak k nim. Posíláme klienty i do svépomocných skupin a hnutí typu “Y“. Potom léčebna “Z“, i jiné léčebny...“ [r.6]

Také s OSPODy ve většině zařízení dochází k intenzivní spolupráci. Někde dokonce fungují např. i trojstranné dohody nebo tvoří tzv. multidisciplinární týmy, které většina účastníků vyznačuje za efektivní a uvítali by, kdyby se tato multidisciplinarita rozvinula více v rámci poskytování služeb v ČR.

„Ú: Určitě, třeba u klientek typu matky samoživitelky ve svízelných situacích, kdy hrozí odebrání dítěte. OSPODy jsou důležité ve spolupráci, spolupracujeme dost, podáváme zprávy ano... máme „trojstranné dohody“...sociální pracovníci přichází k nám do ambulance spolu s klientem, podepisujeme smlouvy, vzájemně se informujeme.“ [r.3]

...

„Ú: ...Větší propojenost těch institucí, v tomhle je to stále limitující, každý si jede ten svůj projekt na svém písečku. To vnímám jako největší limit. Takže za mě propojení a ta multidisciplinarita kdyby fungovala líp.“ [r.8]

Dle slov jednoho z účastníků, multidisciplinarita úzce souvisí především s kvalitou poskytovaných služeb daného zařízení.

„Ú: ...Multidisciplinirita funguje dobře v okamžiku, kdy dobře funguje ta samotná služba nebo organizace. Kvalitní služba si vlastně nějakým způsobem zajišťuje multidisciplinaritu a spolupráci...“ [r.9]

Zdravotnická zařízení:

Ve zdravotnických zařízeních spolupráce s jinými službami a organizacemi funguje, zejména s těmi zaměřenými na podporu rodin a dětí. Co se týče spolupráce s OSPODy, dva ze tří účastníků spolupracují velmi intenzivně, a to v rámci buď multidisciplinárních týmů, či různých projektů a tzv. nařízených terapií.

„Ú: Hodně úzce spolupracujeme vlastně s “X“, která poskytuje terapie. Až tak úzce, že ty výjezdy rodinné terapie děláme společně, i ty terapie se dělají v terapeutickém páru, kde je vždy jeden terapeut zastupující naši instituci a druhý zastupující “X“... Až tak, že “X“ má projekt spolupráce s OSPODy, tzv. nařízené terapie, kde jsme taky účastni, jako jeden ten náš terapeut...“ [r.8]

Třetí účastník uvedl, že s OSPODy vůbec nespolupracují.

„T: Hm, chápu... Takže nějaká forma spolupráce zde funguje. A spolupracujete i nějakým způsobem s OSPODem?“

Ú: Vybavuju si za tři roky možná jeden, dva případy... jestli budeme uvědomovat OSPOD. Systematicky rozhodně ne.“ [r.10]

6.3 Problémy a potřeby u rodičů-alkoholiků

Většina účastníků, v zastoupení jak sociálních, tak zdravotních služeb, se shodovala na problémech a potřebách, které ve velké míře převládají u rodičů-alkoholiků. Většina závislých lidí se potýká při léčbě či doléčování s pocitem

viny a selhání. Mají potřeby hledat zejména pochopení, důvěru, pocit, aby na to nebyli sami a stojí o budování či znovu-navázání vztahů v rodině, ať už mezi partnery, s dětmi, či jinými rodinnými příslušníky.

„Ú: ...My pracujeme s těmi lidmi na tom, aby neužívali, ale je to v podstatě jenom špička ledovce, vyplatí se jít po těch kontextech, po těch příčinách, proč ta závislost se vyvinula, co je tam za skrytý problém, ten se snažíme jen nějak otevřít a ošetřit s těmi lidmi. Aby našli své zdroje, aby si mohli věřit, že to bude v pořádku, že jsou nějakým způsobem kompetentní k životu, k té výchově těch dětí. Oni si v tom hodně nevěří a hledají pocity viny a selhání, který to komplikují...“ [r.1]

Mimo to potřebují mít jistotu v zázemí co se týká zajištěného bydlení, či finanční stability. Proto mohou být tolik nápomocné a podpůrné pro závislé ony chráněné byty. Většina účastníků se taktéž shodla na tom, že častějšími klienty jsou ženy, tedy závislé matky. Jejich motivace k léčbě bývá často silná, protože je motivují právě děti.

„Ú: ... U žen je to otázka toho znovu návratu zpět do rodičovské role, získání toho dítěte zpět do vlastní péče. Tam s tím hodně pracujeme. Pocity viny a selhání, že nějakou dobu chyběly v životě toho dítěte“ [r.7]

...

„Ú: ...Hlavně motivace u žen je hodně dána i tou rodinou nebo dětma...“ [r.9]

...

„Ú: Je to důležitý ta rodičovská role, u žen je to hodně specifický. Ony často vlastně mají i velkou motivaci k té abstinenci. Velké pocity viny, chtějí urovnat vztahy s dětmi. Témata důvěry mezi matkami – dětma. Muži se moc nechtějí do těchto témat pouštět, myslí si, že o tom děti neví, mají to možná hodně popřený, chtějí spíše řešit partnerství než rodičovství, vnímají to jako důležitější, si myslím.“ [r.8]

Naopak u mužů je, dle slov účastníků, daleko menší zastoupení oné rodičovské role a je daleko těžší tyto klienty přimět ke spolupráci.

„Ú: ... U otců je těžší obecně je přemluvit k nějaké spolupráci.“ [r.3]

...

„Ú: U alkoholu obecně platí, že jsou ti uživatelé starší než uživatelé drog. Takže většinou mladší střední věk, většinou jsou to ti rodiče právě. Je zajímavé, že když jsou to pánové, tak u nás v té kultuře stále platí to, že tu tíhu toho rodičovství nese více žena, takže u pánů tohle není tolik „bolestivé“, protože je tam vždy ještě nějaká ta matka toho dítěte, která se o něj postará. Ale u žen je to častá věc...“ [r.5]

...

„Ú: Specifikum u mužů je, že jsou to většinou muži, kteří mají děti, ale nějakým způsobem se ten vztah rozpadl, a příliš nemají dobré vztahy, takže do té rodičovské role už tolik nechtějí vstupovat, už jsou hodně vyčlenění, spíše občas vstupují do toho života dítěte jako ten tatka, co někde existuje. Občas hrají roli pocity studu, viny. Takže zde se hůř s tou rodičovskou rolí pracuje, ale snažíme se, když o to mají ti klienti nějakým způsobem zájem. Někdy to navazování či udržování vztahů...“ [r.7]

Mezi největší problémy taktéž patří návrat do rodičovské role, kde většina účastníků uvádí potřebu podpory, a to zejména v souvislosti s výchovnými problémy, rodičovskými dovednostmi, či samotné komunikaci mezi rodiči.

