



PROBLÉMY S ALKOHOLEM V RODINĚ

zpráva pro Evropskou Unii



PROBLÉMY S ALKOHOLEM V RODINĚ

zpráva vypracovaná pro Evropskou Unii

Problémy s alkoholem v rodině

Zpráva vypracovaná pro Evropskou unii

Společný projekt EUROCARE a COFACE (Konfederace organizací pro rodinu v Evropské unii). Jsme zavázáni V. rámcovému plánu Evropské komise za finanční podporu projektu.

Členové pracovní skupiny

Členové Eurocare

Dánsko: Svend O. Andersen, AL-Information

Finsko: Ritva Varamäki, Finnish Centre for Health Promotion

Francie: Pierre Fagniot, Délégation Régionale de Prévention de l'Alcoolisme

Německo: Rolf Hüllinghorst, Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren

Irsko: dr. Michael Loftus, Dóthain

Holandsko: Maarten Otto, Stichting Alcohol Preventie

Norsko: Kalle Gjesvik, Avholdsfolket Landsrad

Portugalsko: Prof. Aires Gameiro, Sociedade Anti-Alcoolica Portuguesa

Španělsko: Dr. Miguel Angel Torres, Sociodrogalkohol

Švédsko: Karin Israelsson, Nykterhetsrorelsens Landsrad

Členové COFACE

Rakousko: Dr. Hans Kohler, Krankenhaus Stiftung Maria Ebene

Belgie: Erwin De Bisscop, AZ Sint-Jan Brugge

Dánsko: Else Christensen, Joint Council on Child Issues

Finsko: Keijo Markova, Väestöliito Family Clinic

Francie: Joseph Niol, UNAF, UDAF du Morbihan

Německo: Maria Braun, Dipl. Psych., University of Albert Ludwig

Řecko: Vasiliki Sakki, Family and Child Care Centre

Irsko: Sheila Lyons, Stanhope Alcohol Treatment Centre

Itálie: Dr. Franco Marcomini, AICAT

Lucembursko: Marie Ramirez, Action Familiare et Populaire (until May 1998)

Portugalsko: Dr. Maria João Moreira, Sociedade Anti-Alcoolica Portuguesa

Španělsko: Dr. Xavier Ferrer, Associació Benestar i Salut

Velká Británie: Penny-Evans, Barnardos

Světová zdravotnická organizace

Cees Goos, WHO European Office, Copenhagen

Dr. Peter Anderson, WHO European Office, Copenhagen

Tým projektu

Koordinátor a hlavní řešitel: Andrew McNeill, Institute of Alcohol Studies UK

Manažer: William Lay, ředitel COFACE

Tajemník: Derek Rutherford, tajemník EUROCARE

České vydání připravili:

© PhDr. Ladislav Csémy, prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc., MUDr. Hana Sovinová

Autor českého překladu:

© MUDr. Ivana Suchardová

Národní program zdraví

Projekt podpory zdraví č. 84/2001

ISBN – 80-7071-189-2

Úvod

O obětech abúzu alkoholu existuje mnoho písemných zpráv, které se soustřeďují především na problémového pijáka alkoholu jako jednotlivce. Již méně je možné se dočíst o “opomíjených obětech” – členech rodiny problémového pijáka, jak partnerů (druhů či manželských protějšků), tak dětí. Rodiny těchto pijáků jsou rodinami v nouzi. Jsou, jak bude řečeno dále, “křehkými rodinami”, které potřebují pomoc.

Třebaže jde v rámci Evropské unie o problém miliónů rodin, je obtížné přesně posoudit jeho rozsah. Problémy s alkoholem jsou v jednotlivých kulturních oblastech vnímány dosti různě a ze strany postižených mívají charakter “skrývané hanby”.

Zčásti i vzhledem k tomuto postojí jsou programy a služby vcelku nerozvinuté. I v těch oblastech Unie, kde jsou nabízeny, jsou nerovnoměrné a trpí nedostatkem zdrojů. Vážne nebo zcela chybí spolupráce a koordinace mezi organizacemi specializovanými na problematiku alkoholu a obecnějšími službami pro rodiny, třebaže tato zpráva dokládá, že jsou místa, kde se spolupráci daří rozvíjet. Jejich příklady jsou součástí zprávy.

Sama skutečnost, že za podpory (Evropské) Komise spojily síly COFACE, reprezentující organizace pro rodinu v EU, a EURO CARE, reprezentující služby v oblasti alkoholu, a společně vytvořily tuto zprávu, je dokladem silícího povědomí o nutnosti vážně se zabývat důsledky alkoholu pro rodiny a ulehčit jim v jejich těžkostech a strádání.

Politici i veřejnost jsou oprávněně zneklidněni škodlivým dopadem abúzu nezákonných drog na společnost a rodinu, je však nutné, aby si uvědomili, že opomíjí hrozivost problémů spojených s pitím alkoholu. Důsledky abúzu alkoholu trpí větší počet rodin než v důsledku všech ostatních drog dohromady.

Ke vzniku této zprávy přispěli všichni členové pracovní skupiny, chtěli bychom přesto zvláště ocenit rozsáhlý příspěvek Andrew McNeilla k přípravě návrhů a sepsání závěrečné zprávy. Děkujeme také panu Ceesi Goosovi a Dr. Peteru Andersonovi ze Světové zdravotnické organizace za jejich pomoc se zprávou. Náš dík patří i Pátému rámcovému plánu EU (Directorate General V) za finanční podporu projektu.

William Lay, ředitel COFACE

Derek Rutherford, tajemník EURO CARE

Problémy rodin v důsledku alkoholu

Rodiny, které zažívají problémy s alkoholem, jsou méně stabilní, křehké. Škody v souvislosti s pitím alkoholu se zdaleka neomezují na pijáky samotné – poškození mohou být i všichni kolem. Rodiny problémových pijáků jsou zvláště zranitelné a náchylné k poškození. Dětství prožité v takové rodině může znamenat léta naplněná strádáním – často skrytým navenek a opomíjeným místy a osobami s rozhodovací pravomocí.

NÁSLEDUJÍCÍ SVĚDECTVÍ DĚTÍ, JEJICHŽ PROSTŘEDNICTVÍM MŮŽEME POCÍTIT, JAKÉ TO JE ŽÍT V RODINĚ S PROBLÉMY S ALKOHOLEM:⁽¹⁾

“Otec se opíjí každý den a tluč mě i mámu ... jednou mi zlomil ruku. Když mám modřiny ... zakazuje mi jít do školy. Říká, že jestli někomu něco řekneme, zabije nás ... tolik se bojím ... je to stále horší.”

Dívka

“Otec pije a mlátí mámu. I já jsem minulý týden dostala pořádnou dávku. Nejradši bych umřela. S mámou o tom nemohu mluvit, jen bych jí tím přidělávala další starosti ... Je to všechno moje vina.”

Dívka

“Moje máma mě bije, když se opije...”

Dívka

“Prosím nechtějte po mámě, aby přestala kouřit ... Je lepší, když kouří, než když pije.”

Chlapec s fetálním alkoholovým syndromem

“Někdy je to opravdu zlé. Nemůžu utéct, protože kdyby se něco stalo, nebyl by nikdo, kdo by byl schopen zavolat pomoc.”

Chlapec

“Řekl jsem mu (otci), aby už nepil. Řekl, že přestane, ale nikdy to nesplnil. To bylo to jediné, co jsem udělal. Viděl jsem, že to nemá smysl, že nic z toho, co jsem dělal, nemá cenu ... Měl jsem takový pocit ... myslel jsem si, že přestane, když jsem mu řekl ... Přemýšlel jsem o tom moc dlouho a měl jsem pocit, že když nepřestal hned napoprvé (když jsem mu řekl), nepřestal by ani příště ... bylo mi mizerně, uvědomil jsem si, že s tím budu muset žít až do konce svého života...”

Chlapec

“Brečím ... maminka říká, že s tím přestane, ale nikdy to neudělá.”

Dívka

“Kdyby ostatní rodiče věděli o tom, že můj otec pije, mohli by zakázat svým dětem hrát si se mnou.”

Chlapec

“Máma říká, že táta zase pije. Táta říká, že nepije ... Nemohu se v tom vyznat. Musím se snažit přijít na to, jak je tomu doopravdy.”

Tasha, 7 let⁽²⁾

POSTIŽENÍ JSOU I DOSPĚLÍ:

“Cítila jsem se odpovědná za to všechno. Dávala jsem si vinu za to, jakého jsem si vybrala partnera a jaké následky to má pro mé děti.”

Manželka

“Spíše by opustil rodinu, než by přestal s pitím. Určitě nás nemá rád a mě už kolikrát napadlo, zda vůbec někdy měl nebo zda byl náš společný život jenom lží. Byl ve mně smutek, strach a hněv.”

Manželka

“Cítil jsem se zrazený a nevěděl, jak dál. Viděl jsem, že vzdala všechno, co jsme si plánovali, když jsme se brali – naše děti, prostě úplně všechno.”

Manžel

Problémové pití

“Pořád jsem si namlouval, že jsem dobrý otec, když беру syna na fotbal. Ted' uznávám, že jsem to dělal hlavně proto, abych měl výmluvu pro pár piv ... (Můj syn) mě našel párkrát na podlaze opilého a bez sebe. Nevím, co to pro dítě znamená, když takto spatří svého otce.”

Otec, problémový piják, nyní abstinent

“Volající říkal, že uviděl dvouleté dítě, jak jde dolů po silnici jen v tričku, spodních kalhotkách a ponožkách. Když se ho zeptal, kde bydlí, odvedlo ho k asi 200 metrů vzdálenému

domu. Otevřenými předními dveřmi bylo vidět muže a ženu, spící na pohovce v místnosti plné kouře; ve vzduchu byl cítit také alkohol. Dítě přistoupilo k ženě, zavolalo na ni “mami” a zatráslo s ní. “Táhni k čertu”, řekla mu žena.

Soused

(Telefonní hovor na britskou telefonní linku pomoci, provozovanou Národní společností pro prevenci krutosti vůči dětem. Citováno ve V. Lewis: Drunk in Charge. Community Care. 11.-17. září 1997)

“Mojí nejsilnější vzpomínkou na dětství je strach. Otec byl obrovské postavy a neustále rozezlený... Vysedával dlouho do noci a pil. Bratr, sestra i já jsme měli hrůzu z toho, že budeme biti...”

Tim, 53

Význam rodiny

Problémy s alkoholem v rodinách jsou důležité, protože rodiny jsou důležité. K základním funkcím rodiny patří plnění potřeb jejích členů v oblasti fyzického, psychického, sociálního a ekonomického zabezpečení a prospívání, jakož i poskytnutí uspokojivého prostředí pro podporu, vzdělávání a socializaci dětí. Problémová konzumace alkoholu může mít negativní dopad na všechny tyto funkce.

Při všech diskusích o problémech rodiny musíme mít na zřeteli, že tradiční způsoby rodinného života v Evropské unii procházejí procesem změny a že se začínají objevovat nové formy rodiny.⁽³⁾ Jedním z aspektů této změny je rostoucí “nuklearizace” rodiny: součástí domácnosti přestávají být prarodiče i jiní příslušníci rodiny - zůstávají pouze rodiče a děti. Jiným trendem – v některých evropských zemích zřetelnějším, v jiných méně – je zvýšení procenta osob, které žijí samy, lidí rozvedených a rodin s jediným rodičem (samoživitelem). Všechny tyto změny se promítají do rodinných problémů s alkoholem. Jedním z dopadů je to, že v rámci domácnosti je méně osob, schopných poskytnout podporu v případě vážných problémů. Rozvody a rozpady rodin mohou tedy být jak příčinou tak důsledkem problémů s alkoholem.

Zásadní právo dítěte vyrůstat v bezpečném a zajištěném prostředí v atmosféře štěstí, lásky a porozumění je zakotveno v deklaracích Spojených národů, zejména Konvenci o právech dítěte (viz dodatek 2).

Právo dětí na uspokojivý vývoj v rodině zakládá právo na pomoc v případě problémů s alkoholem u rodičů. Skutečnost, že v případě problémů pramenících z nadměrného konzumu alkoholu bývají postiženy děti, konstatuje Evropská charta o alkoholu, podepsaná všemi státy Evropské unie v Paříži v roce 1995. Čtyři z pěti etických principů Charty se týkají rodiny:

- 1 Všichni lidé mají právo na život v rodině, společnosti a v pracovním prostředí, kde budou chráněni před úrazy, násilím a dalšími negativními důsledky konzumu alkoholu.*
- 2 Všichni lidé mají od časného věku právo na nestranné informace a vzdělávání týkající se následků konzumu alkoholu na zdraví, rodinu a společnost.*
- 3 Všechny děti a dospívající mají právo vyrůstat v prostředí chráněném před negativními důsledky konzumu alkoholu a – nakolik je to možné – před propagací alkoholických nápojů.*
- 4 Všichni lidé, kteří rizikově nebo škodlivě požívají alkoholické nápoje, a členové jejich rodin mají právo na dostupnou léčbu a péči.*

“Nenávidím, když je otec opilý, ale přesto ho miluji. Přála bych si udělat něco, aby to bylo lepší, ale nyní vím, že to nejde. Když se opije, prostě zavolám babičce nebo strýci Jimovi a oni přijdou a postarají se o mě.”

Jessie, 11 let

Je jasné, že příliš častá problémová konzumace alkoholu vede k extrémním pokleskům v roli rodiče a různým formám tělesného či citového zanedbávání nebo zneužívání dětí (a manželského partnera). To je tragickou realitou mnoha lidí, proto rozhodně nestačí pouhá identifikace zneužívání dětí a domácího násilí v rodinách těžkých nebo problémových pijáků. Nadměrné pití a dokonce ani závislost na alkoholu nemusí nutně vést k narušení vztahů v rodině, ani vyústit v násilí nebo jiné formy zneužívání partnera či dítěte.

Kromě toho víme, že v mnoha případech děti, trpící pitím alkoholu rodičů, nepřestávají navzdory všemu své rodiče milovat a zůstávají vůči nim loajální. Stejně tak mnoho problémových pijáků rodičů "...mělo opravdovou starost o své děti. Ostře si uvědomovali (tito rodiče), jak svému dítěti ubližují, třebaže někdy je pití ovládlo natolik, že těžko mohli tyto výčitky svědomí přeměnit v činy."⁽⁴⁾

Proto je důležité, aby konzumenti zneužívající alkohol nebyli ve svých rodinách stigmatizováni. Třebaže partnerky/partneři a děti po právu mohou vyžadovat pomoc, je klíčem k řešení pro rodinu trpící problémy s alkoholem piják sám a pomoc, která mu/jí může být poskytnuta. Hlavním tématem celé této zprávy je zdůraznění potřeby pomáhajících služeb určených všem členům rodiny včetně pijáka.

¹ Quotations supplied by members of the working party from various sources.

² The National Association for Children of Alcoholics, a UK charity addressing the plight of children growing up in families with parents who have alcohol or similar addictions.

³ Franz Rothenbacher: Household and Family Trends in Europe: from Convergence to Divergence. Eurodata Newsletter, Number 1 1995.

⁴ A. Laybourne et al Children, Families and Alcohol. University of Glasgow 1995.

Povaha problémů s alkoholem

Pro účely této zprávy je problémové pijáctví definováno jednoduše jako pijáctví způsobující problémy osobě pijící nebo ostatním. Zpráva se soustřeďuje na škody, které problémový konzum alkoholu působí ostatním členům rodiny, zejména partnerovi (manželský protějšek, druh apod.) a dětem.

Často se setkáváme s tím, že se nerozlišuje mezi problémovým pitím a závislostí na alkoholu neboli "alkoholizmem". Podle našeho názoru je důležité si uvědomit, že i když závislost na alkoholu působí rodinám pijáků vážné problémy, nejsou všechny problémy s alkoholem, postihující rodinu, nutně důsledkem závislosti.

V zásadě existují tři druhy chování ve vztahu k alkoholu, které mohou vyvolávat problémy jak u pijáka, tak i u ostatních: intoxikace alkoholem, pravidelný silný konzum alkoholu a závislost na alkoholu. Se stoupajícím stupněm závažnosti může každý z těchto stavů vést k řadě problémů. Patří k nim řízení vozidla pod vlivem alkoholu, nehody, násilí, finanční problémy, absence v práci, psychické problémy, narušené vztahy, otrava alkoholem a další zdravotní problémy.

Je jasné, že každý druh pití může mít nežádoucí dopad na členy rodiny. Stejně tak je jisté, že relativní význam různých druhů poškození se v různých národech a kulturách liší. V některých populacích jsou v popředí problémy spojené s akutní intoxikací, zatímco jinde převažují problémy související se soustavným silným pitím. Příkladem první skupiny jsou severské země, kdežto ke druhé skupině patří zejména Francie a středomořské státy. Diagnostická kritéria škodlivého užívání alkoholu a závislosti na alkoholu jsou uvedena ve třetím dodatku.

Při výzkumu nežádoucích společenských důsledků pití⁽¹⁾ bylo zjištěno, že ve všech zkoumaných oblastech života rostl podíl pijáků, uvádějících újmu či poškození, rovnoměrně se stoupajícím objemem pití, aniž by existoval jednoznačný práh konzumace, pod nímž by nikdy nebyly hlášeny problémy. Při průměrné úrovni spotřeby 27 – 40,5 g alkoholu denně hlásilo asi 10 % pijáků narušení vztahů v rodinném životě během posledních 12 měsíců. Není známo, zda by podobné výsledky byly získány i v jiné kultuře pití alkoholu, ale důležitým aspektem je to, že tato spotřeba je výrazně pod úrovní, spojovanou se závislostí na alkoholu. V některých šetřeních⁽²⁾ bylo zjištěno, že narušení společenských vztahů – včetně rodinných problémů – vykazuje silnější vazbu k frekvenci intoxikace než k celkové hladině spotřeby. Rovněž rodinné struktury a vztahy mají silný vliv na chování pijáka, a tedy i na pravděpodobnost vzniku alkoholových (i jiných) problémů.

¹ Reported in chapter 3 of G. Edwards et al: Alcohol Policy and the Public Good. Oxford University Press 1994.

² E. Osterberg: Alcohol Related Adverse Social Consequences within the European Union in T. J. Peters (ed) Alcohol Misuse: A European Perspective, Harwood Academic Publishers 1996.

Rozsah problému

Populace Evropské unie čítá 371,5 milionu osob. Z nich je 121,6 milionu dospělých mužů, 127,6 milionu dospělých žen a 66,1 milionu dětí mladších 15 let. Celá tato populace představuje asi 146 milionů domácností.

Představa, že závažné osobní problémy s alkoholem se v této populaci vyskytují jen vzácně, je v rozporu s dostupnými poznatky, a to navzdory jejich neúplnosti.⁽¹⁾ Rozsah problému závisí především na tom, jak je vnímán a definován. Je jisté, že závislost na alkoholu bude mít s vysokou pravděpodobností nežádoucí účinky na členy rodiny i na pijáka samotného, ovšem nemusí být – např. dětmi – vnímána jako významný problém, pokud nedochází k hrubému narušování rodinných vztahů. Naopak již příležitostná intoxikace může působit závažné problémy rodinným příslušníkům, pokud je např. spojena s násilím nebo neschopností plnit rodičovské role.

Rozdíly v rozsahu i závažnosti společenských a zdravotních problémů souvisejících s alkoholem tak znemožňují přesný odhad počtu postižených rodin a rodinných příslušníků. Jak závažné musí být negativní důsledky konzumace alkoholu či jak dlouho musí působit, aby byly členy rodiny považovány za problém?

Informace jsou velmi omezené a nejisté dokonce i tam, kde jsou důsledky konzumace, např. násilí, rozvod či rozpad rodiny a behaviorální problémy u dětí jednoznačně problémem. Nakolik k těmto problémům alkohol přispívá, není totiž běžně posuzováno a zanášeno do oficiálních statistik.