„Ú: ...Vytváření bezpečného prostoru v rodině a dlouhodobého fungování těch rodičů jako pracující jednotky, které tvoří jádro té rodině. Jak komunikují ti rodiče, jak kooperují. Schopnost náhledu, hodnoty na sebe. Tohle v rodině chybí, nebo to funguje rok, dva, tři, pak se to rozpadá. Nároky na dospělé, fungovat a pracovat, jsou velké... člověk se musí zastavit, plánovat a cíleně se na to zaměřit. Atmosféra v rodině na to pak doplácí. To jádro rodiny vytváří těm dětem ty přirozené hranice... pochopení, odpuštění...“ [r.3]

Problémy s výpadky rodičovské role vlivem léčby měly za následek v době protiepidemických opatření (covid19) i předčasná ukončení léčby. U těchto rodičů převládala velká potřeba kontaktu s rodinou, zejména s jejich dětmi, která v souladu s protiepidemickými opatřeními proti covidu19 nemohla být uspokojena. Návštěvy v té době byly velmi omezené či zakázané. V důsledku toho zaznamenávala především zdravotnická zařízení (ta, která neumožňovala spolu-hospitalizaci rodičů a dětí) předčasné odchody z léčby.

„Ú: ...V době covidu byly ty potřeby velké, vlivem zákazu návštěv a že nemohli mít ty vycházky o víkendech do rodiny... někteří byli třeba 3 měsíce tady bez toho, aniž by mohli vidět rodinu. Někdo kvůli tomu opustil tu léčebnu, i když je to kontraproduktivní v závěru, když ten rodič se vrátí nedoléčený. Takže určitě velká potřeba toho kontaktu s rodinou a dětmi, která byla hlavně teď v době covidu. Často hrálo roli, kdo se o ně postará, o ty děti, ale vždy se to dalo nějak vyřešit. Někdy jsme to vnímali jako výmluvu proč z léčby odejít.“ [r.10]

Dalším problémem, se kterým se účastníci často setkávají, je, že výpadek závislého z rodičovské role paradoxně rodině vyhovuje.

„Ú: ...Potom se setkáváme s tím, že např. u té matky, která abstínuje, tak se tam mění ta atmosféra v rodině. Ty rodiny se začínají rozpadat... paradoxně tam ta závislost figuruje tak, že té rodině tam vyhovuje. Jsou tam nějaký skrytý proudy, nebo mocenský hry. Tou úzdravou pak dochází k emancipaci té matky například a ta rodina to neunes...“ [r.1]

...

„Ú: ...ono to někdy může té rodině i vyhovovat, že ta matka z té role vypadla, mají „X pokusů“ za sebou a chybí tam ta důvěra...“ [r.5]

...

„Ú: ...Někdy dochází k té manipulaci, že rodině vyhovuje, že vypadnou z té rodičovské role...“ [r.6]

6.4 Přístup odborníků při zapojování rodinné sítě do procesu léčby

Sociální služby:

Přestože většina sociálních služeb pracuje se závislými rodiči až v jejich samotném závěru léčby v rámci procesu onoho doléčování, nedá se říct, že by se ztotožňovali s převládajícím názorem mezi odborníky, že je třeba primárně léčit závislého a terapeutickou práci s rodinnou sítí propojit jako prevenci recidivy, tedy spíše až v závěru léčby (Bartoňová & Matoušek, 2014b). Většina účastníků hájí individuální přístup při práci se zapojením rodinné sítě do léčby závislého, či jsou toho názoru, že by samotné zapojení rodinné sítě mělo probíhat již v průběhu celého procesu léčby.

„Ú: Je to individuální a důležité je vycházet z potřeb toho klienta. Zobecňovat se to dá těžko. V každé rodině je to individuální. Někdo přijde sám, pracujeme individuálně, pak propojujeme v polovině tu práci s rodinou, nebo se zahájí ze začátku práce s rodinou a dva terapeuti si tu rodinu rozdělí, jeden se věnuje individuálně závislému a druhý pracovník individuálně třeba té rodině a pak se to propojí.“ [r.3]

...

„Ú: Spíše to lze zahájit v průběhu té léčby (během těch 3 měsíců – 1 roku), my v tom pak pokračujeme v tom doléčování, což je závěr toho jejich léčebného procesu...takže zastávám ten názor, že se práce s rodinou propojuje ještě, než k nám přijdou.“ [r.4]

Dle slov jednoho z účastníků je závislost natolik komplexní problém, že práce s rodinnou sítí by se neměla nikdy oddělovat. Mnozí účastníci zastávají taktéž názor, že se jedná o nemoc nikoli pouze jedince, jakožto závislého, ale tato nemoc pohlcuje celý rodinný systém, proto je tak potřebná jeho celostní úzdrava.

„Ú: Já si myslím, že každá závislost nebo ať už škodlivé užívání, je propojené s rodinou. Hlavně motivace u žen je hodně dána i tou rodinou nebo dětma. Takže já si nedovedu představit, že se to odděluje. Beru léčbu závislosti jako komplexní věc, kam rodina jako taková určitě patří.“ [r.9]

Zdravotnická zařízení:

Zajímavý a poněkud odlišný názor na zapojení rodinné sítě do procesu léčby závislého přichází z řad zastoupení zdravotnických zařízení, kde se dva ze tří účastníků částečně ztotožňují s názorem mezi odborníky, že je třeba primárně léčit závislého a terapeutickou práci s rodinou sítí propojit jako prevenci recidivy, tedy spíše až v závěru léčby (Bartoňová & Matoušek, 2014b). Dle jejich slov, je důležité alespoň ze začátku ono období, kdy má jedinec prostor sám pro sebe. Ačkoliv považují závislost jedince jako nemoc celého rodinného systému, práci s rodinnou sítí budují buď odděleně, nebo se o její zapojení do procesu léčby závislého snaží až v poslední třetině léčby.

„Ú: ...tak za nás je důležité, aby se do té léčby zapojil celý rodinný systém, který zvyšuje úspěšnost na šanci té léčby. My vnímáme tu nemoc jako nemoc celého rodinného systému, nositel toho symptomu je ten závislý, ale kdyby se vrátil zpátky do té rodiny jen on vyléčený, tak hrozí recidiva... Na začátku je fajn, když má jedinec ten čas pro sebe,

a s rodinou se můžeme setkávat i tak, v rámci té přípravné léčby, takže ze začátku je to trochu oddělený, v poslední třetině se snažíme, aby se ta rodina zapojovala. Důležitý je určitě nějaký období, kdy ten jedinec má prostor sám pro sebe ze začátku. Rodinná témata jsou tam přítomná, ale potřebuje třeba čas sám pro sebe a ten odstup. Je to ale samozřejmě individuální.“ [r.8]

...