Tyto potíže jsou dány tím, že problémy s alkoholem vnímají rodiny jako zahanbující. Rodinní příslušníci se často zdráhají dobrovolně se přiznat k tomu, že jejich problémy mají souvislost s alkoholem, a zdravotníci či sociální pracovníci, kteří se jim věnují, se často nemusí či ani nechtějí ptát. Nicméně určité informace z některých členských zemí k dispozici jsou.

Riziková populace

Jedním ze způsobů, jak posoudit potenciální rozsah problému, je odhad populace s rizikem alkoholových problémů ve vztahu k výskytu silného pití a závislosti na alkoholu.

Velká většina dospělých Evropanů konzumuje alkohol přinejmenším příležitostně. Procento těch, kteří alkohol nepijí, představuje v Evropské unii asi jednu desetinu mužů a jednu pětinu žen; nejnižší je v Dánsku (2,1 % mužů a 6,1 % žen) a nejvyšší v Irsku (24,5 % mužů a 36,3 %

žen).⁽²⁾ Neznámý, ale pravděpodobně značný podíl nepijících jsou bývalí pijáci, z nichž část zanechala pití v důsledku problémů s alkoholem.

Silné pijáctví a závislost na alkoholu

Významná část dospělých Evropanů pravidelně konzumuje nadměrné (excesivní) množství alkoholu, tj. dávky, o nichž je známo, že velmi zvyšují riziko zdravotních nebo sociálních problémů. Menší, ale stále nezanedbatelný podíl Evropanů projevuje příznaky závislosti na alkoholu.⁽³⁾ V některých zemích jsou abúzus alkoholu a závislost na alkoholu častou příčinou rozpadu rodiny. V jiných zemích, dle všeho tam, kde jsou rozvod či rozchod společensky méně akceptovatelné, setrvává vysoké procento lidí se závažnými problémy s alkoholem v manželství. Např. v Portugalsku je 70 % osob, léčených pro závislost na alkoholu, ženatých či vdaných. Ve Španělsku žije v manželství 66 % těchto pacientů a 80 % z nich má průměrně 2,5 dětí, což je více, než kolik činí průměr v obecné populaci. Počet lidí žijících v prostředí ovlivněném problémovými pijáky alkoholu je tedy mimořádně vysoký.

V Evropské unii chybí přiléhavá terminologie pro problémovou konzumaci alkoholu a pro EU jako celek nejsou k dispozici směrodatné a konzistentní statistiky počtu problémových pijáků či osob závislých na alkoholu. Řada členských států však poskytuje odhady.

V Rakousku je kolem 1 milionu problémových pijáků a asi 400 000 osob závislých na alkoholu. V Belgii se odhady problémových pijáků pohybují kolem 300 000. Dánsko uvádí, že 14 % mužů a 8 % žen překračuje doporučené limity (252 g čistého alkoholu týdně pro muže a 168 g pro ženy). Ve Finsku je na základě skriningu alkoholových problémů 22 % mužů a 5 % žen klasifikováno jako "rizikovní pijáci". Kolem 250 000 Finů je závislých na alkoholu, tedy asi každý desátý konzument.

Ve Francii patří podle všeobecných lékařů 29,5 % mužů a 11,1 % žen k silným pijákům (konzumace více než 28 standardních dávek alkoholických nápojů týdně u mužů a 14 u žen) s rizikem vzniku onemocnění, které je způsobeno nadměrným konzumem alkoholu, nebo již s rozvinutou formou takové nemoci. Odhaduje se, že do této kategorie patří přes 5 milionů dospělých Francouzů. Dospělých se závislostí na alkoholu jsou ve Francii 2 miliony.⁽⁴⁾

V Německu pije alkohol na "nebezpečné" úrovni asi 16 % dospělých ve věku 18 až 59 let, tj. 7,8 milionu osob; celkem je zde přibližně 6,6 milionu problémových pijáků. Lucembursko hlásí asi 9 000 problémových (z celkové populace 413 000 obyvatel). V Portugalsku se odhaduje 1,7 milionu alkoholiků a problémových pijáků, tj. přibližně 21 % dospělé populace. Ve Španělsku patří k problémovým pijákům či závislým na alkoholu asi 3 miliony mužů a 235 000 žen.

V Irsku překračuje 23 % mužů a 5 % žen doporučené "přípustné" hranice pravidelné konzumace a u 8 % mužů a 2 % žen jsou zjištěny známky závislosti na alkoholu.⁽⁵⁾

V Nizozemí překračuje "přípustné" hranice pravidelně až 26 % mladých mužů a mužů ve středním věku a 2 % až 3 % žen.

V Norsku se odhaduje, že se abúzus alkoholu nebo závislost na něm týkají 10 % dospělé populace, tj. asi 300 000 lidí.

Ve Švédsku jsou "silnými pijáky" desetina dospělých mužů a 3 až 6 % dospělých žen. Podle odhadů je zde na 300 000 "osob zneužívajících alkohol", přičemž v případě 50 000 až 100 000 z nich jde o "těžký abúzus".

Ve Velké Británii jeví v současnosti příznaky závislosti na alkoholu 7 % mužů a 2 % žen.

Pokud by se čísla z Velké Británie aplikovala na celou Evropskou unii, představovalo by to přibližně o 8,5 milionů dospělých mužů a 2,5 milionu dospělých žen závislých na alkoholu. Kdyby každý problémový piják v průměru negativně ovlivňoval jen jednoho jiného člena rodiny nebo jinou osobu, pak 22 milionů lidí v Unii jsou buď problémovými pijáky nebo lidmi, na nichž se negativně projevují důsledky nadměrného pití alkoholu jiné osoby.

Toto je samozřejmě velmi hrubá metoda odhadu počtu problémových pijáků a osob negativně ovlivněných, která jednoznačně podhodnocuje rozsah problému. Zaprvé, často se vychází z odhadu počtu osob, které v současnosti projevují známky závislosti na alkoholu: celoživotní prevalence závislosti bude pravděpodobně mnohem vyšší. V dospělé populaci Unie činí celoživotní prevalence abúzu alkoholu a závislosti na alkoholu pravděpodobně spíše 14 %. To znamená, že více než 42 milionů dospělých Evropanů zažije v některém období života abúzus alkoholu nebo závislost na něm. Při stejném předpokladu, že každý problémový piják nežádoucím způsobem ovlivní pouze jednoho dalšího člověka, je zde 84 milionů lidí problémovými pijáky nebo osobami ovlivněnými pitím jiného člověka. Ve skutečnosti ovšem problémoví pijáci pravděpodobně nepříznivě ovlivní život více než jednoho dalšího člověka. Za druhé, úroveň konzumace ve Velké Británii je významně nižší než ve většině ostatních evropských zemích: prevalence alkoholové závislosti v této zemi je tedy pravděpodobně relativně nízká. To má vliv na odhad počtu dětí rodičů s problémovým pitím. Podle britského šetření 4,1 % otců (žijících s partnerkou a dětmi) bylo v posledním roce závislých na alkoholu.⁽⁶⁾

Ve Finsku se odhaduje, že 12 % dětí – jedno z osmi – zažilo ublížení v důsledku nadměrné konzumace alkoholu rodiči.⁽⁷⁾ Pokud se finské odhady vztáhnou na celou Unii, pak přibližně 44,5 milionů lidí vyrůstalo nebo vyrůstá v domácnosti, zatížené problémovým pitím. Toto číslo zahrnuje 7,9 milionu dětí mladších 15 let, které v současnosti žijí v domácnostech s problémovým pitím alkoholu.

Avšak Finsko, stejně jako Velká Británie, je jedním ze států s nejmenším výskytem silného pijáctví v Unii, proto je výsledné číslo pravděpodobně opět podhodnocené. Jedna dánská studie ukazuje, že 7 % 13 – 19letých mělo nejméně jednoho rodiče, který byl přijat do nemocnice s diagnózou, která má vztah k nadměrné spotřebě alkoholu.⁽⁸⁾

Pokud by se toto dánské zjištění aplikovalo na celou populaci Evropské unie ve věku do 15 let, vychází 4,5 milionu dětí žijících v domácnostech ovlivněných alkoholem. Vzhledem k tomu, že problémoví pijáci ve velkém procentu nejsou do nemocnice nikdy přijati a jejich nemoc není dána do souvislosti s alkoholem, je toto třeba opět brát jako spodní hranici odhadu.

Na základě dánských a finských odhadů (7 % a 12 %) lze vypočítat počet dětí (mladších 15 let) problémově pijících rodičů pro každý stát. Autoři se domnívají, že odhad, vycházející z dánského lékařského výzkumu je třeba brát jako nejnižší a údaj, vycházející z finského šetření, založeného více na společenském pohledu, jako horní mez rozsahu problému.

I když vyjdeme z nižšího čísla, je evidentní, že se jedná o velmi závažný problém, kdy přinejmenším 4,5 milionu dětí v Evropské unii žije v rodinách negativně ovlivňovaných alkoholem. Skutečné číslo bude téměř jistě ještě mnohem vyšší, jak napovídá horní limit, podle něhož by těchto dětí mohlo být 7,7 milionů.

Dalšími ukazateli rozsahu problému jsou odhady podílu alkoholu na manželských problémech, např. konfliktech, odloučení a rozvodech a na zneužívání a zanedbávání dětí. (Viz str. 14-15)

Tabulka 1 Odhad počtu dětí vyrůstajících v rodině s rodičem problémově konzumujícím alkohol

Země	Odhad vycházející z dánské studie	Odhad vycházející z finské studie
Belgie	128 100	219 600
Dánsko	66 500	114 000
Německo	917 000	1 572 000
Řecko	124 600	213 600
Španělsko	439 600	753 600
Francie	774 900	1 328 400
Irsko	61 000	104 600
Itálie	602 000	1 032 000
Lucembursko	5000	8 600
Holandsko	195 300	334 800
Norsko	61 000	104 000
Rakousko	101 500	174 000
Portugalsko	125 300	214 800
Finsko	67 900	116 400
Švédsko	117 600	201 600
Velká Británie	780 500	1 338 000
EU celkem	4 500 000	7 700 000

“Když otec bije matku, snažím se jí pomoci nebo se spolu se sestrou schovat v ložnici”
Chlapec

Starší generace

Třebaže se tato zpráva zabývá hlavně dětmi a partnery problémových pijáků, postiženi jsou také další příslušníci rodiny. Ve Velké Británii bylo zjištěno, že dospělí, kteří žijí spolu se svými rodiči, mají zvýšené riziko vzniku závislosti na alkoholu. U dospělých, kteří žijí pouze s jedním rodičem, je riziko dokonce ještě vyšší.⁽⁹⁾ Tito rodiče, většinou již starší lidé, mohou (v důsledku alkoholových problémů dospělého dítěte) zažívat značnou trýzeň i praktické nesnáze a obtíže.

¹ G. Edwards et al: Alcohol Policy and the Public Good. Oxford University Press 1994.

² H. Holder and G. Edwards, Alcohol and Public Policy. Oxford University Press 1994.

³ Unless otherwise stated, information provided by members of the working party. Information was not provided for Greece and Italy.

⁴ Health in France 1994. French High Committee on Public Health 1996.

⁵ Smoking, Alcohol and Drug Use in Cork and Kerry. Southern Health Board. 1997.

⁶ The Prevalence of Psychiatric Morbidity in Private Households. O.P.C.S. survey of psychiatric morbidity in Great Britain, Report number 1, HMSO 1995.

⁷ Viz. strana 57

⁸ M.N. Christoffersen: Opvaekst med arbejdslshed. Socialforsk-ningsinstituttet 1996.

⁹ The prevalence of Psychiatric Morbidity among adults living in private households. OPCS surveys of Psychiatric Morbidity in Gt. Britain. Report No 1. HMSO 1995.

Rodiny jako příčina problémů s alkoholem

Domov a rodina jsou pro dítě primárním zdrojem toho, co bude považovat za normální nebo akceptovatelné pití. Proto příliš nepřekvapí, že děti běžně následují příkladu svých rodičů. Střídmě pijící rodiče mají obvykle umírněně pijící děti, zatímco silní pijáci silně pijící děti. Jistě to neplatí v každém případě. Různé generace prožívají léta, která jsou pro ně formující, v dosti odlišné kultuře a prostředí pití alkoholu. Rovněž některé děti silných pijáků mohou odmítnout příklad rodičů, možná právě vzhledem k problémům, které s alkoholem souvisí, a jako dospělí pijí jen málo nebo nepijí vůbec.

V této práci se více zabýváme problémy působenými dětem v důsledku nadměrného pití rodičů, avšak samozřejmě platí i to, že konzumace alkoholu dětmi může přivodit problémy jim samým i jejich rodičům.

Mezi 15 až 16letými dospívajícími v Evropě udává 6 až 22 % chlapců a děvčat problémy, pramenící z jejich vlastního pití, např. zhoršený prospěch ve škole, nehody nebo úrazy. Plných 17 % děvčat a 20 % chlapců uvádí problémy ve vztazích s rodiči v důsledku vlastního pití alkoholu. Nejvyšší výskyt těchto problémů se objevuje ve Velké Británii a skandinávských zemích, tj. zemích, kde dospívající udávají vysokou frekvenci pití až do opilosti.⁽¹⁾

Rozpad rodiny a kultura mládí

Velká mezinárodní studie⁽²⁾, zabývající se nárůstem kriminality, problémy s alkoholem a drogami a dalšími psychosociálními poruchami u mladých lidí po 2. světové válce, připisovala tento vzestup přinejmenším zčásti rozpadu rodinných struktur a hodnot a vzniku kultury mládí. Psychologické stresy a napětí, pociťované mladými lidmi v důsledku rodinných neshod a rozpadu rodiny, spolu s jejich větší svobodou a nezávislostí, vedly k tendenci mladých izolovat se od vlivu dospělých, zejména vlastních rodičů, a ke zvýšenému vlivu vrstevnických skupin s kulturními hodnotami zdůrazňujícími “sex, drogy a rock and roll”.

Jiní komentátoři poukazují na vliv kultury mladých při propagaci hodnot hedonistické sebestřednosti. To v kontextu konformity ke skupině vrstevníků podporovalo vývoj “osobností řízených druhými” a podkopávalo psychologické a morální dosažení individuální autonomie. Zvláštní okolností je to, že mnoho současných mladých lidí setrvává v kultuře mládí po delší období, což má podle těchto komentátorů devastující důsledky na ně samé i společnost jako celek. Tyto důsledky zahrnují “juvenilní delikvenci a (stále závažnější) kriminalitu, zneužívání drog a alkoholismus, sebevraždy a frenetické zabývání se sexualitou, duševní poruchy a oblibu fanatických kultů.”⁽³⁾

Rodinné struktury

Řada studií zjistila, že děti z “rozvrácených” nebo “nestandardních” rodin (tj. takových, kde dítě nebylo vychovááno oběma vlastními rodiči) jsou nositeli zvýšeného rizika abúzu návykových látek i jiných problémů. Finská studie⁽⁴⁾ prokázala, že děti z nestandardních rodin, zejména při rozvodu rodičů nebo smrti jednoho z nich, s vyšší pravděpodobností konzumovaly alkohol a vykazovaly zvýšené riziko opilosti a experimentování s dalšími intoxikujícími látkami, což zakládá možnost zvýšeného rizika problémů s drogami v pozdějším věku.

Velká americká studie⁽⁵⁾ také potvrdila ochranný účinek intaktní rodiny před užíváním drog dětmi. Dospívající žijící s oběma vlastními rodiči mají významně nižší pravděpodobnost, že budou užívat alkohol, cigarety a nezákonné drogy nebo mít problémy spojené s tímto užíváním. U většiny látek bylo nejvyšší riziko užívání látky adolescentem, závislosti a

potřeby léčby abúzu nezákonné drogy zjištěno: 1) v rodinách s otcem a nevlastní matkou a 2) v rodinách provdaných dospívajících dívek nebo ženatých dospívajících chlapců, žijících se svými partnery. Vysoké riziko se dále týkalo rodin, kde dospívající žil s otcem bez matky nebo s matkou a nepříbuzným člověkem.

Kanadská studie⁽⁶⁾ zjistila, že dospívající, žijící v rodině s jediným rodičem nebo ve smíšených manželstvích (lidí různé barvy pleti), byli nositeli zvýšeného rizika problémů nebo nebezpečného chování, třebaže nejvyšší riziko bylo zjištěno u dospívajících žijících s nevlastními rodiči. V porovnání s dětmi, žijícími s oběma vlastními rodiči, byla u těchto dětí sedmkrát vyšší pravděpodobnost kouření cigaret, pětkrát vyšší pro užívání konopí a osmkrát vyšší pro užívání jiných drog, dále u nich byla čtyřikrát vyšší pravděpodobnost delikventního chování a třikrát vyšší pravděpodobnost excesivního pití alkoholu.

Tato kanadská studie zohlednila kromě struktury také fungování rodin. Ke sledovaným ukazatelům patřily: komunikace mezi rodiči a dětmi, doba trávená rodiči s dětmi a to, zda rodiče byli informováni, kde jejich děti jsou a co dělají. Pokud se vzaly v úvahu tyto faktory, došlo k poklesu zvýšeného rizika abúzu u dětí s jediným rodičem a u dětí ze smíšených manželství.

Podobné výsledky přinesly i studie provedené v jiných zemích. Např. britská studie zjistila, že 15 – 16letí žijící s oběma rodiči měli ve srovnání s vrstevníky z rodin s jediným rodičem významně nižší pravděpodobnost pití alkoholu až do intoxikace, kouření cigaret nebo užívání nezákonných drog. Nicméně rozdíly mezi rodinami s oběma rodiči a jediným rodičem se snížily, pokud byly brány v úvahu faktory jako psychologické symptomy a sociální podpora.⁽⁷⁾

Tyto nálezy mají značný význam. Zaprvé znamenají, že jsou možná opatření – v tomto případě ze strany rodičů – na ochranu dětí před potenciálně nepříznivou situací. Toto je téma, jemuž se budeme dále věnovat ve vztahu k dětem rodičů s problémovým pitím alkoholu.

Za druhé, nález je v souladu se závěry dalších studií pití alkoholu adolescenty a vlivu tohoto chování na rodinné vztahy.⁽⁸⁾ Bylo zjištěno, že pití dospívajících, zejména silná konzumace, souvisí s nízkou podporou a kontrolou ze strany rodičů a rodiny. Podpora obnáší chování, které vyvolává v dospívajících pocity pohody, sounáležitosti a přijetí; kontrola je dimenzí přísnosti jako protikladu shovívavosti při výchově adolescentů. Avšak velmi vysoká hladina kontroly je také spojena s nadměrným pitím u dospívajících, patrně jako výraz vzpoury proti autoritě rodičů nebo dospělých.

Děti z rodin s jediným rodičem mohou mít vyšší riziko abúzu drog a alkoholu, protože vedle psychických dopadů rozvodu nebo odloučení je pro jednoho dospělého obtížnější poskytovat adekvátní podporu a kontrolu než pro dva.

Rozpad rodiny a pití dospělých

Někteří odborníci poukazují na ochranný účinek manželství a rodiny v souvislosti s alkoholickými problémy u dospělých partnerů i dětí. Je jisté, že tam, kde tento protektivní účinek nefunguje, mohou být důsledky v rodinách skutečně velmi vážné, a právě takovými se tato zpráva přednostně zabývá.

Bylo jednoznačně prokázáno (přinejmenším v některých zemích), že většina lidí, kteří vytvářejí pevné vztahy, žijí v manželství a mají děti, konzumuje střídavě. Dospělí, zvláště ženatí muži nebo muži žijící ve stabilním partnerství, pijí méně než lidé svobodní, lidé žijící odloučeně od partnera, rozvedení nebo ovdovělí. U žen je situace složitější. Také není jisté, zda výše uvedené souvislosti platí u mužů po celé Evropě.

Existuje mnoho důvodů, proč mají lidé samostatně žijící a čerstvě odloučení od partnera vyšší pravděpodobnost stát se poměrně silnými pijáky alkoholu. Zřejmý je jejich sklon k větší volnosti, tedy k tomu, nenechat se tolik omezovat závazky a povinnostmi, svobodněji

nakládat se svým příjmem a volným časem, popřípadě hledat společnost v barech a na dalších místech, kde je pití alkoholu jednou z hlavních činností.

Svobodní (samostatně žijící) lidé, kteří založí novou rodinu nebo stabilní vztah, mají tendenci opět snížit spotřebu alkoholu. Jistě, v některých případech je silné či problémové pití příčinou rozvodu nebo odloučení. Výzkumníci ve Velké Británii dospěli k závěru, že vysoký počet odloučení a rozvodů (nejvyšší v Evropě) může být příčinou současného nárůstu úmrtí a nemocí v souvislosti s alkoholem. V době, kdy se hladina spotřeby zdá být obecně stabilizovaná.⁽⁹⁾

Prevalence závislosti na alkoholu má tendenci sledovat prevalenci silného pití ve vztahu k rodině. Nejnižší riziko závislosti na alkoholu bylo ve Velké Británii zjištěno u párů s dětmi. Naproti tomu nejvyšší bylo u svobodných, dospělých osob žijících s jedním rodičem a dále – a to je velmi významné pro tuto zprávu – u rodičů samostatně vychovávajících děti (samoživitelů). Za zmínku stojí, že v britské studii byl ve skupinách lidí neprovdaných a opustivších manželství též vysoký výskyt neurotických poruch obecně, stejně jako u rodičů samostatně vychovávajících děti a lidí svobodných.⁽¹⁰⁾

Bylo prokázáno, že rozvedení všech věkových kategorií a obou pohlaví mají vyšší riziko předčasného úmrtí ve srovnání s vdanými ženami a ženatými muži. To platí pro každou zemi s dostatečně přesnou zdravotnickou statistikou.⁽¹¹⁾ U mužů ve věku mezi 35 a 45 lety je toto riziko dvojnásobné.⁽¹²⁾ Psychiatrické důsledky rozpadu manželství zahrnují afektivní a úzkostné poruchy a zneužívání alkoholu. Rozvedení, zejména muži, mají vyšší úmrtnost na kardiovaskulární a cerebrovaskulární onemocnění, nádorové nemoci, sebevraždu a úrazy.

Silný vztah mezi rozpadem manželství a následným špatným zdravím duševním i tělesným vede k argumentaci, že rozvod jako takový by se měl stát cílem strategií směřujících ke zlepšení veřejného zdraví.⁽¹³⁾ (Vliv rozvodu na děti viz níže.)

Odloučení rodičů v dětství a problémové pití alkoholu v dospělosti

V jedné britské studii byla zjištěna vyšší úroveň konzumace alkoholu, silného pití a problémového pití u lidí, kteří v dětství zažili rozvod rodičů. Zvýšené riziko se u nich projevilo mezi 23. a 33. rokem věku. Uvedený vliv rozvodu rodičů nebo jejich úmrtí nebyl prokázán, pokud k těmto událostem došlo později.⁽¹⁴⁾

Manželství a rozvod v Evropské unii

Potenciální význam těchto nálezů je jasný, protože pokud by tyto trendy pokračovaly, skončilo by téměř jedno ze tří manželství v Evropě rozvodem. Také se snižuje počet manželství.

V Evropské unii se rozvodovost zvýšila z 11 % manželství v roce 1970 na 30 % v roce 1995; uzavírání sňatků pokleslo z osmi na 1000 obyvatel v 70. letech na 5,1 na 1000 obyvatel v roce 1995. Nejvíce rozvodů je v Belgii a Švédsku, kde více než polovina manželství končí rozvodem. Ve Finsku dospěje k rozvodu 49 % manželství, v Anglii a Walesu 45 % a v Dánsku 41 %. V zemích středomoří je rozvodovost nižší a nejnižší je v Itálii, kde končí rozvodem každé 10. manželství.⁽¹⁵⁾

Příčiny vysokého podílu rozpadajících se manželství a nárůstu počtu rodin s jediným rodičem jsou jistě složité a rozporuplné. Byla zjištěna řada faktorů včetně kulturních změn, např. silící feminizmus a úpadek náboženského cítění; společenských faktorů, např. systém sociálních podpor a následná větší finanční nezávislost; technologických faktorů, k nimž patří zdokonalení metod na kontrolu početí.

Dalším faktorem je reforma rozvodového zákona, která je podle všeho příčinou i důsledkem měnícího se přístupu k manželství a zvýšeného počtu rozvodů. Od roku 1970 byl rozvod legalizován v Itálii, Lichtenštejnsku, Španělsku, Portugalsku a Irsku. Téměř všechny evropské

země usnadnily rozvod snížením počtu let předchozího odloučení a zjednodušením postupů. Prakticky všude v Unii je možný rozvod “po vzájemném souhlasu”. Stovky tisíc dětí po celé Unii nyní zažívají rozvod rodičů. Ve Velké Británii podle odhadu zažije 40 % současné generace dětí rozvod nebo odloučení rodičů před 18. rokem věku.⁽¹⁶⁾

¹ European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs & The Pompidou Group at the Council of Europe 1995.

² M. Rutter and D. J. Smith. Psycho-social Disorders in Young People. John Wiley & Sons 1995.

³ B & P Berger: The War Over the Family. Penguin Books 1983.

⁴ M. Isohanni et al: Teenage Alcohol Drinking and Non-Standard Family Background. Social Science & Medicine 1994 Vol 38 Number 11.

⁵ R. A. Johnson et al: The Relationship Between Family Structure and Adolescent Substance Use. US Dept. Of Health & Human Services 1996.

⁶ Addiction Research Foundation. Ontario Drug Use Survey.

⁷ P. Miller: Family Structure, personality, drinking, smoking and illicit drug use: a study of UK teenagers. Drug & Alcohol Dependence 45. 1997. 121-129.

⁸ D. Foxcroft & G. Lowe: Adolescent Drinking Behaviour and Family Socialisation Factors: A Meta-Analysis Journal of Adolescence 1991. 14. 255-273.

⁹ J. Chick: Evidence Suggesting Increasing Health Damage in Scotland Related to Alcohol. Health Bulletin 1997.

¹⁰ Health Psychology: 1996 March 15 (2) 94-101.

¹¹ R.H. Coombs: Marital Status & Personal Well-being: A Literature Review. Family Relations 1991:49:97.

¹² O.P.C.S. Mortality Statistics. HMSO 1989.

¹³ J. Dominian et al. Marital Breakdown & the Health of the Nation. London. One Plus One 1991.

¹⁴ S. Hope et al. The relationship between parental separation in child-hood and problem drinking in adulthood, Addiction Vol 93 Number 4 April 1998.

¹⁵ Eurostat. Viz. příloha 7

¹⁶ A. Giddens. Sociology. Blackwell 1989.

Alkohol jako příčina problémů rodiny

Vždy se vědělo, že problémoví pijáci alkoholu působí problémy nejen sobě samým, ale i svým (manželským) partnerkám/partnerům, dětem, rodičům i dalším rodinným příslušníkům. K úplnějšímu pochopení dopadu problémového pití na rodinu, je třeba jít dál za pouhý výčet specifických problémů a zkoumat, jak problémové pití ovlivňuje strukturu a fungování rodiny jeho systému vztahů.⁽¹⁾ To lze popsat v rámci následujících termínů:

Rodina jako celek

i) Role

Problémové pití může změnit role členů rodiny vůči sobě navzájem i okolnímu světu. Stane-li se z člena rodiny problémový piják, může se zborstit dosavadní rozdělení práce. Problémový

piják často přestává plnit svoji roli živitele rodiny, nepodílí se na péči o děti a nedohlíží na ně, neúčastní se domácích prací ani rekreačních aktivit. Tyto funkce buď nejsou plněny vůbec nebo přecházejí na jiného člena, nejčastěji manželského partnera. Nicméně běžně bylo pozorováno, že dítě, zejména nejstarší dítě, může být nuceno převzít role a povinnosti dospělého, např. při výkonu domácích prací nebo jako náhradní matka či otec. Též může být tlačeno k převzetí určitého druhu emocionální odpovědnosti za rodinu.

ii) Běžné práce

Chování problémového pijáka se pravděpodobně stane nepředvídatelným a rušivým, poškozujícím schopnost rodiny plánovat s předstihem činnosti nebo dodržovat zaběhnutý způsob rodinného života. Nejistým se může stát i to, zda se problémový piják vrátí včas domů nebo zajde do školy vyzvednout děti, nebo v jakém stavu bude např. v přítomnosti kamarádů dítěte. Nejistota a úzkost proto trvale provázejí život rodiny problémového pijáka.

iii) Rituály

Rodinné svátky, např. vánoce nebo narozeniny, jejichž smyslem je oslava v jednotě rodiny, bývají zvláště narušeny, ať nepřítomností problémového pijáka, nebo – což je horší – v důsledku jeho přítomnosti. Tento problém je výstižně vyjádřen jedním z dětí problémově pijících rodičů, s nímž dělala rozhovor Margaret Cork v rámci jedné z prvních studií projektu “Opomíjené děti” (The Forgotten Children): “Otec zkazil každé vánoce, co si pamatuji, protože zdemoloval stromeček.”

iv) Společenský život

Zde je třeba rozlišit dva aspekty: činnosti v rámci rodiny a vztah rodiny k vnějšímu světu. Aktivity rodiny, zejména společná rekreace, jsou s velkou pravděpodobností omezeny, protože piják není ochoten či schopen se jich účastnit, anebo ostatní členové rodiny se vyhýbají společným podnikům ze strachu z jeho chování.

Nepředvídatelné, rušivé a často opilecké chování je členy rodiny obvykle pokládáno za trapné a zahanbující. Je zde tendence držet problém v tajnosti před okolním světem. Prozrazení problému ostatním může být považováno za zradu nebo neložalitu. Bývá proto obtížné až nemožné pozvat ostatní domů nebo, vzhledem k normám pohostinnosti, přijmout pozvání jiných. Rodina se tak dostává do stále větší společenské izolace. Činnosti a aktivity mimo domov mohou být silně omezeny. Tam, kde členové rodiny stále udržují aktivity a vztahy mimo domov, zpravidla dbají na jejich rigidní oddělení od domácího života.

V každém případě nemusí být členové rodiny schopni vysvětlit ostatním skutečné důvody toho, co se děje. Zvláštním projevem této situace jsou okamžiky, kdy členové rodiny, zejména manželský partner, musí lhát, aby pravda nevyšla najevo. Často to bývá manželka, která si musí vymýšlet výmluvy pro partnerovy opakované absence v práci. Může tak neúmyslně chránit partnera před důsledky jeho chování. Mnozí experti poukázali na tento sklon k tajné dohodě a kamufláži, který ve svých důsledcích pomáhá udržovat pití.

v) Finance

Peníze, utrácené za alkohol, chybí jinde. Problém s alkoholem může narušit či zcela likvidovat schopnost pijáka postarat se rodině o živobytí. Piják bývá nezdědkou postižen snížením výdělku nebo nezaměstnaností, což má přirozeně dopad na další členy rodiny a může mít nejrůznější důsledky. Dovolená se stává nedostupným luxusem, problémem je zajistit pro děti účast na školních výletech, rodina přestává platit nájem.

vi) Komunikace

Komunikace v rodině může být narušena jak tím, co je řečeno, tak tím, co zůstává nevyřčeno. V časných stádiích nebývá piják ochoten o problémech hovořit a také partner/ka může odmítat slovní konfrontaci s partnerem nebo diskuzi na toto téma s dětmi. V jedné dánské studii⁽²⁾ uvedly děti, že si vzpomínají na problém rodičů s alkoholem od svých 4 až 5 let věku, obvykle o několik let dříve, než rodiče s nimi i spolu navzájem o tomto problému začali hovořit.

V pozdějším stadiu se alkohol a pití může stát převládajícím prvkem konverzace i toho, co z rodinného života zbylo. Může ovládnout i komunikaci mezi manželi. I když se nehovoří přímo o pití, konverzace často přechází ve spory a vzájemné obviňování, jejichž tématem jsou důsledky pití.

Vzhledem ke způsobu, jímž mohou problémy s alkoholem postihovat dynamiku rodiny, není překvapující, že poznatky vycházející z mezinárodního výzkumu shodně potvrzují nežádoucí ovlivnění jednotlivých členů rodiny.

Alkohol, manželské problémy a domácí násilí⁽³⁾

Ne všechny členské státy mají k dispozici údaje o těchto jevech. Podle irské národní poradenské služby pro manželství (Accord) označilo 11 % klientů abúzus alkoholu za svůj primární problém (1997). Nicméně čísla z Cork Counselling Service (Poradenská služba Margaret Corkové) ukazují na mnohem vyšší, až 25% úroveň (1994 – 1996). Ve Velké Británii se odhaduje, že trvalé problémy s alkoholem zdvojnásobují riziko rozvodu či odloučení a má se zato, že v jedné ze tří žádostí o rozvod je nadměrné pití partnera uvedeno jako přispívající faktor. Nicméně spolehlivost posledně zmíněného údaje je sporná.

Co se týče domácího násilí, ve Francii bylo konstatováno, že alkohol je determinujícím faktorem mnoha společenských problémů, od potíží se zaměstnáním až po kriminální chování (násilná přepadení, znásilnění, zneužívání dětí a manželské násilí)⁽⁴⁾, ale statistické informace patrně schází. V Irsku 17,5 % mužů, účastníků léčebného programu domácího násilí Margaret Corkové, uvedlo, že se léčili pro abúzus alkoholu nebo drog. Nizozemská čísla ukazují, že ve 30 % případů násilí vůči manželkám či partnerkám byl násilník v době činu opilý. V této zemi každoročně dojde k 15 000 napadení manželek a partnerek v opilství. V Portugalsku má 16 % případů násilí vůči ženám souvislost s alkoholem nebo drogami (většina má souvislost s alkoholem).

Britské šetření kriminálních činů z roku 1996 zjistilo ve vztahu k domácímu násilí:

Násilí zahrnující alkohol a/nebo jiné drogy (%):

Pachatelé pod vlivem alkoholu	32 % domácího násilí
Pachatelé pod vlivem drog	13 % domácího násilí
Pachatelé pod vlivem drog nebo alkoholu	38 % domácího násilí

Problémy jednotlivých členů rodiny

a) Nepijící manžel/ka

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

Více než třetina problémových pijáků podstupujících léčbu uvádí manželský konflikt jako jeden z hlavních problémů způsobených pitím. Ve Velké Británii je procento rozvodů dvakrát vyšší v manželstvích komplikovaných problémy s alkoholem ve srovnání s těmi, v nichž alkohol jako problém nefiguruje.⁽⁵⁾ Manželský konflikt může nabýt násilné formy a bylo opakovaně prokázáno, že domácí násilí a alkohol spolu souvisejí. Třebaže problémové pití není ani nutnou ani dostačující příčinou domácího násilí, jsou ti, kdo se ho dopouštějí, ve vysokém procentu problémoví pijáci nebo pod vlivem alkoholu v době, kdy se ho dopouštějí. Rovněž vysoké procento obětí násilí je v době napadení také pod vlivem alkoholu.

Zdá se, že existuje vztah mezi problémovým pitím a zneužíváním dětí, včetně incestu. Spojení mezi zneužíváním dítěte a alkoholu "může mít formu abúzu alkoholu u rodičů nebo alkoholové intoxikace v době incidentu."

Závěrem amerického šetření⁽⁶⁾ je, že alkohol "se soustavně objevuje jako významný prediktor manželského násilí." U žen alkoholiček byla významně vyšší pravděpodobnost negativního verbálního konfliktu s partnerem než u žen, u nichž alkohol není problémem. Alkoholičky také významně častěji zažily různé formy středně závažného až závažného násilí.

Byla prokázána významná souvislost mezi abúzem alkoholu a případy bití. Ještě silněji než samotný abúzus alkoholu je se závažným bitím asociován duální problém s alkoholem a dalšími drogami.

Manžel/ka může být postižen/a nejen poruchou vztahu s partnerem, ale i ve svých vztazích s dětmi. Je pochopitelné, že když problém s pitím ovládne život všech členů rodiny, mívá nepijící partner/ka méně času a emočních i materiálních zdrojů pro děti. Přechází na něj/ni veškerá odpovědnost za disciplínu při výchově dětí a bývá to právě on/ona, kdo musí dětem oznamovat špatné zprávy, např. že si nemohou pozvat přátele domů nebo že tento týden nezbyly peníze na jejich kapesné. Je známo, že, jakkoli je to ironické a bolestné, děti, zejména malé děti, které nechápou hlubší souvislosti, mohou mít v této době stejný nebo ještě větší vztek na nepijícího rodiče než na druhého z partnerů.⁽⁷⁾

Nepijící rodič tak zažívá ostrý konflikt zájmů a loajality mezi partnerem a dětmi a ať se přikloní k tomu či onomu řešení, cítí vinu za to, že někoho zanedbává. Víme také, že partneři, snad hlavně ženy, mají sklon k sebeobviňování za pití partnera a svým způsobem se často považují za příčinu tohoto pití.

"Můj muž mi vždycky říkal, že kdybych byla lepší manželkou, více ho milovala, byla aktivnější v sexuální oblasti a neměla takové nároky, nemusel by tolik pít. Celé roky jsem se snažila být tou lepší manželkou, ale na jeho pití se tím nic nezměnilo."⁽⁸⁾

Poznámka ke spoluzávislosti (kodependenci)

Množství svépomocné literatury, napsané pro manželské protějšky problémových pijáků, se soustřeďuje na koncept "spoluzávislosti". Až donedávna byl tento termín užíván v oblasti drogové závislosti k popisu "umožňujícímu" chování partnerů problémových pijáků. Výraz "umožňující" se vztahuje ke všem způsobům, pomocí nichž partnerky/partneři kompenzují nebo zakrývají destruktivní chování svých pijících druhů, čímž často usnadňují pokračování pití.

Nověji byl termín "spoluzávislost" definován jako "způsob strastiplné závislosti na nutkavém chování a sympatiích ostatních při pokusu najít bezpečí, hodnotu sebe sama a vlastní identitu".⁽⁹⁾ Více entuziastičtí přívrženci popisují spoluzávislost jako primární onemocnění, jímž trpí všichni členové rodiny se závislým, často horší než nemoc sama, s vlastní fyzickou manifestací. Spoluzávislost je jimi považována za léčitelnou diagnostickou entitu.⁽¹⁰⁾ Ačkoli mohou být teoreticky spoluzávislí i muži, literatura téměř výhradně hovoří o ženách.

I když je zřejmé, že mnoha lidem zapojení do hnutí spoluzávislých pomohlo v tom, že dokázali pochopit, že byli zataženi do určitých vzorců chování a stali se součástí destruktivního systému, koncept jako takový vyvolává širší společenské otázky a vyžaduje

kritické přehodnocení. Podle některých v sobě koncept spoluzávislosti přes svoji lákavost může skrývat nebezpečí.⁽¹¹⁾

V práci “Kritická analýza konceptu spoluzávislosti” (A Critical Analysis of the Concept of Co-dependency)⁽¹²⁾ uvádí Andersonová následující kritické připomínky na adresu hnutí spoluzávislých:

- Tendence k označování interpersonálního chování za závislost, čímž se trivializuje skutečné návykové chování spojené s chemickou závislostí.⁽¹³⁾
- Neschopnost hnutí spoluzávislých rozlišovat mezi závažnými patologickými jevy a poměrně drobnými problémy, a uznat četné zdroje a postupy (strategie) zvládnání problémů rodin, zápolících s problémy závislosti.⁽¹⁴⁾
- Patologizace chování silně spjatého s ženskými kvalitami, např. intenzivního pečování o ostatní a upřednostňování potřeb ostatních s cílem chránit vztahy.
- Neschopnost rozpoznat v chování manžela/partnera kulturně podmíněnou odpověď osoby nadměrně funkčně zatížené (pracující) ve vztahu k osobě méně zatížené.