„Ú: ...Rodina hraje velkou roli jak v prevenci, tak doléčování, prevenci relapsu atd. Rozumím tomu, že tenhle úzus léčit jednotlivce je potřeba, ale kdyby existovala možnost zapojit tu rodinu více, tak si myslím, že by to bylo více efektivní... Ale i nějaký prostor potřebuje ten závislý jedinec. U závislosti je specifický že je důležité klást důraz na odpovědnost toho jedince, nemůže to odpracovat za něj jen to okolí. Takže rozumím tomu názoru.“ [r.10]

Třetí účastník ze zdravotnického zařízení naopak nesouhlasí s daným výrokem a zastává názoru individuálního přístupu při práci s rodinnou sítí závislého.

„Ú: Neztotožňuji se s tím. Já si i po těch letech práce netroufnu dávat doporučení, jak by se mělo pracovat. Líbí se mi jako jediný možný způsob to individualizovat. Jsou případy, kdy má smysl řešit nejdřív závislost a pak další širší souvislosti. Jsou případy lidí, kdy to bez toho naopak nejde a musí se to řešit souběžně. Takže určitě neplatí, že nejdřív závislost a pak to ostatní, já si to ani nedovedu představit, že by se to takto dělalo.“ [r.5]

6.5 Dostupnost služeb na podporu rodičů-alkoholiků

Ačkoliv někteří z účastníků (zdravotníků i sociálních služeb) nedokázali posoudit dostupnost služeb na podporu rodičů-alkoholiků, většina zastávala názoru, že tato síť služeb je nedostupná či nedostačující v rámci svých kapacit. Dostupnost je limitována jak v periferiích samotných krajů, tak v rámci celé republiky. Lepší síť služeb se nachází spíše ve velkých městech, zejména v těch krajských.

„Ú: Ano, určitě jsou limitovány, podle mě to není pokrytý ani tolik na úrovni těch velkých měst, takže tím méně na těch periferiích.“ [r.4]

...

„Ú: Když se kouknu na ten náš kraj, tak si myslím že je to asi nejvíce v těch větších městech. V těch menších městech se musí dojíždět no, tam nemají tolik zajištěných těch služeb.“ [r.7]

...

„Ú: To doléčování... jsou určitě pokrytý ty velký města. Ostatní města... myslím si, že jsou rozhodně mezery. Víím, že třeba ta jižní část, té jižní Moravy, tak musí dojíždět často za těmito službami až do krajského města...“ [r.10]

Tito účastníci nepoukazují pouze na nevyrovnané zasíťování služeb v rámci ČR a jednotlivých krajů, ale také na chybějící komplexní služby pro rodiny, které se potýkají se závislostí.

„Ú: Myslím, že je nevyváženost v krajích, ve smyslu nabídky rodičům-alkoholikům, nedostatek ambulantních center, které jsou schopny fungovat komplexně s tou závislostí i s rodinnou terapií. Je to nevyrovnaný, některý kraje toho mají víc, někde míň...“ [r.9]

...

„T: Dobře. Zajímalo by mě, jak vnímáte dostupnost těchto služeb... považujete síť sociálních služeb zaměřených na podporu rodičů-alkoholiků v ČR za dostačující?

Ú: Asi spíše ne... nějaká ta komplexní služba pro rodiny se závislostí, nevím, že by se na to někdo zaměřoval...“ [r.10]

Mimo to se většina účastníků shoduje na tom, že chybí multidisciplinarita, tedy propojení odborníků, či klíčoví pracovníci (case manageri), kteří by docházeli do rodin a byli by schopni multidisciplinární tým a práci navázat.

„T: Rozumím. A vnímáte třeba, že ty některé služby na podporu rodičovské role u nás (v ČR) chybí a byly by podle vás vhodné?

Ú: Určitě klíčový pracovník /case manager ke koordinaci služeb školských, zdravotních a sociálních. Musí umět v databázi služeb, aby dokázal navázat multidisciplinární spolupráci, musí pracovat v terénu, aby mohl vyjet za tou matkou např. Musí to být financované nějakým způsobem, tak aby to nebylo závislé jenom na dotacích, jako nějaké ty pilotní projekty...“ [r.5]

S tím souvisí i postrádání jakéhosi systémového fungování a možnosti spolu-hospitalizací členů rodin, zejména dětí u závislých matek.

„Ú: Podle mě by mělo fungovat více systematicky to přijímání a spolu-hospitalizace členů rodiny v rámci léčby v těch pobytových zařízeních...“ [r.6]

Dle slov účastníků chybí také např. vzdělávací kurzy pro rodiče, a především osvěta a prevence.

„Ú: ...Celkově o tom rodičovství se toho i na školách učí málo, takže chybí ta prevence, to by se mohlo rozšířit v tom běžném vzdělávacím programu.“ [r.3]

...

„Ú: ... Já vidím obrovský smysl v prevenci, tahle oblast fatálně selhává. Určitou naději přináší nyní změna v té Radě vlády v protidrogové prevenci. I teď po covidu je to teď čím dál hmatatelnější problém... [r.4]

6.6 Efektivita poskytovaných služeb pro rodiče-alkoholiky

Sociální služby:

V sociálních službách vnímají za efektivní především propojení individuální terapie se skupinovou terapií, pro kterou je klíčová právě skupinová dynamika a sdílení, které mají obrovský potenciál. Zároveň to však může být i limitující u lidí s introvertnější povahou.

„Ú: Určitě kombinace té individuální formy se skupinovou. Co se týče toho individuálu, tam se říká, že léčí ten terapeutický vztah a v té skupinové tam léčí ty vztahy mezi klienty. Rovina té svépomoci, že ti druzí mohou toho klienta podpořit nebo konfrontovat s tou situací a ta motivace je skvělá a zase se to dotahuje v těch individuálech, když se to kombinuje...“ [r.1]

...

„Ú: Terapie určitě je efektivní, ale i ta individuální a skupinová oslovuje jiný klienty. Pro někoho je důležitý mít toho jednoho terapeuta a důvěrný vztah a ti introvertní tolik nevyhledávají ty skupinové, ale ta dynamika a skupinové sdílení je také velice účinné... Limity, asi ta sdílnost introvertů ve skupinových terapiích...“ [r.4]

Vedle skupinových terapií pokládají za efektivní formu podpory i rodinnou terapii. Většina účastníků se taktéž shoduje na tom, že efektivita se nedá jednoznačně posoudit a zobecňovat, jelikož je každá práce s klientem individuální, dle jejich potřeb a s tím souvisí i výsledná efektivita. U každého může být efektivní něco jiného.

„Ú: Je to hodně individualizované, co ti klienti potřebují. U každého je situace jiná, někdo nespolupracuje, někdo ano. U někoho je potřeba více toho doprovázení a spolupráce s OSPODem např., tak to vnímáme jako důležité i efektivní.“ [r.7]

Za nejefektivnější prvek v terapii a v práci s klienty účastníci vidí vytvoření důvěrného terapeutického vztahu.