Andersonová cituje Wetzelův⁽¹⁵⁾ souhrn témat, společných většině ženských programů, které měly největší úspěch. Zahrnují vytváření povědomí ohledně rolí obou pohlaví (gender roles); zabývání se právem každé ženy na život bez nadvlády, na ohleduplné zacházení a přiměřené odměňování za práci; restrukturalizaci rodiny v tom smyslu, že péče o domácnost a děti se rozdělí stejným dílem mezi muže a ženu; vzdělávání žen, protože osobní rozvoj a společenská aktivita jsou zásadní pro pozitivní změnu v životě žen; a vzdělávání žen v tom, jak analyzovat a rozvíjet politiku a legislativu; vždy v posloupnosti od jednotlivce ke globální generalizaci, tak, aby byly objasněny souvislosti.

Výsledky

Partner problémového pijáka je vystaven silnému psychologickému napětí a nepřekvapí, že psychické problémy těchto osob zahrnují úzkost, depresi a nízkou sebeúctu. Přibývá dokladů, že partneři problémových pijáků se výrazně často obracejí na zdravotní a sociální služby a bývají jim předepisovány léky typu trankvilizérů, díky nimž se rovněž mohou dostat do potíží. Někteří z nich sami začnou mít potíže s alkoholem, možná i proto, že se pomocí něj snaží řešit stres nebo v důsledku zavádějící strategie společného pití s partnerem v naději, že budou mít určitou kontrolu nad jeho konzumací alkoholu. Je-li nepijící partner zaměstnán, může pracovní výkon či přítomnost v práci trpět v důsledku domácích potíží.

S výjimkou případů, kdy pijící partner zemře, může vztah dopadnout v zásadě třemi různými způsoby: partner pokračuje v problémovém pití a manžel/ka s ním dál žije; partner pije a vztah se rozpadne, partner přestane s problémovým pitím. Dopad není závislý jen na osobnostních faktorech a okolnostech, ale i na kulturních a společenských faktorech. Např. bylo zjištěno, že muži ženatí s problémově pijícími ženami se mnohem pravděpodobněji uchylují k rozvodu než ženy vdané za manžela problémového pijáka. Toto se může změnit, neboť pro ženy je stále snazší najít zaměstnání a žít po rozvodu nezávisle. Obdobně alkoholem narušená manželství mají vyšší pravděpodobnost přetrvat v zemích, kde právní systém ani společenské mravy neusnadňují rozvod.

b) Děti

V několika málo jurisdikcích je souvislost mezi problémovým pitím alkoholu a špatným rodičovstvím zohledněna tak výrazně, že prokázaný problém s alkoholem u rodiče je považován za doklad zanedbávání dítěte. Zákon o rodině státu New York (The New York Family Court Act) říká:

“ ... zjištění, že osoba opakovaně zneužívá drogy nebo alkoholické nápoje...bude jasným (prima facie) dokladem, že dítě nebo ten, za něhož tato osoba právně odpovídá, je

zanedbávaným dítětem s výjimkou ... když se tato osoba dobrovolně a pravidelně účastní uznávaného rehabilitačního programu.”

Problémy s alkoholem mají různou povahu, závažnost a trvalost. Charakter postižení dítěte problémy rodičů bude kromě jiného pravděpodobně záviset na jeho věku v době, kdy problémy začnou. Dítě mladší pěti let je citlivé na zhoršení tělesné péče, zatímco starší dítě může být zranitelnější v oblasti psychické. Tím není řečeno, že u malého dítěte nedojde k psychickým škodám, protože jeho situace mu neumožňuje odpoutat se od rodiče s abúzem tak, jak to může učinit starší dítě prostě tím, že opustí domov.

“Vše se točilo kolem mámina pití. Předstírali jsme, že nic takového neexistuje. Nemohu přestat myslet na to, co se děje doma, když tam nejsem. Občas se mi zdá, že se z toho zblázním.”

Paul, 15 let⁽¹⁶⁾

Jak bylo popsáno, v nejhorších případech se svět dítěte problémově pijícího rodiče stane zmateným, nepředvídatelným a hroživým.

Na možné nepříznivé účinky problémového pití rodičů je třeba pohlížet ve vztahu k Eriksonově konceptu důležitosti důvěry pro vývoj zdravé osobnosti: dítě musí být schopno důvěřovat lásce dospělých, kteří o něj pečují a rovněž musí být schopno věřit tomu, že ho neopustí.⁽¹⁷⁾

Dítě může zažít různé formy zanedbání a cítit se opuštěno oběma rodiči; může mít strach, že pijící rodič zemře, nebo že nepijící rodič opustí rodinu; může se u něj projevit snížená schopnost vytvářet a udržovat přátelství; může se stát obětí verbální nebo fyzické agrese, svědkem konfliktů, možná násilných konfliktů mezi jeho rodiči a může zažít rozpad rodiny.

“Dítěti se může zdát, že každý v jeho světě je pln zloby, hořkosti a bolesti, že není nikdo, u koho by našlo teplo, lásku a podporu.”⁽¹⁸⁾

Dítě může být nuceno k převzetí rolí a povinností dospělých a částečně tak připraveno o dětství. Zvláštním jevem je to, že dítě, podobně jako partner, může dojít k názoru, že je vinné problémy své rodiny.

“Matka nám vždy nepřiliš přívětivě připomínala, že jsme příčinou rodinných hádek. Kdybychom se tolik neprali nebo měli lepší známky, nemusela by se cítit pořád tak mizerně. Vyrůstal jsem s jednou jistotou: Způsobil jsem dnes nějaký problém, ačkoli vůbec nevím jak, proč a jaký.”⁽¹⁹⁾

Výsledky

Děti problémově pijících rodičů byly předmětem mnoha studií v řadě zemí. Tyto studie soustavně ukazují na zvýšené riziko celé řady problémů během dětství.⁽²⁰⁾ Lze je seskupit do tří hlavních okruhů:

i. Antisociální chování: děti problémově pijících rodičů mají zvýšené riziko agresivního chování, delikvence, hyperaktivity a dalších forem porušeného chování.

ii. Emoční problémy: tyto zahrnují široké spektrum psychosomatických problémů od astmatu k nočnímu pomočování; negativní přístupy k rodičům i sobě samým, s vysokou úrovní sebeobviňování, stažení a deprese.

iii. Škola: problémy zahrnují obtíže s učením, retardaci schopnosti číst, ztrátu soustředění, špatný prospěch a problémy s chováním, např. agrese a záškoláctví.

Výzkum, provedený ve Španělsku,⁽²¹⁾ potvrdil, že děti alkoholiků jsou v řadě oblastí statisticky významně více postiženi než jiné děti. Tyto oblasti zahrnují:

- vyšší výskyt anorexie a jiných poruch příjmu potravy,
- horší tělesný vývoj,
- horší jazykové a komunikační dovednosti,
- častější výskyt nespavosti a nočního neklidu,

- vyšší výskyt depresivních příznaků,
- častější výskyt poruch chování,
- častější výskyt fobií a poruch vázaných na úzkost,
- horší úroveň výkonu podle Weschlerovy škály inteligence.

Jeden britský sociální pracovník, obsluhující dětskou telefonní linku důvěry,⁽²²⁾ shrnul, co děti problémových pijáků říkají o svých zážitcích:

- že musí převzít odpovědnost za své rodiče,
- že se cítí trapně a stydí se za rodiče, protože si nemohou domů přivést kamarády,
- že mají problémy ve škole,
- že jsou šikanovány,
- že stále na něco musí myslet a nemohou se soustředit,
- že se obávají, co najdou při návratu domů,
- že jsou svědky hádek a šarvátek,
- že cítí vinu a odpovědnost za chování rodičů,
- že cítí beznaděj, bezmocnost, podrážděnost, nervozitu, depresi, zklamání, nespokojenost, zmatenost, samotu, úzkost, hněv a zlost.

Někdy se uvádí, že děti v rodině s problémovým pitím mohou být postiženy různě a přecházejí na ně různé role podle jejich věku. Podle jedné teorie je prvorozené dítě “hrdinou” rodiny (přebírá role a povinnosti dospělých), druhé je obětním beránkem nebo rebelem (problémy se vztahy, delikvence), třetí je neviditelným “ztraceným” dítětem (nárokuje málo od ostatních členů rodiny, vždy hraje druhé housle) a čtvrté je vtipálek (nezralý a náročný).⁽²³⁾ Není jasné, jak solidní jsou základy této typologie.

Zneužívání a zanedbávání

Konzumace alkoholu rodiči může mít nepříznivé účinky na děti ještě před jejich narozením.

Fetální problémy v souvislosti s alkoholem:

Fetální alkoholový syndrom je definován:

- retardací růstu plodu
- postižením centrálního nervového systému (neurologické abnormality, vývojové opoždění, porucha intelektu, obvod hlavy pod hodnotou 3. centilu, malformace mozku)
- charakteristickou deformací obličeje.

Byly popsány i další, méně významné abnormality, postihující všechny tělní systémy, považované za manifestaci účinků alkoholu na plod.

Fetální alkoholový syndrom je relativně vzácný s uváděnou incidencí 1,7 na 1000 živě narozených dětí ve Švédsku a 3,3 na 1000 ve Francii⁽²⁴⁾. Bylo publikováno, že v Německu se každoročně narodí 2000 dětí s fetálním alkoholovým syndromem.⁽²⁵⁾

Tento syndrom nepostihuje všechny děti narozené ženám silně pijícím alkohol a vyskytuje se jen asi u jedné třetiny dětí, jejichž matky pijí více než 2 gramy na kilogram své tělesné hmotnosti (to odpovídá asi 18 jednotkám alkoholických nápojů denně). Rozdílná citlivost plodů ve vztahu k syndromu je patrně multifaktoriálně založena a odráží interakci konzumace alkoholu s genetickými faktory, sociální deprivací, nutričními nedostatky, abúzem tabáku a jiných drog.⁽²⁴⁾

Výskyt fetálních účinků alkoholu může být mnohem vyšší než je incidence fetálního alkoholového syndromu. Podle některých studií mají děti narozené matkám, pijícím v průměru již pouhý jeden nebo dva drinky denně nebo příležitostně pijícím pět a více drinků najednou, zvýšené riziko neschopnosti učit se a dalších kognitivních a behaviorálních problémů. Je však obtížné určit frekvenci vrozeného defektu, který je v době narození těžko k poznání a může být zaměněn za jiné zdravotní problémy.⁽²⁴⁾

Další zneužívání dítěte⁽²⁶⁾

Ne ze všech členských států jsou k dispozici informace o vztahu mezi problémy s alkoholem a zneužíváním dětí, ale u těch, které jsou schopni tato čísla dodat, se zdá, že běžně asi polovina případů zahrnuje alkohol. V **Nizozemí** byla závislost na alkoholu přispívajícím faktorem v 17 % případů zneužívání dítěte; k silným pijákům patří rodiče 30 až 50 % dětí registrovaných Výbory na ochranu dětí (Board of Child Protection). V **Norsku** se soudí, že alkohol je zapleten do 60 až 70 % případů zneužívání a zanedbávání dětí. V Lisabonu a Portu v **Portugalsku** se alkohol spolupodílel na 49 % případů fyzického a emočního zneužívání dětí a v **Itálii** se tento podíl odhaduje na 50 %. Z dětí přijatých do péče v **Irsku** – ze všech případů zneužívání dětí – mělo 12,9 % dětí rodiče, u nichž byla konstatována závislost na alkoholu nebo jiných drogách. Studie, provedená v roce 1992 ve **Španělsku** ukázala, že 30 % případů zneužívání a zanedbávání dětí splňuje kritéria abúzu alkoholu u rodičů či jejich závislosti na alkoholu.

Podrobnější čísla jsou k dispozici z **Velké Británie**. Mezi lety 1995 a 1997 byly jako zneužívané či zanedbávané nebo pro značné riziko zneužívání či zanedbávání zapsány do registru ochrany dětí následující počty dětí ve věku do 18 let (Anglie/Wales a Severní Irsko) a do 16 let (Skotsko):

Tabulka 2 Velká Británie: Děti zapsané do registru ochrany dětí

Rok	Země	Počet registrovaných	Počet registrovaných na tisíc obyvatel nad 18 let
1996	Skotsko	2 479	2,1
1997	Anglie	32 369	2,9
1995	Wales	1 668	2,5
1996	Sev. Irsko	1 551	3,0

Při šetření záznamů péče o děti, vedených sociálními pracovníky, bylo zjištěno 28 % případů, v nichž byl alkohol považován za přispívající faktor. U případů ochrany dětí se procento doporučení zahrnujících alkohol pohybuje mezi 30 a 60 % případů.

Tabulka 3 Velká Británie: podíl alkoholu na všech případech zneužívání dětí v procentech

	Manchester	Kingston Upon Thames	Dundee	Powys (Wales)
<i>vliv alkoholu na všech případech zneužívání dětí</i>	30 %	30 %	37 %	60 %

Rada hrabství Devon zjistila při analýze potřeb a služeb, prováděné v roce 1996, že 15 % dětí a mladých dospělých, o něž bylo pečováno po útěku z domova, mělo buď vlastní problémy s alkoholem nebo šlo o děti rodičů s problémovým pitím. Pokud by výše uvedená data byla vztažena na celou zemi, pak by celkem 30 % všech registrovaných zneužívaných a zanedbávaných dětí (počtem 11 500) trpělo, alespoň zčásti, v důsledku zneužívání alkoholu. Vzhledem k tomu, že ve skutečnosti je předem registrováno v průměru pouze 64 % dětí,

doporučených jako případ vyžadující ochranu, jsou počty závažně zneužívaných a zanedbávaných dětí značně vyšší.

Další potvrzení problémů, které zažívají děti v rodinách s abúzem alkoholu, podaly dvě hlavní britské charitativní organizace pečující o děti. Národní společnost pro prevenci krutosti páchané na dětech (The National Society for the Prevention of Cruelty to Children), největší charitativní organizace pracující výlučně se zneužívanými a zanedbávanými dětmi, analyzovala 2 234 volání na linku pomoci během čtyřměsíčního období do 31. 12. 1997. Ukázalo se, že abúzus alkoholu figuroval ve 23 % případů zavolání kvůli zneužívání nebo zanedbávání dětí.

Zpráva, publikovaná v listopadu 1997 Linkou dítěte (ChildLine), bezplatnou národní linkou pomoci dětem, uvádí za období jednoho roku (od 1.4. 1995 do 31.3. 1996) celkem 3 255 hovorů dětí, uvádějících abúzus alkoholu u svých rodičů. Toto šetření ukazuje, že abúzus alkoholu vystupuje téměř u všech problémů, s nimiž se děti svěřovaly, včetně útěků, domácího násilí, tělesného zneužívání a špatných rodinných vztahů.

Tabulka 4 Abúzus alkoholu u rodičů a problémy dětí

Hlavní problém	
domácí násilí	21 %
tělesné zneužití	15 %
rodinné vztahy	7 %
útěky z domova	7 %
bezdomovectví	7 %
rozvod rodičů	5 %
sexuální zneužití	4 %

Cyklus abúzu

Existuje velký počet důkazů o způsobech, jimiž abuzivní chování jedné generace produkuje abuzivní chování příští generace. Evidentním příkladem je zvýšené riziko problémového pití u dětí problémových pijáků. Podobně je tomu s fyzickým abúzem včetně sexuálního zneužívání. Zatímco abúzus alkoholu u jednoho či druhého rodiče může být spojen s pohlavním zneužíváním dítěte, bylo též prokázáno, že – zejména u žen – je pohlavní zneužívání v dětství spojeno s problémovým pitím později v životě.⁽²⁷⁾

Rozdíly v prožívání problémů

Děti problémově pijících rodičů nesou zvýšené riziko problémů, ale ne u všech těchto dětí se vyskytnou problémy na téže úrovni závažnosti. Některé z nich, zdá se, nezažijí žádné významné problémy ani jako děti, ani v dospělosti.

Podle výzkumu⁽²⁸⁾ patří k hlavním faktorům, ovlivňujícím pravděpodobnost výskytu problémů a tím i stupeň negativity zážitků dítěte:

Násilí: Je-li dítě svědkem násilí, i když není přímo jeho terčem, velmi se tím zvyšuje riziko, že zažije výše popsany druh problémů.

Manželský konflikt: I manželský konflikt bez násilí podle všeho podstatně zvyšuje pravděpodobnost závažných problémů u dítěte.

Odloučení, rozvod a ztráta rodiče: Patrně i toto je dalším důležitým faktorem, ovlivňujícím negativitu zážitků dítěte.

Inkonzistence a ambivalence rodičů: Oba tyto aspekty jsou obsaženy ve výše zmíněných faktorech a spojeny s nepředvídatelností života domácnosti s problémovým pitím. Řada

vědeckých prací se shoduje v tom, že zejména děti v raném věku mají silnou potřebu struktury, důvěrně známých věcí, stability a předvídatelnosti.

Problémy později v životě

Bylo jednoznačně prokázáno, že děti problémově pijících rodičů mohou mít narušené a nešťastné dětství, třebaže to není zcela nevyhnutelné. Otázka zní, zda emoční i další problémy přetrvávají do pozdějšího, dospělého života. Odpovědí je, že v mnoha případech ano. Důkaz pochází ze Spojených států, kde působí velké společenské hnutí dospělých, kteří zažili alkoholismus rodičů v době, kdy byli dětmi, a asociace Dospělé děti alkoholiků (Adult Children of Alcoholics, ACA). Existují služby pomoci pro děti, jejichž účelem je snížit riziko pokračování problémů do pozdějšího života. V USA je to Národní asociace pro děti alkoholiků (National Association For Children of Alcoholics, NACoA).

Některé děti mají významné problémy, které přetrvávají i později a ovlivňují jejich životy v dospělosti. Avšak dostupné důkazy jsou omezené a primárně se zabývají otázkou, zda se děti problémových pijáků samy stanou problémovými pijáky a zda u nich budou přetrvávat klinicky definovatelné psychologické i další problémy. Doklady, které jsou k dispozici, tedy nedávají odpověď na otázku, zda dospělé děti problémově pijících rodičů uniknou svým zážitkům bez pošramocení. Jejich kariéra může být poškozena při horším prospěchu ve škole, než jakého mohly dosahovat, pokud by rodiče nebyli měli problém s alkoholem.

Jedna britská studie⁽²⁹⁾ zjistila, že u menší části dětí problémových pijáků pokračovaly problémy do časně dospělosti. Ve srovnání s kontrolní skupinou mladých dospělých z rodin neproblémově pijících alkohol, tyto děti častěji samy dospěly k abúzu alkoholu nebo jiných drog a u některých z nich bylo patrné negativnější přizpůsobování v dospělosti – měli častěji depresi, úzkost, obtíže se vztahy, častěji opouštěli domov a obecně byli mnohem méně spokojeni se životem. Běžným nálezem je to, že některé děti problémově pijících rodičů měly později v životě obtíže při vytváření a udržování těsných, dospělých vztahů.

V britské studii byly špatné dopady mnohem pravděpodobnější u dětí, jejichž oba rodiče měli problém s alkoholem a pokud se problémové pití odehrávalo spíše doma než někde jinde.

Ovšem nejvýznamnějším nálezem bylo, že nejsilnějším prediktorem psychických problémů v časném dětství nebylo to, že měly jednoho nebo dokonce oba problémově pijící rodiče, ale disharmonie rodiny. Děti, které vyrůstaly v rodinách, jimž se podařilo navzdory problémům s alkoholem zachovat si integritu a relativně harmonické vztahy (jde o malou skupinu), byly postiženy v podstatě jen málo. Naopak děti z disharmonických rodin měly větší pravděpodobnost problémů v mladém dospělém věku, ať už byl příčinou nesouladu alkohol nebo některý jiný faktor.

Rodinný nesoulad jako příčina problémů později v životě

Existuje spousta vědecké literatury o vlivu rozvodu nebo odloučení rodičů na děti. Dokládá se v ní, že rozvod má “dosti závažný dlouhodobý negativní dopad na duševní zdraví dospělého člověka”⁽³⁰⁾

Dopad rozvodu rodičů na zdraví dětí může být závažný, provázený zvýšeným rizikem špatného zdraví od oddělení rodičů až do dospělého života: zranitelnější jsou po rozvodu rodičů zejména děti mladší pěti let.⁽³¹⁾ Dále bylo prokázáno, že děti z rozvedených rodin mají vyšší riziko předčasné smrti. Podle jedné studie lze vyšší mortalitu u mužů částečně vysvětlit tím, že muži, kteří zažili rozvod rodičů, mají vyšší pravděpodobnost nevydařeného manželství, horší vzdělání a méně se zapojují do podpůrných aktivit. Ženy, které zažily rozvod rodičů, častěji kouří a mají vyšší pravděpodobnost vlastního rozvodu, což obojí zvyšuje mortalitu.⁽³²⁾

Poznámka ke genetickým faktorům

Problémy s alkoholem mají tendenci přecházet v postižených rodinách z generace na generaci. Přími příbuzní alkoholiků mají v porovnání s obecnou populací dvakrát až sedmkrát vyšší pravděpodobnost, že u nich někdy v průběhu života vzniknou problémy s alkoholem. Mnohé výzkumy se pokoušely přijít na to, co je příčinou tohoto jevu. Jedním možným vysvětlením jistě je “společenská nakažlivost”, protože problémové pití je naučené chování a z řady důvodů děti i jiní napodobují chování problémového pijáka.

Dalším možným vysvětlením je to, že existuje genetický základ problémového pití. I když je nepravděpodobné, že by genetickými faktory samými bylo možno vysvětlit velké kolísání ve výskytu závislosti na alkoholu v různých zemích a společnostech, vědci se shodují na tom, že genetické faktory určitou roli hrají. Studie rodin, dvojčat, adoptovaných dětí a genetických markerů ukazují, že genetické faktory mají vliv na vztah ke konzumaci alkoholu (celkového množství i častosti), komplikace (tělesným, společenským i psychologickým) i vznik závislosti. Avšak důležitá je “rovnováha mezi zevním prostředím a genetickými faktory. Nejsou to pouhé genetické faktory, jež učiní někoho alkoholikem či problémovým pijákem alkoholu”.⁽³³⁾

Tento závěr dokresluje britská studie mladých dospělých. Biologická zranitelnost následkem závislosti rodičů na alkoholu nebyla pro účastníky studie dostačující ani nutná pro vývin závislosti na alkoholu v mladém dospělém věku, ačkoli představovala zvýšené riziko. Zdá se, že silné ochranné účinky na potenciální negativní účinky rodinné anamnézy alkoholizmu mají pozitivní rodinné vztahy, což je téma, které bude dále diskutováno.⁽³⁴⁾

Tato zjištění genetického výzkumu má dvě hlavní implikace pro předmět této zprávy. Zaprvé, další pokrok by mohl zlepšit léčbu problémového pití a závislosti na alkoholu. Zadruhé, poznatky získané genetickým výzkumem mohou pomoci ve vztahu k prevenci problémového pití a závislosti. Vzhledem k tomu, že biologičtí potomci problémově pijících rodičů jsou patrně nositeli zvýšeného rizika, že se sami stanou problémovými pijáky, pak tito lidé představují skupinu se zvláštními potřebami edukace (osvěty) nebo jiných intervencí.

Ochranné faktory a “odolnost”

Z předešlého je zřejmé, že existují určité faktory, které chrání psychickou pohodu dětí za nepříznivých okolností a snižují pravděpodobnost problémů přetrvávajících do dospělosti.⁽³⁵⁾ Jsou také faktory, které mohou chránit pohodu manželky či manžela pijícího člověka. Rozpoznání těchto faktorů je jistě důležité, protože jde o opatření, která lze uplatnit v rodinách i prostřednictvím organizací na pomoc postiženým, ke zmírnění nejhorších účinků problémů s alkoholem.

Ve vztahu k dětem je nejzřetelnějším ochranným faktorem soudržnost mezi rodiči. Pokud ho lze udržet navzdory problému s alkoholem, značně se tak sníží riziko škod na dětech.

Druhým faktorem jsou soudržné rodinné vztahy. I když není možné udržet soudržný vztah mezi rodiči, bude riziko pro děti nižší, zůstane-li zachována soudržnost rodiny a rodinných aktivit. Velmi důležitým faktorem se zdá být to, co bylo výše napsáno o udržování rodinných rituálů, a to zejména během let nejsilnějšího pití. Dalším faktorem je, zda rodina nepijícího partnera dodržuje rodinné rituály na patřičně vysoké úrovni.

Třetím prvkem je druhý (nepijící) partner: je-li (ona nebo on) schopna/schopen poskytnout stabilní, podpůrné prostředí, riziko negativního dopadu na děti se sníží.

Dalším důležitým faktorem je seskupení psychologických charakteristik manželského protějšku a dětí, známé jako “plánování” (planning) nebo “uvážlivost” (deliberateness).⁽³⁶⁾ Jde v zásadě o opak takového přístupu, jakým je fatalistická bezradnost. Zahnuje schopnost psychického distancování se od nepříznivých okolností a formulování postupů (strategií), jak

situaci řešit. Patří k ní i schopnost promýšlet situace, vážit alternativní možnosti a dospět k uvážlivým řešením, jak nejlépe postupovat.

“Uvážlivost” je evidentně přítomna v “selektivním stažení se a opětném angažování se”, považovaných některými komentátory za způsob zvládnání potíží dětmi problémově pijících rodičů. Příkladem je snaha dítěte stáhnout se z rušivých prvků rodinného života a zapojit se spolu s ostatními mimo rodinu. V pozdějším stadiu životního cyklu může být uvážlivost zřejmá z výběru a rozhodnutí nyní již dospělého dítěte problémově pijících rodičů při zakládání vlastní rodiny, z uvědomělého plánování, jak se ztotožnit či odlišit od jeho/její rodiny původu.

Soudí se, že přítomností či nepřítomností těchto faktorů lze snáze vysvětlit, proč některé alkoholem narušené rodiny jsou “přenašeči”, tj. přenáší problémy na příští generaci, zatímco u jiným se cyklus přerušuje. Lze jimi také objasnit, proč mnoho dětí, vychovávaných v jinak vysoce problematickém prostředí, si podle všeho neodnáší trvale negativní následky. Optimistickým zjištěním zde je to, že nutnost čelit nepřízni může lidi posílit stejně tak jako poškodit.

¹ P. Steinglass et al: *The Alcoholic Family*. Hutchinson Education. 1988. This section also leans heavily on the work of Richard Velleman, especially his paper *Alcohol Problems in the Family*, Institute of Alcohol Studies 1993.

² Reported in *Alcohol, Health and Society*. WHO Paris 1995.

³ Unless otherwise stated, figures below provided by members of the working party.

⁴ *Health in France 1994*. French High Committee on Public Health 1996.

⁵ R. Velleman: *Alcohol Problems in the Family*. IAS 1993.

⁶ NCADI. USA 1995

⁷ R. Velleman: *Alcohol Problems in the Family*. IAS 1993.

⁸ S. Brown: *Safe Passage: Recovery for Adult Children of Alcoholics*. John Wiley & sons 1992.

⁹ D. Treadway (1990), *Codependency: Disease, Metaphor or Fad?* *Family Therapy Networker*, 14, (1) 39-42.

¹⁰ T. Gierymski & T. Williams (1986), *Codependency: Journal of Psychoactive Drugs*, 18(1), 7-13.

¹¹ L.S. Brown (1990 Winter), *What's Addiction Got to Do With It: A Feminist Critique of Codependence*. *Psychology of Women*, 17, 1-4.

¹² S.C. Anderson (1994) *A Critical Analysis of the Concept of Codependency*. *Social Work*, vol. 39, Number 6, 677-684.

¹³ J.W. Walters: *The Codependent Cinderella who loves too much... fights back*. *Family Therapy Networker*, 14 (4). 1990.

¹⁴ T. Gierymski & T. Williams (1986), *Codependency: Journal of Psychoactive Drugs*, 18(1), 7-13.

¹⁵ J.W. Wetzel (1991), *Universal Mental Health Classification Systems: Reclaiming Women's Experience*. *Affilia*, 6(3), 8-31.

¹⁶ From NACOA *Does this happen to you?* Leaflet.

¹⁷ B & P Berger: *The War Over the Family*.

¹⁸ R. Velleman: *Alcohol and the Family*. IAS 1993.

¹⁹ S. Brown: *Safe Passage: Recovery for Adult Children of Alcoholics*. John Wiley & sons 1992.

²⁰ R. Velleman: *Alcohol and the Family*. IAS 1993.

²¹ Information provided by ABS.

- ²² S. Kork: What are the problems for children? In Alcohol Problems and the Family. Conference Report IAS 1995.
- ²³ S. Wegscheider. Es gibt doch ein Chance. Hoffnung und Heilung für die Alkoholikerfamilie. 1998.
- ²⁴ Royal College of Obstetricians & Gynaecologists: Guideline: Alcohol Consumption in Pregnancy. Nov. 1996.
- ²⁵ Information from DHS, Germany.
- ²⁶ Information supplied from members of the working party.
- ²⁷ B. Miller: The Interaction Between Alcohol, Drugs and Family Violence. NIDA Research Monographs 1990.
- ²⁸ R. Velleman: Resilient and Un-Resilient Transitions to Adulthood: The Children of Problem Drinking Parents. In Alcohol Problems in the Family. IAS Conference Report 1995.
- ²⁹ J. Orford and R. Velleman: Childhood and Adult Influences on the Adjustment of Young Adults with and without Parents with Drinking Problems. Addiction Research 1995.
- ³⁰ P.L. Chase-Lansdale, A.J. Cherlin and K.E. Kiernan: The Long Term Effects of Parental Divorce on the Mental Health of Young Adults: A Developmental Perspective. J Pers Soc Psychol 1997 Aug 73 (2) 381-391
- ³¹ A. Sims: Marital Breakdown and Health. British Medical Journal, 22nd Feb 1992.
- ³² J.S. Tucker et al: Parental Divorce: Effects on Individual Behaviour and Longevity.
- ³³ Dr C. Cook: Genetic Aspects of Alcohol Related Problems at the conference "Alcohol Dependency – Meeting the Challenge" Edinburgh November 1995.
- ³⁴ E.M. Hill et al: Young Adult Children of Alcohol Parents: Protective Effects of Positive Family Functioning. British Journal of Addiction 87, 1992.
- ³⁵ J. Orford and R. Velleman: Childhood and Adult Influences on the Adjustment of Young Adults with and without Parents with Drinking Problems. Addiction Research 1995.
- ³⁶ R. Velleman: Resilient and Un-Resilient Transitions to Adulthood: The Children of Problem Drinking Parents. In Alcohol Problems in the Family. IAS Conference Report 1995.

Jak lze pomáhat

Při informování o službách pomoci, které jsou dnes dostupné členům rodiny, není možná generalizace na celou Evropskou unii. Existuje zde pestrá směs služeb a přístupů k problémům s alkoholem, i když je zřejmé, že v řadě členských zemí jsou služby pomoci pro členy rodiny velmi zřídka. Někdy, např. v Portugalsku, jsou ty služby, které vůbec existují, poskytovány nevládními organizacemi, permanentně zápolícími se svízelnou finanční situací. Všechny země Evropské unie poskytují služby dětem s rodinnými problémy a služby pomoci a léčby při problémech s alkoholem.

Nicméně běžně se diskutuje o tom, že služby specializované na alkohol poskytují jen nevelkou, pokud vůbec nějakou, pomoc členům rodin, kdežto služby specializované na rodinné problémy nemusí být vyškoleny nebo vybaveny pro rozpoznání alkoholu a zacházení s touto problematikou.

S tím souvisí i nedostatečná spolupráce v konkrétních případech mezi organizacemi služeb lidem s problémy s alkoholem na jedné straně a organizacemi služeb při rodinných problémech na druhé straně.

Jiné překážky léčby

Ve velké většině problémoví pijáci nikdy neakceptují formální léčbu, ale učiní individuální rozhodnutí přestat s pitím nebo omezit konzumaci na méně škodlivou úroveň. Toto rozhodnutí se často zdá být alespoň zčásti výsledkem společenského tlaku ostatních, zejména

jejich rodiny. Též je jasné, že mnozí z těch, kteří nastoupí formální léčbu, tak učiní se značným zpožděním. Často, a je to asi typické, nechťejí lidé s problémy s alkoholem tuto skutečnost ani připustit, někdy dokonce ani sami před sebou.

Dalším prvkem je způsob, jakým rodiny s problémovým pitím skrývají své problémy. Děti vzhledem k svému silnému smyslu pro loajalitu nemusí být ochotny říci cizímu člověku, co se děje. V některých případech, jak dokládá první citace na začátku této zprávy, jim může být vyhrožováno, že nesmí nic říci. Mlčení je velkou překážkou u dětí, kterým se dostává pomoci. Nicméně prvek násilí by se neměl zveličovat. Většina dětí problémově pijících rodičů potřebuje pomoc a podporu, ale nepotřebuje ochranu před násilím ze strany rodičů. Paradoxně to může působit jako překážka přijetí pomoci dětmi. Jak již bylo řečeno, děti nemusí být ochotny požádat o pomoc. Mnozí problémoví pijáci, zejména ženy s dětmi, se mohou velmi obávat, že vyhledání pomoci u organizace poskytující léčbu povede k tomu, že jim budou “odebrány” děti. Zdá se, že tuto obavu vzbuzují zejména úřady ustavené ze zákona.⁽¹⁾

Jde o složitou a obtížnou oblast, kde neexistují žádná jednoduchá řešení. Částečnou odpověď může být poskytování telefonních linek pomoci, na něž se děti mohou “bezpečně” obrátit s vědomím, že zůstanou v anonymitě. Další částí odpovědi (diskutovanou níže) je lepší osvěta/edukace a školení profesionálů pracujících s dětmi, např. učitelů a sociálních pracovníků, jak rozpoznat příznaky problémů s alkoholem.

Jedním z aspektů těchto situací je důvěrnost a omezené předávání informací o klientovi z jedné organizace do druhé. Je jasné, že s ohledem na to, aby problémoví pijáci svolili k léčbě, bývá nutné poskytnout záruky, týkající se důvěrnosti a pravděpodobných následků pro děti. Lze argumentovat, že pro pomáhající organizace je lepší řešit toto přímo a explicitně. Jednou z možností je poskytnout klientům písemné konstatování postupu organizace s ohledem na důvěrnost a ochranu dětí. Příklad je uveden v dodatku 5.

Služby při problémech s alkoholem

Ve všech zemích Evropské unie funguje státem provozovaná ambulantní i ústavní protialkoholní léčba. Tyto služby se od sebe v různých zemích liší a rodinným příslušníkům klientů poskytují proměnlivé množství a druh pomoci. Existují také soukromá léčebná zařízení, často nabízející radu a podporu členům rodiny včetně skupinové terapie a poradenství.

Hlavními poskytovateli služeb pomoci problémovým pijákům a jejich rodinám jsou nevládní organizace včetně svépomocných.

Patrně nejznámějšími službami tohoto typu jsou Al-Anon a Al-Ateen, přítomné ve všech EU zemích. Organizace Al-Anon je bezpochyby velikou pomocí mnoha lidem, ale pro mnohé další může být nevhodná nebo nedostupná. Je skutečností, že Al-Anon je založena na specifickém modelu problémového pití, který nemusí být stejně vhodný pro každého.

K dalším mezinárodním organizacím poskytujícím služby v několika zemích Evropské unie jsou Good Templars a Modrý kříž (Blue Cross), které jsou obě vysoce orientovány na rodiny problémových pijáků. Ve Francii a Belgii působí Vie Libre.

Telefonní linky pomoci

Jsou dostupné v řadě členských států. Jde o linky pomoci pro osoby s problémy s alkoholem a linky pomoci pro děti a mladé lidi.

Alkoholová linka (drinkline)

Britská linka pomoci byla zahájena v roce 1993 a od té doby ji využilo 155 000 volajících. Linka je v provozu sedm dní v týdnu. Finančně ji podporuje ministerstvo zdravotnictví. Nicméně v době psaní této zprávy je její budoucnost nejistá.

Ze 60 % na ni volají pijáci, žádající informace, radu nebo pomoc pro sebe, 37 % hovorů připadá na ostatní, kterých se tento problém týká. Partneři, příbuzní a přátelé volají o radu a informace pro osobu pijící alkohol nebo pro sebe, jak zvládat problémy a jak žít s problémovým pijákem.

Linky pomoci při problémech s alkoholem fungují také v Rakousku, Dánsku, Finsku, Německu, Řecku, Lucembursku, Nizozemí, Norsku, Portugalsku a některých oblastech Španělska.

Obecní linky pomoci dětem a mladým lidem jsou provozovány v Rakousku, Dánsku, Finsku, Německu, Irsku, Nizozemí, Norsku, Portugalsku a Velké Británii.

Ostatní příklady služeb pomoci⁽²⁾

Dánsko

V roce 1992 realizovala Egmontova nadace ve spolupráci s kodaňským zdravotním úřadem tříletý interdisciplinární intervenční projekt “Prevence kongenitálního poškození u dětí narozených v Kopenhagenu”. Nadační fond pro výzkum alkoholu, poskytnutý Národní zdravotní radou, poskytl finanční podporu pro tříleté postgraduální studium vývoje dětí, vystavených alkoholu do dvou let věku, a tříletý výzkumný projekt dalšího vývoje těchto dětí ve věku od dvou do šesti let.

Projekt probíhal v rámci Centra pro rodinu v nemocnici Hvidovre a v univerzitní nemocnici (Rigshospitalet) v integrované spolupráci s centry porodních asistentek, porodnickými a dětskými odděleními těchto dvou nemocnic a v těsné spolupráci s protialkoholním oddělením v nemocnici Hvidovre a primárním sociálním a zdravotnickým sektorem.

Cíle projektu:

- 1 Předcházet kongenitálnímu poškození dětí alkoholem.
- 2 Poskytnout dětem vystaveným alkoholu nejlepší možné podmínky pro jejich vývoj.
- 3 Předcházet závažným problémům s alkoholem v okolí dítěte.
- 4 Rozšířit znalosti o vlivu alkoholu na fyzický, psychický a společenský vývoj dětí.
- 5 Otestovat nové metody časně identifikace těhotných žen a kojenců, patřících do rizikové skupiny v důsledku alkoholu.
- 6 Vyvinout a otestovat interdisciplinární a intervenční modely časně intervence napříč resorty.

Informace o projektu:

Leták “alkohol og fosterskade” (alkohol a teratogenicita), připravený Egmontovou nadací a Národní radou pro zdraví (Sundhedsstyrelsen), byl zaslán všem těhotným ženám v Kodani. Při prvním vyšetření pro těhotenství byl vyplněn strukturovaný dotazník o konzumaci alkoholu a dalších látek.

Před zahájením projektu a po několik prvních měsíců byla problémům alkoholu a těhotenství věnována široká publicita v médiích a bylo uspořádáno školení pro profesionály příslušných oblastí.

Interdisciplinární léčba

Rodinám očekávajícím dítě byla nabídnuta léčba a podpora, přizpůsobená specifickým požadavkům těhotné a její rodiny. Intervence trvala po dosti dlouhé období, zahrnující těhotenství, porod, neonatální období, mateřskou dovolenou a první tři roky života dítěte.