„Ú: Nejefektivnější je dobré navázání toho terapeutického vztahu s tím klientem/člověkem/rodinou. Vytvoření atmosféry bezpečí, důvěry, z toho pak plyne ochota k těm změnám ke spolupráci. Zároveň profesionální prostředí a dodržení hranic – dodržování docházky a času, aby se dokázali omluvit, když přijdou pozdě nebo nedojdou vůbec. Lidé potřebují přijetí a hranice...“ [r.3]

Někteří účastníci taktéž uvádějí za efektivní zejména spolupráci s OSPODy a podporu klientů v doprovázení na úřady. Zároveň však v této spolupráci spatřují limit z důvodu toho, že musí podávat nějaké zprávy o klientech a působit tak jako “prodloužená ruka” úřadů. Tím se bohužel mezi pracovníky a klienty narušuje onen terapeutický vztah a důvěra.

„Ú: Jednoznačně problémy, který vyplívají z toho, když jsou nám ty maminky posílány tzv. těmi OSPODy, kdy ti uživatelé to vnímají jako nějaký represivní zásah do jejich života a ohrožení rodiny, např. odebrání dětí. Čímž je narušena ta naše důvěra a dochází k etickým střetům zájmu, že musíme psát nějaké zprávy a ti klienti jsou potom konfrontováni s těmi výsledky těch zpráv na těch OSPODech a zase nám přestávají věřit. V této oblasti je to opravdu specifická práce, trvá déle, než se ti lidi navážou, respektive, než my taky přesvědčíme ten OSPOD nebo ty soudy o tom, že ti lidi ty kompetence mají... Co se týče nespolupráce klientů, ano, ti klienti nás často mohou vnímat jako prodloužený ruce těch institucí a úřadů, takže tam se hodně snažíme, aby se ta bariéra ztlumila, a ne vždy se to povede...“ [r.1]

Za efektivní považuje jeden z účastníků zejména jejich komplexní služby, které nabízí v rámci komunitní terapie a denního centra pro rodiny s dětmi, kde jsou schopni přijmout do léčby, jak závislého, tak jeho rodinu s dětmi. Tím tak nedochází k přerušení vazeb rodič – dítě.

„Ú: Za mě je nejefektivnější to, že jsme schopni nabízet léčbu a zároveň nepřerušovat vazbu rodič a dítě, když to jde v ruku v ruce, myslím si, že to je ta cesta, když to jen trochu jde. Léčba závislosti bez odebrání té vazby na dítě...“ [r.9]

Zdravotnická zařízení:

Z řad účastníků ze zdravotnických zařízení taktéž zaznívá, že je efektivita služeb individuální, ale především vyzdvihují za efektivní fungování multidisciplinárních týmů a spolupráce mezi odborníky a službami.

„Ú: Je to hrozně individuální. Obecná věc, co můžu doporučit je určitě dělat ty multidisciplinární týmy, pomoci pacientkám, co potřebují od OSPODu, neziskovek², atd.“ [r.5]

Účastníci také zmiňují efektivitu a úspěšnost léčby v souvislosti se zapojením rodinné sítě. Jeden z účastníků zmiňuje za efektivní také jejich výjezdové rodinné pobyty pro závislé rodiče a jejich děti, kde jsou schopni navázat a vybudovat dobrý a pevný terapeutický vztah, díky němuž pak mají klienti větší šanci, že se udrží v léčebném programu a dokončí léčbu.

„Ú: Tím, že děláme jenom tu rodinnou terapii, tak nemůžu takhle říct. Nám jako přijde důležitý a užitečný v těch výjezdech, že je to dobrý pro navázání vlastně terapeutických vztahů, že se nestane, že by nám ten kontakt vyšuměl jo...“ [r.8]

² Hovorová zkratka neziskových organizací

6.7 Limity a bariéry při poskytování služeb rodičům-alkoholikům

Sociální služby:

Největším limitem v sociálních službách je podle většiny účastníků financování. Podpora ze strany státu je nedostačující. Sociální služby se potýkají s podfinancováním, a ačkoliv řada služeb hledá podporu v dotačních programech, tento typ financování je nespolehlivý a tím pádem nestabilní. Většina sociálních služeb tak každoročně bojuje s udržitelností a samotnou existencí svého fungování a poskytováním svých služeb.

„Ú: Myslím si, že problém je, že velkou část těch služeb poskytují neziskové organizace, kde není zajištěné dlouhodobé stabilní financování, neví, jestli na příští rok dostanou peníze...“ [r.9]

Tyto problémy, plynoucí z nedostatku financí, mají pak za důsledek i další bariéry, jako jsou např. omezené kapacity služeb, a to jak personální, tak prostorové. U většiny služeb totiž převažuje poptávka nad nabídkou.

„Ú: ... Limitem je ta kapacita určitě a velké množství zájemců, než jsme schopní plnohodnotně obsloužit.“ [r.1]

...

„Ú: ...Jenom někdy ta potřeba nebo to množství těch lidí, kteří potřebují pomoc, tak převyšuje tu možnost se jim věnovat aktuálně ... takže ta čekací doba na tu službu je někdy měsíc i déle, než se jim můžeme věnovat.

T: Takže narážíte na bariéru té omezené kapacity, je větší poptávka než nabídka?

Ú: Ano, přesně tak.“ [r.3]

Nedostatek personálu vnímají především u psychoterapeutů, kteří právě v důsledku podfinancování sociálních služeb utíkají do soukromé praxe.

„Ú: Podfinancování... vysokoškoláci s psychoterapeutickým kurzem se do těchto typů služeb nehrnou, je to pro ně málo atraktivní, je to pro ně spíše koníček, tady se děje “hodně muziky za málo peněz“ ... déle jsme hledali vhodného kolegu na naši pozici třeba...“ [r.4]

...

„Ú: Financování je velká překážka... i ta genderová vyváženost, potřebovali bychom zde chlapa, ale který chlap od rodiny půjde pracovat do sociálních služeb, které jsou podfinancované. Hodně psychoterapeutů pak utíká do vlastní soukromé praxe... i prodavačka v obchodním řetězci “X” dostane více peněz (smích)... “ [r.6]

Zdravotnická zařízení:

Vedle toho ve zdravotnických službách vnímají kromě limitu financování a omezené kapacity služeb také jako bariéru, že v ostatních zařízeních není možnost spolu-hospitalizace závislého rodiče a dítěte, či jiného člena rodina.

„Ú: Limity obecně bývají, že ty matky s dětmi se nemůžou umístit do nějakého typu služeb, že ty podmínky tomu brání, nemohou si tam vzít to dítě... “ [r.5]

...

„Ú: Podle mě by mělo fungovat více systematicky to přijímání a spolu-hospitalizace členů rodiny v rámci léčby v těch pobytových zařízeních... “ [r.6]

Účastníci se taktéž shodli na tom, že limitující je chybějící multidisciplinarita, které brání zejména resortismus.

„Ú: ... Pak nedostatek služeb, způsob financování, resortismus – to, že jsou specializované koncepce daného oboru – resortismus brání té multidisciplinaritě. “ [r.5]

7 Diskuse

Přístup pracovníků zdravotnických zařízení a sociálních služeb k podpoře rodičovské role během léčení alkoholové závislosti se poněkud liší, a to zejména v názoru na zapojení rodinné sítě do procesu léčby závislého. Přestože většina sociálních služeb pracuje se závislými rodiči až v jejich samotném závěru léčby v rámci procesu onoho doléčování, nedá se říct, že by se ztotožňovali s převládajícím názorem mezi odborníky, že je třeba primárně léčit závislého a terapeutickou práci s rodinnou sítí propojit jako prevenci recidivy, tedy spíše až v závěru léčby (Bartoňová & Matoušek, 2014b). Pracovníci sociálních služeb zastávají především názor individuálního přístupu, a hovoří o závislosti jako komplexním problému, který postihuje celou rodinu závislého, proto by se práce s rodinnou sítí neměla oddělovat a měla by se jí věnovat dostatečná pozornost. U pracovníků ze zdravotnictví jsme se však setkali s názorem, že alespoň zpočátku léčby závislého je důležité pracovat s rodinou odděleně a poskytnout tak prostor primárně na léčbu závislosti daného člena rodiny. Tento názor však nebyl jednotný, i tady jsme se setkali s individuálním přístupem.

V sociálních i zdravotních službách je rodičům-alkoholikům poskytována podpora především formou rodinných terapií spolu se skupinovými a individuálními, kde se pracuje s tématy rodičovské role. Někde pracují dokonce i s peer pracovníky. Metody či techniky zaměřené na nácvik rodičovských dovedností sice některé služby uplatňují, ale není tomu tak všude. Největším problémem je však nemožnost přijetí či spolu-hospitalizace dětí rodičů-alkoholiků u pobytových služeb, a to jak v rámci sociálních, tak zdravotních služeb. Tento problém se dotýká nejvíce klientek žen, tedy závislých matek, které se potýkají s problémy znovu-navozování vztahů po výpadu rodičovské role, či vlivem samotného strachu z výpadku role předčasně ukončují léčbu, což je v závěru vysoce kontraproduktivní. Pouze pár účastníků poskytuje natolik komplexní služby s možností přijetí dítěte, aby tak nedocházelo k přerušení vazby rodič – dítě, což vede nejen k podpoře rodičovství jako takového, ale má za výsledek i efektivitu samotné úspěšně dokončené léčby. Většina sociálních služeb je však připravena a ochotna na tomto problému do budoucna pracovat.

To, co některé služby nedokážou sami poskytnout, dokážou delegovat na jiné služby. U zdravotnických i sociálních služeb v rámci výzkumného vzorku funguje velmi dobrá spolupráce. Většina zařízení spolupracuje s jinými institucemi, léčebnami a zejména organizacemi, které se zaměřují na podporu rodin a dětí. Spolupráce na trochu nižší úrovni už probíhá s OSPODy. Někde dochází k velmi intenzivní spolupráci formou

trojstranných dohod, či multidisciplinárních týmů, ale je to spíše výjimkou. Velkým tématem ve výzkumu byla proto i multidisciplinarita, které brání mimo jiné resortismus, který je zároveň překážkou integrace zdravotní a sociální péče. Většina pracovníků, jak v rámci zdravotních, tak sociálních služeb, se shoduje na tom, že by bylo velmi efektivní a uvítali by, kdyby se tato multidisciplinarita rozvinula více v rámci poskytování služeb v ČR. Dostupnost služeb je také limitována na periferiích jak samotných krajů, tak celé republiky. Nejlepšimu zasítování služeb se dostává především u krajských měst, i tam je však v rámci krajů nevyváženost. V některých krajích je zasítování nedostačující či nerovnoměrné. Mnozí lidé, tak musí dojíždět za službami zdaleka.

Za limitující je však ve většině sociálních služeb považováno financování. Podpora ze strany státu je nedostačující. Sociální služby se potýkají s podfinancováním, a ačkoliv řada služeb hledá podporu v dotačních programech, tento typ financování je nespolehlivý a tím pádem nestabilní. Většina sociálních služeb tak každoročně bojuje s udržitelností a samotnou existencí svého fungování a poskytováním svých služeb. Tyto problémy, plynoucí z nedostatku financí, mají pak za důsledek i další bariéry, jako jsou např. omezené kapacity služeb, a to jak personální, tak prostorové. U většiny služeb totiž převažuje poptávka nad nabídkou. Nedostatek personálu vnímají především u psychoterapeutů, kteří právě v důsledku podfinancování sociálních služeb utíkají do soukromé praxe. U zdravotních služeb je limitem vedle financování a omezené kapacity (zejména personální) nemožnost spolu-hospitalizace závislého rodiče a dítěte, či jiného člena rodiny, která by měla fungovat systémově. Je zajímavé, že některá zařízení se hájí režimovým opatřením a u jiných to není problémem.

Z výsledků praktické části vyplývá, že stav podpory rodičovské role během léčení alkoholové závislosti v ČR je nedostačující a rozhodně je na čem pracovat a dále tuto podporu rozvíjet, a to zejména prostřednictvím vhodných komplexních služeb, které by se zaměřovaly jak na léčbu závislosti, tak podporu rodiny a rodičovství.

Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala podporou rodičovské role během léčení alkoholové závislosti. Teoretická část byla zaměřena na stručné přiblížení problematiky alkoholové závislosti a jejího vývoje. Následovaly kapitoly se zaměřením na léčbu, a především následnou péči, která je poskytována v rámci sociálních služeb. Protože je na toto téma pohlíženo v kontextu podpory rodičovství, které tak vlivem závislosti čelí ohrožení, je v návazné kapitole „Alkohol a rodina“ vymezena taktéž ohrožená rodina a pojmy rodičovství a rodičovské role. V poslední části teorie se pak předkládá možná podpora prostřednictvím sanace a rodinné terapie, s bližším zaměřením na metodu VTI.

V návaznosti na tyto formy podpory, které by bylo možné uplatnit v praxi, následovala praktická část, jejíž výzkum si kladl za cíl přiblížit a vyjasnit stav podpory, která je nabízena právě rodičům-alkoholikům v ČR. Tento kvalitativní výzkum probíhal skrze polo-strukturované rozhovory s pracovníky zdravotních a sociálních služeb, které poskytují služby léčby a následné péče. Jednotlivé dílčí výzkumné cíle se poté zaměřovali na to, zda se podpora nabízená ve zdravotních a sociálních službách zaměřuje skutečně na rodičovské role, a v jakých formách je tato podpora pro rodiče-alkoholiky dostupná, zda funguje spolupráce a odkazování klienta na jiný typ služeb v případě nedostupnosti této podpory. Dále bylo dílčím výzkumným cílem zjistit, jaký je názor a přístup odborníků k zapojování rodinné sítě do procesu léčby závislého člena a v neposlední řadě také to, jaké shledávají limity a bariéry v poskytování jejich služeb.

Následovala empirická část, kde jsme pomocí metody tematické analýzy došli k výsledkům, tzn. popisu společných témat. Hlavní témata pak byly v závěru praktické části „Diskuze“ vztaženy k již předem stanoveným výzkumným cílům, které se tak zároveň podařilo naplnit.