Léčba byla prováděna v souladu s obvyklou praxí Centra pro rodinu, tj. byla charakterizována kontinuitou léčení, kontakty a těsnou spoluprací se všeobecnými praktickými lékaři, navštěvujícími zdravotními sestrami, sociálními úřady, veřejnými protialkoholními ambulancemi a programy na léčbu drogového abúzu a dalšími příslušnými profesionály mimo nemocnici.

Souběžně s intervencí probíhalo systematické zkoumání tělesného, psychického a společenského vývoje dětí vystavených alkoholu. Až do věku tří let byly děti zapojeny do předem daného programu pravidelných vyšetření lékařem a psychologem. U všech dětí byly zaznamenány podrobné informace počínaje dobou raného těhotenství, sloužící dalšímu hodnocení a vědeckým účelům.

Doplňkové projekty

Zdravotnický direktorát rozhodl, aby bylo ve spojení s projektem Zdravá města, podporovaným Národním úřadem pro zdraví, na dobu dvou let zintenzívněno úsilí směrem k těhotným ženám a rodinám s problémy s alkoholem v oblasti Kodaň Severozápad. Direktorát též rozhodl o realizaci pilotního projektu na ostrově Amager se zaměřením na stejnou rizikovou skupinu. Oba pilotní projekty tvořily část práce Centra pro rodinu.

Během projektů bylo různými způsoby využito odbornosti Centra pro rodinu, zejména v diskuzích týkajících se problému: děti a těhotenství v rodinách alkoholiků, např. v plánování Zdravých měst, financovaného Národním úřadem pro zdraví a Plánu prevence a léčby alkoholu Zdravotního direktoriátu, spolu s pracovní skupinou Národní zdravotní rady, zabývající se dětmi v rodinách závislých osob.

Trvalá realizace

Když v květnu 1995 původní projekt končil, práce pokračovala v rámci systému nemocnice v Kodani.

Finsko: Křehké dětství

Křehké dětství je název preventivní, výukové, léčebné a výzkumné kampaně, která přivádí pozornost k situaci dětí v rodinách s problémy s alkoholem. Projekt byl zahájen v roce 1986 jako společná akce hlavní finské organizace pro léčbu alkoholizmu, nadace A-Clinic, finského monopolu na alkohol ALKO a městem Helsinky.

Základní myšlenkou je ukázat perspektivu a prožitky dítěte, jehož rodiče jsou pijáci alkoholu. Hlavní cílovou skupinou jsou rodiny s malými dětmi, dospívající a dospělé děti pijících rodičů a profesionální pracovníci v oblasti sociální a zdravotní péče.

Základní koncept "alkoholická rodina", překračuje sféru rodin s problémy s alkoholem směrem ke všem rodinám, užívajícím alkohol nebo jiné drogy způsobem škodlivým pro vývoj dětí. Vedoucí myšlenkou je to, že děti v rodinách s alkoholovým problémem potřebují co nejrychlejší pomoc a péči.

Projekt Křehké dětství běží ve Finsku nyní již déle než deset let. Vyprodukoval velký počet nástrojů, materiálů a vyškolených profesionálních pracovníků. Projekt využívá tradiční i nejmodernější metody prevence. Obohacuje výzkum a přináší svépomocné materiály, skupinové aktivity, školení a informace. Např. školení, jak rozpoznat problém, je nejrozsáhlejší svého druhu ve Finsku. Vedl ke vzniku podpůrných systémů telefonních linek a sítě profesionálů.

Ze třech částí sestávající série pohlednic a plakátů o projektu získala titul "Nejlepší produkt zdravotnické edukace roku 1992" ve Finsku. V roce 1998 získal projekt v Lionu ve Francii titul čestného laureáta při prvním udílení Evropské ceny za zdravotní výchovu.

Švédsko, pomoc dětem⁽³⁾

Od roku 1989 poskytl Ersta Vandpunkten (provozovaný Ersta Diakonisallskap, zařízení diakonie v rámci švédské církve, působící ve Stockholmu v oblasti sociální a zdravotní péče a edukace) projekt strukturované skupinové práce s dětmi alkoholiků.

Projekt je inspirován americkým programem Children Are People Too, založeném na minnesotském modelu. Americký model byl přepracován a adaptován na švédské podmínky.

Ersta poskytuje skupiny pro malé děti (věková skupina 6 - 8 let), poněkud starší děti (9 - 12 let) a dospívající (13 - 17 let). Skupiny se schází – pod vedením školeného skupinového vedoucího a jednoho asistenta – 15krát během 15 týdenního bloku a plní určený program.

Ersta v něm sleduje čtyři základní principy:

- 1) změnit beznaděj na naději a vést děti k pochopení jejich limitů s ohledem na možnost ovlivnit závislost rodičů na alkoholu;
- 2) vést děti k otevřenému sdílení zážitků, znamenající zvýšení jejich povědomí o vlastní osobě i dalších lidech a prolomení tajností kolem závislosti na alkoholu;
- 3) zavést prostřednictvím programu určitý rytmus, pravidelnost a strukturu, které budou protiváhou každodennímu životu v rodině s alkoholizmem; a
- 4) podporovat děti v uvědomění si svých vlastních práv i osobních omezení, s přihlédnutím ke skutečnosti, že to může být pro děti alkoholiků problém.

Tyto čtyři principy jsou určující pro program 15 schůzek s pevným rozvrhem pro každou jednotlivou skupinu, s ohledem na věk dětí.

Každé 3 až 4 schůzky se spolu s teoretickým posouzením provádí zhodnocení, založené na Piagetově vývojové psychologii. Program schůzek se posuzuje na základě Piagetových vývojových stupňů, s cílem zjistit, zda jsou děti formálně a logicky náležitě vyvinuté, aby mohly pochopit, o čem je řeč.

Závěrem hodnotícího projektu bylo, že program je funkční. Byl zjištěn pozitivní dopad na děti, které se naučily řadu věcí, formulovaných v základních principech. Byl však vysloven názor, že existuje několik málo míst, kde je potřeba revidovat užívaný materiál, aby lépe odpovídal vývojové úrovni dětí.

Italské kluby - péče o pijáky, jejich rodiny a komunitu

Kluby pro alkoholiky podstupující léčbu zavedl v Itálii koncem sedmdesátých let profesor Vladimír Hudolín. Projekt byl zahájen v severovýchodní Itálii, oblasti s velkou produkcí vína a vysokou incidencí a prevalencí problémů spojených s alkoholem. Byl podporován a propagován určitými nemocnicemi, které začaly s edukačními programy pro obyvatelstvo. Vytvořily terapeutické komunity pro alkoholiky, v nichž se vzdělávacího a léčebného programu účastnila celá rodina.

Alkoholici a jejich rodiny dokončivší jednoměsíční program založily první kluby pro léčící se alkoholiky. Nato byly v oblasti Benátek programy podporovány lokálními komunálními službami, zejména těmi, které se zabývají drogovou závislostí.

Přechod od převážně na nemocnice vázaného přístupu na komunální provázela změna konceptu alkoholizmu. V době, kdy programy začínaly, bylo na alkoholizmus pohlíženo jako na nemoc, zatímco v polovině osmdesátých se spíše přesunul do kategorie životního stylu.

To souvisí s organizací Italské asociace klubů pro alkoholiky podstupující léčbu. Alkoholizmus je životní styl, který se týká celé rodiny a je hluboce vrostlý do kultury lokálních komunit, kde kluby a jejich rodiny žijí a pracují. Hlavním úkolem tedy není léčba nemoci, ale změna životního stylu a kultury, která pití alkoholu podporuje.

Nyní je po celé Itálii na 2000 klubů, ale 50 % z nich je koncentrováno na severu, kde jsou programy lépe organizovány a pravidelně podporovány z veřejných financí.

V oblastech, kde kluby nejlépe prosperují, je jeden klub na 2000 až 3000 obyvatel. Ideální poměr by byl jeden klub na každých 2 000 obyvatel. Tento poměr je považován za ideální proto, že umožňuje snadný přístup do klubů, které jsou pak schopny zapustit kořeny v lokální kultuře.

Rodinný přístup navozený systémem primární zdravotní péče klubů zahrnuje:

Zapojení celé rodiny

Edukaci a výcvik rodiny podle následujícího modelu -

1. výcvikový program:

- a) školení obecné populace a pracovníků primární zdravotní péče
- b) týden senzibilizace pro pracovníky v oblasti komunální péče o zdraví
- c) krátké 2 - 3denní kurzy pro pracovníky v oblasti komunální péče o zdraví
- d) dvoudenní senzibilizační kurzy pro učitele
- e) dvoudenní senzibilizační kurzy pro centra plánování rodiny

2. komunální program pro alkoholiky a jejich rodiny v lokální síti klubů léčících se alkoholiků

3. teritoriální škola alkoholologie: vždy jedna na 15 000 - 20 000 obyvatel:

- a) 4 dvouhodinové schůzky pro všeobecnou populaci
- b) 10 hodinových schůzek pro rodiny s problémy s alkoholem
- c) půldenní shromáždění rodin z klubů léčících se alkoholiků

4. specifické programy:

- a) alkohol, extáze a mladí lidé
- b) alkohol a ženy
- c) poradenství o alkoholu a všeobecní praktičtí lékaři
- d) alkohol a pracoviště
- e) alkohol a vězení
- f) alkohol a multiproblémové situace

¹ T. Brisby et al: Under the Influence. Coping with parents who drink too much. Alcohol Concern 1997.

² Information supplied by members of the working party.

³ Source: Else Christensen. Nordisk Alkohol & Narkotikatidskrift Vol 14 1997.

LÉČBA A PREVENCE

Léčba problémů s alkoholem

Léčba je důležitou součástí komplexního programu zvládnání problémů působených alkoholem a existuje množství dokladů o jejím významu ⁽¹⁾. Všechny státy Evropské unie disponují specializovanými službami pro léčení osob závislých na alkoholu. Některé z nich poskytují pomoc také rodinným příslušníkům. Je jasné, že jejich úroveň je nestejněměrná a že i v rámci Evropské unie existují země a oblasti, kde lidé, kteří mají problémy s vlastním pitím nebo zvláště s alkoholem u druhého, se ke specializované pomoci dostávají obtížně.

Je vědecky doloženo, že léčba je účinná v tom smyslu, že je lepší než neléčení, třebaže ani u jednoho druhu léčení nebylo jednoznačně prokázáno, že by byl jasně a všeobecně lepší než

jiné postupy. Bylo prokázáno, že léčebné programy zahrnující práci s rodinnými příslušníky mají lepší výsledky než ty postupy, které tak nečiní⁽²⁾.

Nicméně je skutečností, že z různých důvodů se pouze malá část problémů řeší a jen část osob závislých na alkoholu se účastní specializovaného léčení. Mnozí problémoví konzumenti alkoholu nevyhledávají formální léčebné programy s ohledem na řadu osobních a společenských faktorů, někdy i s ohledem na tlak rodiny, a dávají přednost vlastnímu rozhodnutí přestat s alkoholem nebo omezit pití. I tak ale většina problémových osob pijících alkohol a jejich rodinných příslušníků přichází do kontaktu s různými podobami primární zdravotní péče a sociální podpory, jakož i zaměstnávajícími organizacemi. Přitom je možné jasně rozpoznat podíl alkoholu na současných problémech a podniknout vhodné kroky již v časnějším stadiu, než jak je tomu obvykle. Vzhledem k těmto faktorům se považuje za užitečné rozlišovat mezi primární a sekundární úrovní služeb.⁽³⁾

Primární úroveň zahrnuje týmy primární zdravotní péče, osobní sociální služby a některé nevládní organizace. Sekundární úroveň tvoří psychiatrická lůžková oddělení a ambulance a ostatní medicínská a specializovaná zařízení pro léčbu závislosti na alkoholu. Předpokládá se, že pro řádné zabezpečení služeb je důležitá správná dělba práce a spolupráce mezi primární a sekundární úrovní.

Hlavní úkoly pracovníků na primární úrovni:

- rozpoznat problémy s alkoholem
- získat patřičné vědomosti o typu pomoci, potřebné pro člověka, který má problémy s alkoholem, a jeho rodině
- poskytovat tuto pomoc v rámci své působnosti
- vědět, kdy a kde je možné hledat odbornou pomoc
- poskytovat dlouhodobou podporu před speciální léčbou, během ní i po jejím skončení
- zajistit adekvátní sledování

Hlavní úkoly pracovníků na sekundární úrovni:

- poskytovat specializované znalosti, radu a podporu pracovníkům na primární úrovni
- vyšetřovat ty, kteří mají problémy s pitím alkoholu i jejich rodinné příslušníky a poskytovat konsiliární služby

- přebírat osoby s problémy s alkoholem do sekundární péče, tj. přímé zapojení specialistů do léčby a péče
- poskytovat specializovanou léčbu a péči, např. celkové lékařské nebo psychiatrické vyšetření, a intenzivní sociální podporu včetně hospitalizace, pokud je to nutné. (Druh a rozsah služeb)

Krátké intervence

V mnoha zemích byla prokázána účinnost krátkých, většinou edukačních intervencí v rámci primární zdravotní péče u silných nebo problematických pijáků alkoholu, zejména mužů. ⁽⁴⁾ Krátké intervence jsou druhem sekundární prevence, s cílem pomoci těm, kteří již konzumují alkohol na ohrožující nebo nebezpečné úrovni, aby s pitím přestali nebo omezili spotřebu. Zkušenosti ukazují, že krátké intervence úspěšně snižují masivní pití se všemi výhodami pro osobu, jíž se to týká, i její okolí, zejména rodinu. Není však pravděpodobné, že by tato metoda byla použitelná u závislých na alkoholu.

WHO (pozn.: WHO = World Health Organization, Světová zdravotnická organizace) vydala seznam znalostí a dovedností, kterými by pracovníci primární zdravotní péče měli v ideálním případě disponovat. ⁽⁵⁾ Třebaže zde má WHO primárně na mysli lékaře a zdravotní sestry, je relevantní i pro sociální pracovníky, kurátory, probační pracovníky i další pracovníky sociálních služeb.

1. znalost rozšíření nebezpečné a škodlivé spotřeby alkoholu a s ní souvisejících tělesných, psychologických a sociálních problémů;
2. znalost a rozpoznání dopadu pacientových problémů s alkoholem na partnera a rodinu;
3. posouzení pacientova vztahu k alkoholu;
4. schopnost rozpoznat různé tělesné, psychické a sociální známky problému s alkoholem;
5. schopnost podat pacientovi i jeho příbuzným přesné informace o alkoholu a s ním spojených problémech v přiměřeném kontextu;
6. dostatečná zkušenost s rozlišováním pití alkoholu s nízkým rizikem, rizikové spotřeby a spotřeby na úrovni závislosti;
7. schopnost zvládnout somatické důsledky a komplikace akutní intoxikace;
8. schopnost získat přesnou anamnézu ve vztahu k pití alkoholu;

9. schopnost rozpoznat příznaky nemocí souvisejících s alkoholem;
 10. schopnost přesně interpretovat laboratorní výsledky;
 11. schopnost zvolit vhodný plán léčby, tj. rozhodnout mezi stručnou radou a krátkou intervencí a odesláním k příslušnému odborníkovi nebo na ambulanci; a
 12. schopnost organizovat a provádět detoxifikaci v domácím prostředí.
- Postup obvykle spočívá v identifikaci případů, vyhledávání pacientů, kteří mají být předáni jinému zařízení, pečlivém zhodnocení, intervenci a sledování.

Tabulka 5 Světová zdravotnická organizace: Základní strategie časné intervence

1 Zjistěte problém včas	<ul style="list-style-type: none"> • Sociálně stabilní jedinci mají v časných stadiích pití lepší prognózu
2 Proveďte systematické vyšetření	<ul style="list-style-type: none"> • Určete množství a frekvenci užívání alkoholu • Stanovte stupeň závislosti na alkoholu • Vyšetřete zdravotní stav a psychosociální fungování • Všimněte si zápachu dechu po alkoholu
3 Angažujte se v krátké intervenci	<ul style="list-style-type: none"> • Seznamte pacienta i rodinu se zjištěnými nálezy • Zvolte ukazatel duševních i tělesných účinků pití (např. zvýšená hladina gama glutamyl transferázy, střední objem erytrocytu a CDT). • Stanovte cíle týkající se alkoholu (abstinence nebo omezení spotřeby) • Stanovte cíle v ostatních důležitých oblastech • Zdůrazněte odpovědnost pacienta a rodiny za dosažení cílů • Předejte v případě potřeby jinému zařízení nebo specialistovi
4 Poskytněte svépomocný manuál (je-li k dispozici) nebo запиšte dohodnutý plán	<ul style="list-style-type: none"> • Doporučte pacientovi monitorovat spotřebu alkoholu • Sledujte tělesné známky masivního pití alkoholu • Zaznamenávejte pokroky při dosahování cílů
5 Provádějte pravidelné sledování	

Rodinní příslušníci

Nejdůležitějším závěrem z výše uvedeného je, že členové rodiny postižené problémy s alkoholem potřebují pomoc a mají na ni plné právo, aby mohli snáze zvládnout současnou situaci a aby se, zejména v případě dětí, snížilo riziko psychických i dalších problémů, přetrvávajících do dospělosti.

WHO projekt primární zdravotní péče

WHO v současnosti podporuje mezinárodní projekt, jehož cílem je pomoci rodinám zvládat problémy s alkoholem a drogami.

Zdůvodnění projektu je následující:

- Pokud někdo masivně pije alkohol nebo užívá drogy, stávají se jeho blízcí příbuzní obětmi stresu, který může vést k fyzické či psychické poruše zdraví.
- Příbuzní jsou silně motivováni a aktivně reagují na události.
- Některé ze způsobů, jejichž pomocí se příbuzní pokoušejí řešit situaci, jsou lepší než jiné s ohledem na míru rizika pro jejich vlastní zdraví.
- Některé ze způsobů, jejichž pomocí se příbuzní pokoušejí řešit situaci, jsou lepší než jiné ve smyslu žádoucího vlivu na pití nebo užívání drog.
- Záleží na okolnostech, které ze způsobů řešení situace jsou lepší.
- Pracovníci primární zdravotní péče mohou pomoci příbuzným nalézt způsoby, jak zmenšit riziko zdravotních důsledků a současně dosáhnout snížení masivní spotřeby alkoholu.⁽⁷⁾

Cílem intervence v rodině je zjištění dosud existujících silných stránek a zachovaných ochranných faktorů a o ně se opírající posilování odolnosti. Důležitým prvkem je podpora rodiče, který nepije, ve vztahu k dětem.

Dalším pochopitelným cílem je pomoci rodině, aby bezděčně nereagovala na problém s alkoholem způsobem, který by působil jeho pokračování.

S ohledem na obsah programů pomoci zahrnují návrhy:

- specifickou pomoc při zvládnání stresu, zdravém sebeprosazení a posilování sebeúcty.
- Důležitým prvkem při zvládnání problémů s pijícím členem rodiny je nejistota a nepředvídatelnost společného života. Je tedy zjevně zapotřebí informovat o problémech působených alkoholem, aby rodinní příslušníci lépe pochopili, kde se stala chyba a proč.
- Seznámení se s postupy a strategiemi, jak snáze zvládat problémy.
- Poskytovat dětem trpícím v rodinách s alkoholovými problémy dostatek příležitostí, aby si mohly pohovořit o svých pocitech, obavách a nadějích. Měl by jim být dostupný člověk,

kteřý by jim byl přítel a poskytoval jim podporu v prostředí, kde se budou cítit bezpečně. Manžel nebo manželka problémového pijáka může najít pomoc ve specializované ambulanci, což obvykle předchází protialkoholní léčbě partnera. Ovšem děti nemají přístup k tomuto druhu služeb, protože neexistují systémy, které by je takto vedly. Registr ambulancí nebo poradenských služeb, ochotných poskytovat pomoc dětem, by měl být k dispozici příslušným zařízením, např. sociálním službám, rodinným lékařům i školám.