Mezi hlavní témata patřila především forma podpory a dostupnost služeb nabízených rodičům-alkoholikům, která se z výsledků jeví jako nedostačující a chybí zejména komplexní služby, které by dokázaly pracovat jak s léčbou závislosti, tak s podporou rodičovství a samotné rodiny závislého člena. S tím souvisí i nemožnost spolu-hospitalizace dětí v rámci pobytových služeb a samotné léčby, která je na mnoha místech stále limitující, ačkoliv ve většině sociálních služeb plánují v tomto ohledu do budoucna změnu. Skoro všechna dotázaná zdravotnická zařízení a sociální služby poskytují podporu rodičům-alkoholikům skrze rodinné terapie (či jiné druhy terapií),

zřídka se však využívá nějakých metod či technik (např. VTI) zaměřených na podporu rodičovské role, nácvik rodičovských dovedností apod.

Přístup pracovníků zdravotnických zařízení a sociálních služeb k zapojení rodinné sítě do procesu léčby závislého byl také značně odlišný. Zatímco ve zdravotních službách převládá spíše názor, že je potřeba dát prostor zpočátku jenom závislému a jeho léčbě. V sociálních službách převládal spíše názor, že by se práce s rodinnou sítí neměla oddělovat a je důležitou součástí léčby, jelikož vnímají závislost jako nemoc celého rodinného systému. Na tento fakt, že odborníci zastávají názor, že je třeba primárně léčit závislého a terapeutickou práci s rodinnou sítí propojit jako prevenci recidivy, poukazují taktéž autoři Bartoňová & Matoušek (2014b). Většina účastníků však doplňovala, že se vždy jedná o individuální přístup.

Spolupráce a odkazování klienta na jiný typ služeb dá se říct, ve většině zdravotnických zařízení a sociálních služeb, funguje dobře. Alespoň co do typů organizací a služeb zaměřených na podporu rodin a dětí. Hůře už na tom byla u některých účastníků spolupráce s OSPODy. Tématem ve výzkumu byla proto také multidisciplinarita, které mimo jiné značně brání resortismus. Většina účastníků ze zastoupení jak zdravotních, tak sociálních služeb, se shoduje na tom, že by bylo efektivní a uvítali by, kdyby se tato multidisciplinarita rozvíjela více v rámci poskytování služeb v ČR.

Stejně jako chybějící multidisciplinarita, bylo velkým tématem také limitující financování, se kterým bojují hlavně sociální služby. Ty vlivem podfinancování a převládající poptávce nad nabídkou čelí omezené kapacitě, a to jak prostorové, tak personální. Mnohdy vlivem nestabilního financování bojují i se samotnou existencí svých služeb.

Z výsledků této výzkumné orientační sondy vyplívá, že stav podpory rodičovské role během léčení alkoholové závislosti v ČR je nedostačující a je rozhodně na čem pracovat a dále tuto podporu rozvíjet, a to zejména prostřednictvím vhodných komplexních služeb, které by se zaměřovaly jak na léčbu samotné závislosti, tak podporu rodiny a rodičovství.

Vzhledem k omezení velikosti vzorku, zejména zdravotnických zařízení, a jeho složitosti pokládám za vhodné tuto výzkumnou oblast šetření dále hlouběji prozkoumat v budoucích studiích. Výsledky tohoto výzkumu by bylo však možné aplikovat jako součást širší či odborné diskuse.

Zdroje

Knihy:

Bartoňová, A., & Matoušek, O. (2014b). Rodina se závislým členem. In O. Matoušek, & H. Pazlarová, et al., Podpora rodiny: Manuál pro pomáhající profese (s. 121 - 129). Portál.

Beaufortová, K. (2013). Videotrénink interakcí. In O. Matoušek et al., Metody a řízení sociální práce (Třetí, aktualizované a doplněné vydání, s. 231 - 250). Portál.

Bechyňová, V., & Konvičková, M. (2020). Sanace rodiny (Vydání třetí, aktualizované a doplněné). Portál.

Berg, I. K., & Úlehla, I. (2013). Posílení rodiny: základy krátké terapie zaměřené na řešení. Portál.

Dörner, K., Plog, U., & Lorenc, J. (1999). Bláznit je lidské: učebnice psychiatrie a psychoterapie. Grada Publishing.

Heller, J., & Pecinovská, O. (2011). Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby. Togga.

Kolektiv autorů SANANIM. (2007). Drogy: otázky a odpovědi. Portál.

Kuda, A. (2003). Relaps a prevence relapsu. In K. Kalina et al., Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup (s. 117-124). Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.

Matoušek, O., & Pazlarová, H. (2014a). Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny: v kontextu plánování péče (2., rozš. vyd). Portál.

Matoušek, O. (2014b). Komunikace a vztahy. In O. Matoušek, & H. Pazlarová, et al., Podpora rodiny: Manuál pro pomáhající profese (s. 65 - 69). Portál.

Matoušek, O. (2003). Rodina jako instituce a vztahová síť (3., rozšř. a přeprac. vyd). Sociologické nakladatelství.

Matoušek, O. (2014b). Využitelné přístupy, postupy a techniky. In O. Matoušek, & H. Pazlarová, et al., Podpora rodiny: Manuál pro pomáhající profese (s. 31 - 33). Portál.

Mišovič, J. (2019). Kvalitativním výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor. SLON.

Muñoz, A. C. (2014b). Podpora rodiny s pomocí dobrovolníků. In O. Matoušek & H. Pazlarová, et al., Podpora rodiny: Manuál pro pomáhající profese (s. 43 - 47). Portál.

Navrátilová, J. (2013). Ohrožená rodina. In O. Matoušek et al., Encyklopedie sociální práce (s. 359 - 361). Portál.

Nešpor, K. (2018b). Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby (5., rozšřené vydání). Portál.

Popov, P. (2003). Alkohol. In K. Kalina et al., Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup (s. 151-158). Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.

Šilhánová, K. (2013). Videotrénink interakcí (VTI). In O. Matoušek et al., Encyklopedie sociální práce (s. 306 - 309). Portál.

Vágnerová, M. (2014). Současná psychopatologie pro pomáhající profese. Portál.

Woititz, J. G., & Martínek, J. (2021). Dospělé děti alkoholiků: překročte bludný kruh minulosti. Portál.

Elektronické zdroje:

§ 64 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách - znění od 1. 2. 2022.

<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#p64>

Anima-terapie, z.ú. (2021). Výroční zpráva 2020. Anima-terapie, z.ú.

https://www.anima-terapie.cz/images/a-vyrocní-zpravy/ANIMA_VZ_2020_web.pdf

Barnard, M. (2007). Drug addiction and families. Jessica Kingsley. [https://web-s-](https://web-s-ebscohost-com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/detail/detail?vid=0&sid=9ff8981d-74a1-4a38-adea-b10a5178f3e9%40redis&bdata=JkF1dGhUeXB1PWlwLHN0aWlmbGFuZz1jcyZzaXRlPWVob3N0LWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d)

[ebscohost-com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/detail/detail?vid=0&sid=9ff8981d-74a1-4a38-adea-](https://web-s-ebscohost-com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/detail/detail?vid=0&sid=9ff8981d-74a1-4a38-adea-b10a5178f3e9%40redis&bdata=JkF1dGhUeXB1PWlwLHN0aWlmbGFuZz1jcyZzaXRlPWVob3N0LWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d)

[b10a5178f3e9%40redis&bdata=JkF1dGhUeXB1PWlwLHN0aWlmbGFuZz1jcyZzaXRlPWVob3N0LWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d](https://web-s-ebscohost-com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/detail/detail?vid=0&sid=9ff8981d-74a1-4a38-adea-b10a5178f3e9%40redis&bdata=JkF1dGhUeXB1PWlwLHN0aWlmbGFuZz1jcyZzaXRlPWVob3N0LWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d)

Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. Qual. Res. Psychol. 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Cejnková, M. (2010). Představy lidí po ukončení léčby v psychiatrické léčebně o podpoře jejich zvládnání života bez alkoholu [Diplomová práce, Masarykova univerzita].

https://is.muni.cz/th/289657/fss_m/Cejnkova_Martina_DP.pdf

Fischer, S., & Škoda, J. (2014). Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení (2. rozšířené a aktualizované vydání). Grada.

<https://www.bookport.cz/kniha/socialni-patologie-1116/>

Goodman, A. (2013). Social work with drug, alcohol and substance misusers (Third edition). Sage. [https://sk-sagepub-com.ezproxy.is.cuni.cz/books/social-work-with-drug-](https://sk-sagepub-com.ezproxy.is.cuni.cz/books/social-work-with-drug-alcohol-and-substance-misusers-third-edition)

[alcohol-and-substance-misusers-third-edition](https://sk-sagepub-com.ezproxy.is.cuni.cz/books/social-work-with-drug-alcohol-and-substance-misusers-third-edition)

Hardy, M., Mühlpachr, P., & Dudášová, T. (2011). Sociální patologie rodiny. Institut mezioborových studií. [https://www.pf.ujep.cz/wp-content/uploads/2020/10/26-](https://www.pf.ujep.cz/wp-content/uploads/2020/10/26-Soci%C3%A1ln%C3%AD-patologie-rodiny.pdf)

[Soci%C3%A1ln%C3%AD-patologie-rodiny.pdf](https://www.pf.ujep.cz/wp-content/uploads/2020/10/26-Soci%C3%A1ln%C3%AD-patologie-rodiny.pdf)

Jůzová Kotalová, K., Bechyňová, V., Candia Muñoz, A., Kubičíková, D., Petránková, B., & Smutková, L. (2018). „Posilování rodičovských kompetencí“: Systémový projekt

MPSV, Systémový rozvoj a podpora nástrojů sociálně-právní ochrany dětí.
http://www.pravonadetstvi.cz/files/files/Prezentace-1-Posilovani_rodicovskych_kompetenci.pdf

Kalina, K. (2015). Klinická adiktologie. Grada Publishing.
<https://www.bookport.cz/kniha/klinicka-adiktologie-2141/>

Kaštylová, M. (2017). Podpora rodiny při realizaci léčby závislosti na alkoholu v psychiatrické léčebně [Bakalářská práce, Univerzita Pardubice].
<http://hdl.handle.net/10195/68960>

Kelly, J. F., Stout, R. L., Magill, M., & Tonigan, J. S. (2010). The role of Alcoholics Anonymous in mobilizing adaptive social network changes: A prospective lagged mediational analysis. *Drug And Alcohol Dependence*, 114(2), 119-126.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.09.009>

Matoušek, O., Kodymová, P., Kolářková, J., & (eds.). (2015). Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Portál.
<https://www.bookport.cz/kniha/socialni-prace-v-praxi-3246/>

MKN-10 2022. (platnost od 1.1. 2022). Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (česká verze). ÚZIS ČR. <https://mkn10.uzis.cz/>

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., Cibulka, J., Franková, E., Nechanská, B., Fidesová, H. (2021). Zpráva o alkoholu v České republice 2021. Praha: Úřad vlády České republiky. https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33590/1128/Zprava_o_alkoholu_v_CR_2021_fin.pdf

Nešpor, K. Anonymní alkoholici a podobné organizace prakticky. *Sociální Práce*, 2021(3). <https://www.drnespor.eu/addictcz.html>

Nešpor, K. (2018a). Jak vznikají recidivy návykových nemocí a jak jim předcházet. <https://www.drnespor.eu/addictcz.html>

Nešpor K. Svépomoc pro příbuzné a přátele lidí s návykovou nemocí. *Angisrevue*, 2020a (5), s 30-31. <https://www.drnespor.eu/addictcz.html>

Nešpor K. Svépomoc u problémů působených alkoholem. *Angis revue*, 2020b (1), s. 38-39. <https://www.drnespor.eu/addictcz.html>

Prostor plus, o.p.s. (2021). Výroční zpráva 2020 obecně prospěšné společnosti Prostor +. Prostor plus, o.p.s. https://www.prostor-plus.cz/wp-content/uploads/vyrocní_zpravy/Vyrocní_zprava_Prostor_plus_2020.pdf

STŘEP – České centrum pro sanaci rodiny, z.ú. (2021). Výroční zpráva 2020. STŘEP – České centrum pro sanaci rodiny, z.ú. http://www.strep.cz/cs/uploads/images/V%C3%BDro%C4%8Dn%C3%AD_zpr%C3%A1va_2020.pdf

Šibůrková, V. (2021). Zkoumání vlivu alkoholismu v rodině [Bakalářská práce, Masarykova univerzita]. <https://is.muni.cz/th/hd1oi/>

Škroch, P. (2020). Práce s rodinou při léčbě závislosti na alkoholu [Bakalářská práce, Univerzita Palackého v Olomouci]. <https://theses.cz/id/jae929/>

Příloha 1 – Scénář rozhovoru

Identifikační charakteristiky:

Jaký typ organizace či zařízení zastupujete, případně v jaké konkrétní službě/na jakém oddělení pracujete?

Jakou zastáváte roli, Vy, ve vašem zařízení a co tato pozice obnáší? (Název pozice a náplň práce)

...

Z řad odborníků převládá názor, že je třeba primárně léčit závislého a terapeutickou práci s rodinou sítí propojit jako prevenci recidivy až v závěru léčby, ztotožňujete se s tímto názorem? Jak to děláte vy ve vašem pracovišti?

S jakými problémy ve vztahu k podpoře rodičovské role se nejvíce setkáváte ve Vašem zařízení?

Jaké vnímáte potřeby u rodičů-alkoholiků?

Jaké zdroje podpory pro rodiče-alkoholiky jsou dostupné ve Vašem zařízení? V jakém rozsahu a formě? (ambulantní, terénní v přirozeném prostředí rodiny nebo všechny? Případně, které poskytujete více a které méně a proč?)