Celková úroveň spotřeby alkoholu

Jednoznačně a opakovaně bylo prokázáno, že úroveň škodlivosti alkoholu v jakékoli populaci koreluje s celkovou úrovní spotřeby alkoholu: vyšší spotřeba na hlavu se spojuje s vyšší mírou škod, zatímco nižší spotřeba s nižší.⁽⁸⁾ Příznivý dopad snížení národní či celostátní spotřeby lze dokumentovat na vývoji ve Francii v letech 1980 – 1992. Jak je patrné, byla nižší spotřeba provázána snížením počtu osob masivně pijících alkohol.

V letech 1981 až 1991 došlo ke snížení alkoholizmu a cirhózy (ve věku 15 až 64 let) o 33 % u mužů a 36 % u žen; úmrtí na dopravní nehody (ve věku 5 až 64 let) poklesla o 14 % a výskyt zhoubných nádorů horních dýchacích cest se u mužů snížil o 19 %, avšak u žen zvýšil o 8 %.⁽⁹⁾

Tyto změny lze částečně vysvětlit tím, že nemírné pití zvyšuje pravděpodobnost i závažnost škod, a také opakovaně prokazovanou skutečností, že populace s nižší průměrnou spotřebou mají tendenci k nižšímu podílu těžkých pijáků alkoholu. Není důvodu se domnívat, že škody v rodině se budou odlišovat od tohoto vzorce.

Tabulka 6¹⁰ Trendy nadměrné spotřeby alkoholu u dospělých (% z celkové populace)

	3-4 dávky nápoje/den	5-8 dávek nápoje/den	9 a více dávek nápoje/den
1980-1981			
ženy	7,3	2,1	0,0
muži	22,9	16,8	4,8
1986-1987			
ženy	4,1	1,1	0,2
muži	20,2	15,4	3,7
1991-1992			
ženy	4,1	0,9	0,1
muži	20,2	12,7	3,2

Za předpokladu, že ostatní podmínky budou stejné, lze v zemích s nízkou spotřebou očekávat relativně nízkou úroveň poškození rodin, kdežto u zemí s vysokou spotřebou naopak vysokou.

Je proto důležité, aby vlády členských států pochopily, že jednání nebo nečinnost, vedoucí ke zvýšené celonárodní spotřebě alkoholu, patrně povedou k problémům v rodinách a dalším zdravotním a sociálním problémům. Na druhé straně opatření snižující spotřebu alkoholu pravděpodobně rodinám prospějí.

Tabulka 7 ¹¹ Registrovaná spotřeba alkoholu na obyvatele (15 let a starší) vyjádřená v litrech čistého alkoholu v roce 1996

Lucembursko	14,35	Belgie	10,94
Francie	13,74	Řecko	10,41
Portugalsko	13,57	Nizozemí	9,80
Dánsko	12,15	Itálie	9,62
Rakousko	11,90	Spojené Království	9,41
Irsko	11,90	Finsko	8,26
Německo	11,67	Švédsko	6,04
Španělsko	11,09	Norsko	4,97

Ovšem, jak bylo řečeno výše, je také pravdou, že spotřeba alkoholu na jednoho obyvatele není jediným faktorem, který má vliv na úroveň škod: zdá se, že významnou roli hraje i způsob pití alkoholu. Některá šetření skutečně zjistila silnější vztah mezi rodinnými problémy a frekvencí intoxikace než mezi rodinnými problémy a prostou úrovní spotřeby alkoholu.⁽¹²⁾

Naštěstí je dobře doloženo, že existují metody ke zvládnání problémů s alkoholem. Jedna z nich se týká jeho ceny.

Cena a zdanění jako systém kontroly

V Evropské unii byly studie účinků změn ceny na spotřebu alkoholu provedeny v Belgii, Dánsku, Německu, Finsku, Francii, Irsku, Nizozemí, Portugalsku, Španělsku, Švédsku a Velké Británii. Podobné studie proběhly také v Severní Americe.⁽¹³⁾

Hlavní závěry těchto studií:

- Alkohol se v zásadě chová stejně jako ostatní komodity – jde-li cena nahoru, jde spotřeba dolů, kdežto jde-li cena dolů, jde spotřeba nahoru – za podmínky, že vše ostatní zůstává beze změny.
- Tyto efekty změn ceny jsou zdůrazněny nebo oslabeny současnými změnami volně použitelných příjmů.

- Ovlivnitelnost cenou není totožná pro všechna období a místa, ani pro všechny nápoje. Zejména tradiční nápoje (víno v zemích, které jsou jeho producenty, atd.) mají tendenci k nižší cenové elasticitě než ostatní nápoje.
- Za obvyklých okolností zvýšení daní uvalených na alkohol zvýší státní příjmy.
- Silní pijáci a dokonce i závislí na alkoholu jsou změnami ceny ovlivněni přinejmenším stejně, ne-li více, než lehčí pijáci.

Poslední nálezy popírá časté tvrzení zástupců alkoholového průmyslu, že vyšší ceny alkoholu pouze penalizují zodpovědné středně silné konzumenty a nemají žádný vliv na silné a problematické pijáky. Rovněž zpochybňuje tvrzení, že cenová zvýšení pouze zvětší břemeno rodin problematických pijáků.⁽¹⁴⁾

Neprokázalo se, že zdanění alkoholu tíživěji dopadá na chudé.

Poslední vědecké šetření v této oblasti dospělo k následujícím závěrům:

„Tvrzení, že zdanění alkoholu nemá nic společného s veřejným zdravím, je skutečně neudržitelné. Důkazy jsou jasné: za jinak stejných podmínek bude spotřeba alkoholu v populaci – v obvykle významné míře – ovlivněna jeho cenou. Vezmeme-li dále v úvahu, že postižení jsou jak silní, tak lehčí pijáci, vyústí změny ceny pravděpodobně ve změny prevalence problémů s alkoholem.“⁽¹⁵⁾

V tomto ohledu je vhodné připomenout, že Evropská komise již přijala princip, že zdanění alkoholu má veřejně zdravotní dimenzi. Původně plánované minimální daně na alkoholové výrobky byly s ohledem na zdravotní aspekt zvýšeny o 10 %. Komise konstatovala, že povolí každé členské zemi určovat svou vlastní úroveň zdanění látek, které mohou mít v celostátním měřítku vliv na zdraví. Bílá kniha Evropské komise o „Růstu, konkurenceschopnosti a zaměstnanosti“ říká v souvislosti s potřebou snížit rozpočtový deficit:

"Zvýšení spotřební daně u tabáku a alkoholu je zdrojem dalších rozpočtových příjmů a prostředkem prevence rozšířených sociálních problémů a může přispět k úspoře výdajů na sociální zabezpečení (v důsledku menší potřeby léčby zhoubných nádorů a alkoholizmu)".

Strategie činnosti, odsouhlasená v roce 1995 na Mezivládní pařížské konferenci s názvem „Zdraví, společnost a alkohol“ zahrnovala „podporu zdraví prostřednictvím dohledu nad dostupností, např. pro mladé lidi, a úpravy ceny alkoholických nápojů, např. zdaněním.“

To bylo odsouhlaseno a schváleno ministry zdravotnictví všech 49 členských států evropského regionu WHO, zahrnujícího až na jeden všechny státy Evropské unie.

Fyzická a zákonná dostupnost

Je k dispozici značné množství důkazů na mezinárodní úrovni, že zvýšení fyzické a právní dostupnosti alkoholu je pobídkou ke zvýšené spotřebě, a naopak omezení dostupnosti vede ke zmírnění spotřeby a s ní souvisejících problémů.⁽¹⁶⁾ Dostupnost se týká umístění a hustoty výčepů, provozní doby a omezení licence a služeb, k nimž patří zákonná úprava věkové hranice pro pití alkoholu.

Restrikce i jejich absence jsou především dány kulturními faktory a požadavky různých zemí a rozhodně zde netvrdíme, že existuje jediný model, vhodný pro celou Evropskou unii.

Je však třeba říci, že zejména v severských státech, kde současné trendy patrně směřují k deregulaci maloobchodního prodeje alkoholu, existuje značné nebezpečí, že zvýšená dostupnost přímo či nepřímo povede ke zvýšené spotřebě a s ní souvisejícím problémům včetně škod na rodinách.

Na existující restrikce je proto třeba hledět jako na bezpečnostní zábrany, jejichž odstranění může být nemoudré.

Zákonný věk opravňující ke koupi a pití alkoholu

Výše zmíněná úvaha zvláště platí u otázky zákonného věku pro koupi a konzum alkoholu. V Unii neexistuje jednotný systém věkových limitů (viz dodatek 4) a různé věkové hranice především odrážejí kulturní rozdíly v přístupu k pití alkoholu dětmi a mladými lidmi.

V severských státech často zaznívá argument, že je nejlépe, když to jsou rodiče, kteří seznámí děti s alkoholem již v časném věku a v rodinném prostředí. Je zde silně rozšířen názor, že jde o způsob běžný v zemích s produkcí vína a že toto uvedení do pití pomůže zabránit abúzu alkoholu.

Tyto předpoklady jsou zcela mylné, protože z historického hlediska je v zemích produkujících víno nejvyšší úroveň spotřeby alkoholu a souvisejících škod. V souladu s tím bylo v samotných severských zemích prokázáno, že časně pravidelné pití alkoholu spíše zvyšuje než snižuje riziko silného pití a problémů v souvislosti s alkoholem v pozdějším životě. V rámci nedávno provedené americké studie⁽¹⁷⁾ bylo zjištěno, že děti, které začnou pravidelně pít ve věku 13 let, mají více než čtyřnásobnou pravděpodobnost, že se stanou problémovými pijáky ve srovnání s těmi, které oddálí pití až do věku 21 let nebo ještě vyššího. Také jedna německá studie⁽¹⁸⁾ zjistila, že časně zahájení pití alkoholu je spojeno se zvýšeným rizikem abúzu nebo závislosti na alkoholu.

Závěr z těchto studií opět je, že existující omezení pití alkoholu dětmi, ukládané jak rodiči tak státem, jsou bezpečnostním opatřením, které by nebylo moudré oslabovat nebo odstraňovat. Ve skutečnosti je zde jasný důvod pro posílení stávajících opatření.

V této souvislosti je zajímavé to, že se zřejmě změnil přístup Francouzů, kteří jako rodiče méně často než jejich předchůdci a britští vrstevníci podávají svým dětem alkohol v mladém věku.⁽¹⁹⁾ Podobně i ve Španělsku probíhá diskuse o tom, že by bylo žádoucí posunout věkovou hranici pro alkohol, a regionální vláda Galicie informovala o zavedení nové legislativy, klasifikující alkohol a tabák jako drogy a zvyšující minimální věk pro jejich zakoupení na 18 let. Ve zbytku Španělska je věkovou hranicí 16 let. Debata o možnosti zvýšit zákonný věk pro kupování alkoholu na 18 let se vede také v Nizozemí.

Kontroly řízení pod vlivem alkoholu

Je jisté, že opatření, která snižují počet obětí autohavárií v souvislosti s řízením po požití alkoholu, jsou prospěšná pro rodiny i celou společnost. Každoročně je při autonehodách v Evropské unii zabito 45 000 a zraněno 1,6 milionu osob. Asi 19 % nehod, při nichž dojde k poranění, a 22 % nehod se závažnými a fatálními následky souvisí s alkoholem.⁽²⁰⁾

Tato úmrtí a úrazy mohou jistě mít devastující účinky na rodiny. V některých zemích jsou příbuzní obětí v čele kampaní proti řízení vozidla po požití alkoholu a mají významný podíl na tom, že si veřejnost začala tento problém více uvědomovat.

Jinou důležitou složkou opatření proti řízení pod vlivem alkoholu je vhodný postup včetně léčby u „vysoce rizikových osob s opakovanými přestupky“, tedy řidičů, u nichž je důvodné podezření na problémové pití alkoholu. V moderních motorizovaných společnostech je častým indikátorem vznikajícího problému s alkoholem usvědčení z řízení po požití alkoholu. Normálním jevem je to, že pokud se prosadí opatření proti řízení pod vlivem alkoholu, velký počet běžných pijáků přestane pít, pokud řídí. Zvýšené procento těch, kteří pokračují v pití bez ohledu na řízení, jsou návykoví, silní nebo problémoví pijáci. Zejména je to evidentní v severoevropských zemích, kde asi jedna třetina osob, usvědčených z řízení pod vlivem alkoholu, vykazuje biochemické známky problémového pití. Existuje dostatek důkazů o tom, že problémoví pijáci jsou zvláště nebezpečnými řidiči, odpovědnými za neúměrně vysoký počet autohavárií, úmrtí a zranění.⁽²¹⁾

Základním principem projektů „vysoce rizikových osob s přestupky“ je to, že řidiči, kteří spadají do této kategorie, jsou vyloučeni z řízení vozidel, dokud a pokud nepřesvědčí úřady,

že jejich způsoby s ohledem na pití alkoholu už neohrožují ostatní účastníky silničního provozu. Může se od nich vyžadovat, aby se podrobili léčbě.

Projekty „vysoce rizikových osob s přestupky“ představují prostředek sociální intervence do problémů s alkoholem v relativně časném stadiu a vzhledem k významu řidičského oprávnění v moderní společnosti jsou pro řidiče silným popudem, aby zarazili vývoj problému nebo začali usilovat o uzdravení. Třebaže jsou tyto projekty především zdůvodněny potřebou zlepšit bezpečnost na silnicích, přináší takto prováděná prevence a léčba alkoholových problémů přímý prospěch také rodinným příslušníkům.

Programy edukace a rehabilitace pro usvědčené řidiče pijící alkohol jsou již zavedeny v severních státech unie (např. Německu, Švédsku, Velké Británii), ale zdá se, že na jihu Evropy jsou prakticky neznámé.

Protialkoholní programy na pracovišti

Podobné argumenty platí i pro opatření proti problémovému pití na pracovištích. I když mohou být problémy s alkoholem spojeny s nezaměstnaností a vyloučením ze společnosti, zdá se, že většina problémových pijáků je výdělečně činná. Odhaduje se, že problémy s alkoholem bude mít něco mezi 10 % a 30 % zaměstnanců v Evropě.⁽²²⁾ Některá odvětví a určité typy zaměstnání jistě představují zvýšené riziko problémů s alkoholem a tyto problémy mohou samozřejmě značně zhoršovat pracovní výkon, produktivitu a bezpečnost. Pracoviště jsou tedy velice vhodným místem pro rozpoznání a řešení problémů s alkoholem a prospěch z takového postupu mají i rodiny zaměstnanců, kterých se to týká.

Reklama na alkohol a sponzorování

Evropská Charta o alkoholu konstatuje, že „všechny děti a dospívající mají právo vyrůstat v prostředí chráněném před negativními důsledky spotřeby alkoholu a v rozsahu, který je možný, i před propagací alkoholických nápojů.“

Většina kodexů reklamy zakazuje cílení na nezletilé osoby, ale všudypřítomnost reklamy na alkohol působí, že i tyto skupiny nemohou být nezasázeny. Také se prokázalo, že už malé děti si uvědomují reklamu na alkohol a mají tendenci si ji pamatovat.⁽²³⁾ Výrobci omezují možnosti mladých lidí vyhnout se působení propagace alkoholu také sponzorováním sportovních týmů, událostí a hudebních koncertů, vysoce přitažlivých pro mladé lidi.

Prokázalo se rovněž, že pití nezletilých a problémy s alkoholem v pozdějším životě úzce souvisejí s pozitivními očekáváními a očekávaného prospěchu z užívání alkoholu, což je přesně to, co reklamy používají.⁽²⁴⁾

Výsledky vědeckých studií o účinku reklamy na celkovou spotřebu alkoholu a škody jím způsobené nejsou jednotné. Některé studie potvrzují účinek, třebaže relativně malý ve srovnání s faktory, jako je cena a příjem. Na základě těchto studií se odhaduje, že 10% snížení reklamy by mohlo vést až k 1% snížení spotřeby.⁽²⁵⁾ Tyto studie neumožňují spolehlivou předpověď účinku zásadní změny, např. zákazu reklamní propagace alkoholu. Nicméně jiné studie⁽²⁶⁾ potvrzují, že v zemích se zákazem reklamy v televizním i rozhlasovém vysílání, je spotřeba alkoholu nižší.

Existuje dostatek důkazů na podporu strategie proti alkoholu navrhované Evropskou chartou, aby v každém členském státě „byla na základě existujících lokálních omezení nebo zákazů uplatňována přísná kontrola nad přímou i nepřímou reklamou alkoholických nápojů a zejména bylo zajištěno, že žádná z forem propagace nebude specificky určena mladým lidem, např. prostřednictvím vazby mezi alkoholem a sportem.“

Vzdělávání a informace

Je vědecky potvrzeno, že vzdělávání a informovanost samy o sobě mají jen omezený účinek a že je edukační strategie třeba kombinovat s dalšími opatřeními, zejména takovými, které mají přímý dopad na životní podmínky pijáka.⁽²⁷⁾ Lze ovšem argumentovat i tím, že vzdělávací a informační programy jsou nutné k tomu, aby se dalším opatřením dostalo kladného přijetí u veřejnosti.

Dalším aspektem je to, že problémy, kterými se zpráva zabývá, jsou toho druhu, že slovy portugalských účastníků vyvolávají silnou „pštrosí reakci“, tj. strkání hlavy do písku.

„Situaci ohledně problémů s alkoholem a rodiny v Portugalsku lze shrnout do několika klíčových slov: nečinnost, lhostejnost a stud mluvit otevřeně. Dokonce i ve vládních a nevládních organizacích, nemluvě o běžné veřejnosti, jsme pozorovali tendenci tyto problémy nevidět a většina dotazovaných nebrala na vědomí děsivý rozsah problémů i utrpení.“

Je jisté, že pštrosí reakce se netýká jen Portugalska: v celé Evropské unii je třeba zvýšit povědomí o povaze a rozsahu těchto problémů zvláště u té části veřejnosti, politiků, organizací i jedinců, do jejichž působnosti jakýmkoli způsobem spadá péče o rodinu.

Školy

Školy hrají důležitou roli v předávání poznatků a informací o alkoholu a problémech s ním spojených. Je známo, že školní vzdělávací programy v oblasti (prevence) alkoholu mohou rozšířit vědomosti a ovlivnit postoje, ale jsou jen omezeně účinné s ohledem na změnu chování. Nelze je proto považovat za všelék.⁽²⁸⁾ Nicméně bylo prokázáno, že vzdělávací programy mohou spíše změnit chování, jestliže jsou postaveny na vrstevnických vzorech (peer-led) a orientovány na zvýšení sociálních dovedností, tj. vývoji a osvojení si strategií a postupů, jak zacházet s předvídatelnými situacemi týkajícími se alkoholu a čelit společenskému tlaku pít.⁽²⁹⁾

Ovšem význam školy se od vyučování ve třídách rozšiřuje až ke konceptu školy jako místa propagace zdraví, zahrnující i základní postoj k alkoholu. I školy jsou organizace se zaměstnanci a i jim mohou přinést prospěch postupy proti alkoholu na pracovišti. Je zde také otázka postoje školy k dostupnosti a spotřebě alkoholu v jejích budovách a při různých slavnostních příležitostech. Vzhledem k možným nežádoucím účinkům problémového pití rodičů na školní prospěch a docházku dětí je jasně zapotřebí, aby se škola zabývala disciplinárními a osobními problémy žáků, v jejich rámci náležitě vnímala možné problémy s alkoholem u rodičů a dokázala konstruktivně postupovat při řešení těchto záležitostí.