Případně jaké služby a formy podpory ve Vašem zařízení plánujete zahájit a v jakém stavu je příprava.

Spolupracujete s jinými organizacemi? S jakými a v čem? Jak přesně tato spolupráce probíhá/vypadá (při řešení konkrétních/individuálních případů rodičů-alkoholiků)?

Spolupracuje Vaše zařízení s OSPODem, jak tato spolupráce probíhá?

Jaké formy podpory jsou dle vašeho názoru a zkušenosti nejefektivnější a proč?

Jaké jsou možnosti a limity uplatnění jednotlivých forem podpory, v čem vidíte jejich efektivitu?

Jak postupujete u nyní zmiňovaných forem podpory? Jak tyto intervence vypadají, jaké stanovujete cíle, jaké máte výsledky?

Zapojujete do nějakých intervencí i děti rodičů-alkoholiků? Do jakých, v jaké míře a proč?

Jaká je dostupnost těchto služeb? Považujete síť sociálních služeb zaměřených na podporu rodičů-alkoholiků v ČR za dostačující a z jakých důvodů? (Vysvětlete, prosím, proč ji považujete nebo nepovažujete za dostačující)

Vnímáte, že jsou tyto služby podpory dostupné na úrovni celého kraje, nebo jsou limitovány pouze na velká města? Které služby a formy podpory v rámci kraje chybí?

Jaké konkrétní formy podpory rodičovské role by byly podle vás vhodné a v ČR chybí? Kdo a jak by je měl podle vás zajišťovat? (Např. poradenství a vzdělávání pro rodiče – kurzy rodičovských dovedností, nebo doprovázení v rodině prostřednictvím vyškolených dobrovolníků)

Vnímáte nějaké limity či překážky v poskytování stávajících služeb a forem podpory? (Např. ve financování, ne/spolupráci s klienty, nedostatku vyškolených profesionálů/odborníků na danou techniku/metodu)

V čem byste vy osobně uvítal/a větší podporu pro Vaši práci s rodiči-alkoholiky, případně pro práci vaší organizace/zařízení? Jakou a proč?

Příloha 2 – Ukázka kódování

Rozhovor	Část r.	Datová položka	Kód
1	A1.	V podstatě, jasně že ten problém je vždycky systémový, nebo závislost jako taková	Závislost jako systémový problém
1	A1.	V naší organizaci pracujeme určitě ze začátku individuálně s těmi klienty, protože t	Individuální přístup při práci s rodinnou sítí
1	A2.1	Spiše nepovažují, myslím si, že to není žádná sláva. Těch závislých klientů je tolik že	Kapacitní nedostupnost služeb
1	A2.1	Je málo podpůrných skupin pro ty rodinné příslušníky, nebo i když jsem se snažil v	Bariéra ze strany poptávky
1	A2.2	K tomuto nemám názor ani ty informace.	Nelze posoudit dostupnost služeb v ČR
1	A3.	Myslím si, že v ČR hodně chybí nebo je podceňovaná ta úloha té svépomoci. To, že	Chybí forma podpory svépomoci
1	A3.	Co se týče toho poradenství, vzdělání a kurzů pro rodiče, těžko říct, my se s tím mo	Možný nezáměr a bariéry u navrhovaných forem podpory
1	B1.1	Jednoznačně problémy, který vyplívají z toho, když jsou nám ty maminky posílány t	Problémy s OSPOD při podpoře rodičovské role
1	B1.2	Je tam ta potřeba toho, aby jim ty úřady už dali pokoj, že se to hodně táhne, někdy	Potřeba ukončení dohledu a pomoc/doprovázení při spolu
1	B1.2	Potom se setkáváme s tím, že např. u té matky, která abstinuje, tak se tam mění ta	Skryté proudy a mocenské hry v rodině – závislost člena jir
1	B1.2	Ty potřeby na to zachování té rodiny, nebo osamostatnění se z hlediska těch psych	Potřeba zachování rodiny x osamostatnění se
1	B1.2	Z těch sociálních, tam se rozchází ti partneři, finanční problémy, takže potřeba stab	Potřeba finanční stabilizace a uplatnění se na trhu práce
1	B2.1	My pracujeme s těmi lidmi na tom, aby neužívali, ale je to v podstatě jenom špička l	Závislost jako špička ledovce - hledání kontextů a příčin
1	B2.1	Aby našli své zdroje, aby si mohli věřit, že to bude v pořádku, že jsou nějakým způs	Podpora v nalezení vlastních zdrojů k údržavě
1	B2.1	Aby našli své zdroje, aby si mohli věřit, že to bude v pořádku, že jsou nějakým způs	Pocity viny a selhání jako bariéra v údržavě
1	B2.1	nebo oni docházejí na ty skupiny, kde to můžou sdílet, na motivační skupiny např. r	Získání náhledu a motivace na skupinové terapii
1	B2.1	U nás je to hodně specifický, že většina těch klientů jsou ženy, takže jim pomáhám	Většina klientů jsou ženy
1	B2.2	Přemýšlíme o vytvoření skupiny pro lidi, kteří mají tzv. duální diagnózu. To znamen	V plánu je vytvoření skupiny pro lidi s duální diagnózou
1	C1.	To vzdělávání a práce s rodiči myslím funguje dobře s organizací X.	Spolupráce s organizacemi podporujícími rodičovské role
1	C1.	Největší spolupráce je s téma pobytovými léčbami – píšeme doporučení na pobyt	Spolupráce s pobytovými léčebnami
1	C1.	Ano, mluvili jsme o těch institucích typu OSPOD, nebo justiční organizace jako např	Spolupráce s OSPOD a justicí (probační a mediační služba, s

Tabulka č.1 Ukázka kódování prvního rozhovoru

Téma: Limity a bariéry při poskytování služeb rodičům-alkoholikům (Sociální služby - Následná péče)		
ČÍSLO R.	KÓD F1.	KÓD F2.
2	F1. Limit kapacity služeb	
3	F1. Bariéra omezené kapacity služeb („čekací doby“ vlivem větší poptávky nad nabídkou)	
3	F1. Limit financování	
6	F1. Limitem financování	F2. Uvítání větší osvěty a vzdělanosti veřejnosti
6	F1. Limitem nedostatek vyškolených profesionálů (psychoterapeutů kteří utíkají do vlastní praxe kvůli podfinancování)	
6	F1. Limitem i osvěta mezi občany	
4	F1. Limitem je poptávka převyšující nabídku služeb	F2. Uvítání podpory ve financování (na programy v rámci podpory rodičovství)
4	F1. Limitem podfinancování služeb	
4	F1. Nedostatek vyškoleného personálu kvůli podfinancování (psychoterapeutů)	
7	F1. Omezená personální kapacita v důsledku podfinancování	F2. Uvítání lepšího financování a zasíťování služeb
7		F2. Uvítání větší spolupráce na úrovni multidisciplinarity

Tabulka č.2 Ukázka tvorby témat