Vliv rodiny

Z nich vyplývají jasné závěry pro společnost a politické činitele na všech úrovních. Výzkumy týkající se rodiny a problémů s alkoholem ukazují, že opatření upevňující manželství nebo alespoň stabilitu vztahů mezi dospělými mohou mít příznivé účinky i na problémy s alkoholem. Naopak kroky oslabující tuto stabilitu mohou problémy působené alkoholem nepřímo podporovat.

Pro rodiče jednoznačně platí, že nejdůležitější je, aby svým dětem dávali dobrý příklad. Kromě toho je pravděpodobnost výskytu problémů s alkoholem nižší, pokud rodiče potomka během dětství podporují a usměrňují a začátek pravidelného pití se posune nejlépe až do věku těsně před dvacátým rokem.

¹ G. Edwards et al: Alcohol Policy and the Public Good. Oxford University Press 1994.

² W. Miller: The Effectiveness of Alcohol Treatment. What Research Reveals, in Treating Addictive Behaviour. 1986.

³ The Pattern and Range of Services for Problem Drinkers. Report by the Advisory Committee on Alcoholism.

⁴ DHSS and the Welsh Office. 1979.

- ⁵ G. Edwards et al: Alcohol Policy and the Public Good. Oxford University Press 1994.
- ⁶ B. Ritson: Community and Municipal Action on Alcohol. WHO Regional Publications European Series No. 63 1995.
- ⁷ Table 5 B. Ritson: Community and Municipal Action on Alcohol. WHO Regional Publications European Series No. 63 1995.
- ⁸ J. Orford: Drug and Alcohol Review Vol. 13 No.4 1994
- G. Edwards et al: Alcohol Policy and the Public Good. Oxford University Press 1994.
- ⁹ Health in France: 1994 General Report. High Committee on Public Health. Ministry of Health and of Social and Urban Affairs. Paris 1996.
- ¹⁰ Tab. 6 Health in France: 1994 General Report. High Committee on Public Health. Ministry of Health and of Social and Urban Affairs. Paris 1996.
- ¹¹ Tab. 7 Global Status Report on Alcohol Substance Abuse Department. Social Change and Mental Health World Health Organisation . Geneva 1999.
- ¹² E. Osterberg: Alcohol Related Adverse Social Consequences within the European Union in T J Peters (ed) Alcohol Misuse: A European Perspective, Harwood Academic Publishers 1996.
- ¹³ G. Edwards et al: Alcohol Policy and the Public Good. Oxford University Press 1994.
- ¹⁴ Alcoholic Beverages and European Society. Amsterdam Group 1993.
- ¹⁵ G. Edwards et al: Alcohol Policy and the Public Good. Oxford University Press 1994.
- ¹⁶ Alcohol – Less is Better. WHO Regional Publications European Series No. 70 1996.
- ¹⁷ B. Grant & D. Dawson: Age at Onset of Alcohol Use and its Association with DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence: Results for the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. Journal of Substance Abuse Vol. 9 1997.
- ¹⁸ C. Nelson & H-U Wittchen: DSM-IV alcohol disorders in a general population sample of adolescents and young adults. Addiction Vol 93 No 7 July 1998.
- ¹⁹ J. van Reek et al: Alcohol Consumption and Correlation Among Children in the European Community. International Journal of Addiction 29 (1) 1994.
- ²⁰ Reducing Traffic Injuries Resulting from Alcohol Impairment. European Transport Safety Council. Brussels January 1995.
- ²¹ J. Dunbar et al: Drinking and Driving: Success of Random Breath Testing in Finland. BMJ 11 July 1987.
- ²² M. Nilson-Giebel: Drinking Practices of Specific Categories of Employees. WHO Europe 1990.
- ²³ G.B. Hastings et al: Is Alcohol Advertising Reaching The People It Shouldn't Reach? Health Education Journal Vol 51/1 1992.
- ²⁴ B.A. Christiansen et al: The Differential Development of Adolescent Alcohol Expectancies May Predict Adult Alcoholism. Addictive Behaviours. 10-3 1985.
- ²⁵ C. Godfrey: Chapter 9 of G Edwards & M. Lander. Addiction: processes of change. Oxford Medical Publications 1994.
- ²⁶ H. Saffer: Alcohol Advertising Bans and Alcohol Abuse: An International Perspective. Journal of Health Economics. 10. 1991.
- ²⁷ G. Edwards Alcohol Policy and the Public Good. Oxford University Press. 1994.
- ²⁸ G. Edwards et al: Alcohol Policy and the Public Good. Oxford University Press 1994.
- ²⁹ C. Perry et al: WHO Collaborative Study on Alcohol Education and Young People. Outcomes of a four pilot study. International Journal of Addictions 24 (12) 1989.

CO JE TŘEBA UDĚLAT?

Členové pracovní skupiny byli pozváni, aby učinili krátké konstatování, týkající se jejich vlastní země, a doporučení do budoucna.

Rakousko

Důležité je, aby byla dostupná síť pomoci pro osoby, které mají problémy s alkoholem, a jejich rodiny.

V prevenci jsou zapotřebí:

- 1) Aktivity k posílení osobnosti dítěte („učinit dítě silnějším“) prostřednictvím informačních a uvědomovacích vzdělávacích programů, cílených na populaci jako celek:
 - příprava rodičů, učitelů a ostatních, kdo pečují o děti a dospívající
 - přímá opatření zaměřená na rodinné příslušníky
- 2) Legislativní opatření ve vztahu k:
 - marketingovým postupům, např. tři nejlevnější nápoje prodávané v baru mají být nealkoholické, zákaz prodeje nezletilým
 - ochraně dětí
 - zdanění alkoholu
- 3) Loby ve prospěch dětí:
 - Obhájci zájmů dětí a mládeže, kteří by měli působit v každém federálním rakouském státě, se standardní bezplatnou telefonní horkou linkou (podobně jako švédský ombudsman).
 - Další loby náboženského nebo politického charakteru, které by se měly zabývat problematikou rodin, zejména pokud se tam vyskytuje problém s alkoholem.
- 4) Podpůrná opatření na úrovni místních společenství.

Podle našeho názoru je důležité, aby informační a osvětové programy byly spíše pozitivně pojaté. Je nemoudré dělat kampaň proti alkoholu, zejména ne vytvářením nevymáhateľných zákonů. Lépe je učinit dostupnými rozumné alternativy, aby lidé měli volný prostor, v němž by mohli, v rámci toho, co je zákonem dovoleno, experimentovat a vyvíjet se.

Hans Kohler, Krankenhaus Stiftung Maria Ebene

Belgie

- Pracovníci v první linii zdravotní péče a praktičtí lékaři by měli být lépe seznámeni s problémy spojenými s alkoholem a účinky abúzu alkoholu na život rodiny. Je proto třeba, aby se s touto problematikou seznámili v rámci svého základního vzdělání.
- Je třeba vyvinout a zavést do praxe výukové programy léčby zneužívání alkoholu.
- Je třeba zkoumat účinnost různých léčebných postupů. Vedle toho je nutno věnovat pozornost způsobům, jak získat více osob zneužívajících alkohol pro léčbu.
- Je nutné dlouhodobé a široce zaměřené zdravotní vzdělávání, vysvětlující nejen účinek alkoholu na jedince, ale i dopady na rodinný život.
- Bude třeba, aby vláda poskytla více peněz na výzkum, prevenci a léčbu problémů spojených s alkoholem.

Erwin De Bisscop, AZ Sint-Jan

Dánsko

Děti z rodin, v nichž alkohol působí škody, je třeba více začlenit do prevence a léčby. Je na ně třeba pohlížet nejen jako na rodinné příslušníky, ale jako na děti s rizikem vývojových problémů (s ohledem na zdraví a vývin). Jakýkoli kontakt s těmito rodinami v rámci léčby a prevence musí výslovně zahrnovat otázky prospěšnosti dětem. Děti nemohou čekat, až rodiče přestanou s pitím. Je-li pomoc věnována nejprve rodičům, a potom teprve dětem, může se stát, že děti vyrostou dříve, než se jim dostane pomoci. Proto jakákoli akce na pomoc rodinám musí obnášet specifickou a přímou pomoc nebo léčbu minimalizující vývojové problémy dětí (ty rozhodně pomoc samy pro sebe potřebují).

Důležité je, aby se s prací mohlo začít již hned po prvním kontaktu rodičů se systémem protialkoholní léčby. K nalezení nejlepšího způsobu, jak to učinit, je třeba naplánovat experimentální projekt a ten po provedení vyhodnotit. Výsledky by se měly stát součástí evropské dokumentární databáze, přístupné všem zainteresovaným organizacím i osobám.

Pracovníci v systému protialkoholní léčby by měli být více školeni s ohledem na děti, jejich zdraví a vývoj.

Profesionální zdravotníci první linie musí získat znalosti o alkoholu, problémech s ním spojených a újmě dětí v důsledku alkoholizmu v rámci základního plánu studia. Za základ pro edukační a výcvikové programy je třeba považovat Seznam dovedností WHO (viz výše).

Else Christensen, Joint Council on Child Issues

Finsko

Zvláštní pozornost vyžadují:

- Změny rodinných struktur a modelů rolí v rámci rodiny. Důležité je studovat jejich dopad na abúzus z multidisciplinární perspektivy.
- Působení postmoderní společnosti. Přechod od celoživotně budované pracovní kariéry ke krátkodobým zaměstnáním s vysokým procentem nezaměstnanosti vytváří nově podmínky pro abúzus návykových látek. Vedle toho stále přetrvávají tradiční způsoby masivního pití o víkendech, vytvářející podmínky pro vyšší úroveň abúzu návykových látek. Dopad těchto faktorů je stále nedostatečně prozkoumán.
- Tradiční způsob snižování spotřeby alkoholu cenovou politikou je po začlenění Finska do Evropské unie stále obtížnější vzhledem ke snaze o harmonizaci daní z alkoholu. Nižší ceny alkoholu mohou významně zvýšit spotřebu a způsobit nárůst problémů působených návykovými látkami v rodinách.
- Nejdůležitější ze všeho je, aby byly rodiny, trpící problémy s alkoholem, co nejdříve identifikovány a aby jim byla co nejdříve poskytnuta pomoc. To kromě jiného znamená, že časných známek abúzu si musí všimnout nejen pracovníci sociální a zdravotní péče i další profesionálové, ale i členové samotných rodin.

Finské centrum podpory zdraví

Francie

Problémy, které alkohol způsobuje v rodinách, jsou nedostatečně známy.

Bylo by třeba:

- zahájit výzkum těchto problémů,
- poskytovat informace a školení profesionálům, pracujícím s rodinami, zejména praktickým lékařům, pediatrům, sociálním pracovníkům a porodním asistentkám.

Významným tématem celonárodního preventivního programu a lokálních akcí se musí stát rizika pití alkoholu během těhotenství.

Je třeba zřídit volně přístupnou telefonní linku speciálně pro problémy s alkoholem v rodině.

Pierre Fagniot, Délégation Régionale de Prévention de l'Alcoolisme

Německo

Nezbytné je vybudování speciálních služeb pomoci pro závislé na alkoholu a ty, kdo jsou závislostí v rodině postiženi. Do poradenství a léčbu je třeba zahrnout i rodinu, protože:

- závislost na alkoholu má za následek psychické, sociální a často i fyzické postižení všech členů rodiny
- závislost jednotlivého člena rodiny je přímo i nepřímo podporována či udržována následkem nevhodné podpory, nezájmu či sobectví
- existuje riziko spoluzávislosti (tzv. kodependence) partnera nebo dětí
- závislost na alkoholu rodičů může sloužit jako příklad pro jejich děti

Z hlediska rodiny je třeba zdůraznit, že chronická závislost na alkoholu je výrazem porušených vztahů v celé rodině. Až 90 % těch, kteří hledají pomoc a přicházejí do speciálních poradenských center, jsou partneři problémového pijáka.

Speciální pomoc pro děti a mladé lidi

Je naléhavě třeba, aby speciální služby pomoci pro děti a mladé rozšířily svoji činnost o podporu rodin s alkoholovou závislostí a na děti a mladé lidi s vlastními problémy s alkoholem. V Německu pracuje, zejména ve velkých centrech, mnoho služeb pomoci pro děti a mladé lidi (poradenská centra pro děti, linky pomoci atd.). Tyto služby se propagují prostřednictvím plakátů, vývěsek, uváděním v telefonním seznamu a Žlutých stránkách. Ve všech lokalitách jsou zdarma k dispozici příručky s informacemi o veřejných i soukromých službách pomoci. Informace o těchto službách pomoci by měla být k dispozici ve školách a školkách.

Služby rodinám

Je nezbytné zlepšit a rozšířit vybavení poradenských a terapeutických institucí pro dospělé, mladé lidi a děti se speciálními problémy, např. po odloučení nebo rozvodu.

Služby pomoci pro osoby závislé na alkoholu

Různé specializované služby pomoci (např. manželské poradny, centra pro léčbu závislostí a služby pomoci rodinám) by měly být dostupné ve velkém počtu. Při žádosti o pomoc by se tyto služby měly doplňovat a vzájemně spolupracovat. Je třeba speciálně vyškolených učitelů, školních psychologů a učitelů šířících vzdělání o drogách, na něž by se děti a mladí mohli obracet.

Speciální školení a další vzdělávání pro autorizované služby pomoci

Speciální vyškolení, získání zkušeností a znalostí o problémech s alkoholem by mělo být dostupné každému, kdo se podílí na službách pomoci.

Politická opatření

Problémy s alkoholem mají pro společnost politický význam. Boj s těmito problémy musí probíhat na různých úrovních a stát se součástí zdravotní a sociální politiky.

Maria Braun, Familienbund der Deutschen Katholiken in der BRD.

Řecko

Prvním konstatováním je, že problémy spojené s alkoholem narůstají a Řecko je středozezemním státem, kde je volný čas v myslích lidí spojen s „nevinným“ pitím alkoholu.

Skutečnost, že alkohol vypadá ve srovnání s jinými návykovými látkami „nevinně“, znamená, že musíme učinit určité kroky:

- 1) Prostřednictvím specializovaných útvarů musíme informovat a uvědomovat cílové skupiny, např. studenty, vězně atd.
- 2) Vytvořit speciální služby, útvary a centra denní péče specializované na problémy s alkoholem u jednotlivců a vybavené i týmy konzultantů pro rodiče, děti a příbuzné.
- 3) Ostatní veřejná opatření, k nimž patří a) vysoké zdanění alkoholu a b) omezování reklamy alkoholu.
- 4) Příprava expertů, kteří se zabývají problémy působenými alkoholem.
- 5) Sběr statistických i jiných informací o problémech s alkoholem.

Všechny výše zmíněné kroky by usnadnilo vytvoření národního informačního centra zaměřeného na alkohol, které by bylo odpovědné za sběr a šíření informací ve veřejnosti i mezi profesionálními pracovníky.

Vasiliki Sakki, Centrum péče o rodinu a dítě

Irsko

Zvláštní postavení rodiny v irské ústavě by si zasloužilo větší ochotu části politiků a vládních organizací uznat narůstající škody, které rodinám působí zneužívání alkoholu, a s tím i spojenou větší vůli k financování organizací a iniciativ na podporu takto traumatizovaných rodin.

Všichni profesionální pracovníci v oboru zdravotnictví a sociální péče by měli prodělat důkladné povinné vzdělání a přípravu ve všech aspektech problémového pití tak, aby byli náležitě vybaveni ke kompetentnímu provádění krátkých intervencí a byli schopni terapeuticky působit na problémově pijící klienty a jejich rodiny, s nimiž se v průběhu práce setkávají.

Sheila Lyons, Stanhope Alcohol Treatment Centre

Itálie

Italské organizace Eurocare pocítují nejprve potřebu nastínit národní přístup ve vztahu k tomuto projektu („Alcohol Problems in the Family“). V naší zemi se výrazně nedostává informací, absolutně nutných pro realizaci akčního plánu, jak řešit problémy s alkoholem v rodinách.

Za druhé se domníváme, že účinným způsobem odpovědi na utrpení rodin s problémy souvisejícími s alkoholem jsou zkušenosti Klubů alkoholiků v léčbě. Tato metoda, zavedená koncem 70. let profesorem Vladimírem Hudolinem, se ukázala jako přínosná pro italské rodiny. Jde o postup zaměřený hlavně na rodiny a úloha rodin jejich zapojením do Klubů je zásadní. Kluby lze stručně charakterizovat jako komunity mnoha rodin, zakotvené a pevně vrostlé do místní společnosti. Myšlenka léčby alkoholových problémů, z níž vychází tato metoda, je založena na posunu hlavního důrazu z léčby na změnu životního stylu, od jedince k rodině, od svépomocných skupin ke společenstvím více rodin.

Franco Marcomini

Nizozemí

- 1) Jednoznačný je nedostatek informací. Je potřeba rozsáhlý výzkumný program, nejlépe v rámci Evropské unie, který by umožnil srovnání v čase i mezi jednotlivými zeměmi. Zejména je třeba zkoumat účinky pomoci a léčby pro problémové pijáky i jejich rodiny.
- 2) V Nizozemí jsou slabě rozvinuty služby pomoci pro děti problémových pijáků. Pro děti drogově závislých se toho dělá mnohem více. Jen málo organizací nabízí služby dětem jako součást nabídky pro lidi hledající pomoc. Doporučujeme, aby všechny profesionální organizace, zabývající se léčbou alkoholových a drogových problémů, zavedly také služby pomoci pro děti jako nedílnou součást své nabídky lidem přicházejícím s žádostí o pomoc. Součástí nabídky by byla systémová léčba celé rodiny.

3) V řadě regionů existuje „partner-relatiegroepen“ (skupiny pro partnerské vztahy). Jde o smíšené skupiny, skládající se z párů (osoba pijící alkohol a partner), samotných pijáků bez partnera a samotných partnerů osob, které mají problémy s alkoholem. Mezi problémovými pijáky a jejich partnery bývá těsný vztah. Je proto žádoucí, aby v případě, že oba chtějí řešit společný problém, využili příležitosti a oba docházeli do stejné terapeutické skupiny. Doporučujeme, aby všechny holandské organizace pomoci rozšířily své služby o skupiny pro partnerské vztahy, které by se staly nedílnou součástí jejich nabídky pro lidi žádající o pomoc. Je ovšem také nutné, aby pokračovaly v činnosti i existující formy skupinové léčby pro závislé na alkoholu i skupinové léčby pro jejich partnery.

4) Doporučujeme, aby místní profesionální pracovníci zabývající se prevencí problémů působených alkoholem a drogami, věnovali větší pozornost učitelům na základních školách, kteří jsou v denním kontaktu se svými žáky. Tito preventivní pracovníci by mohli školit učitele, jak poznat žáky, u jejichž rodičů dochází k závažným problémům s alkoholem, jak těmto dětem pomáhat a nabízet jim profesionální léčbu.

5) V posledních 5 letech holandské úřady snížily výdaje na ambulantní služby pomoci lidem s problémy s alkoholem. Doporučujeme zrušit tyto škrtky a umožnit návrat k původnímu rozsahu služeb pro klienty s problémy s alkoholem a jejich rodiny.

6) Doporučujeme, aby holandská vláda zvýšila množství peněz na léčbu a prevenci problémů s alkoholem. Vzhledem k tomu, že spotřební daně alkoholických nápojů vynášejí ročně 1,58 miliardy guldenů, doporučujeme, aby tyto peníze, nebo alespoň jejich podstatná část, byly věnovány na služby pro léčbu a prevenci. Další financování terapeutických služeb by mohlo plynout ze sociálního pojištění (AWBZ), zatímco prevence by zasluhovala větší příspěvky od orgánů samosprávy.

Maarten Otto, STAP (Stichting Alcohol Preventie)

Norsko

Nejprve je třeba říci, že problematické pití alkoholu dopadá nejdříve na rodinu a děti. Jestliže se zneužívání alkoholu projeví poškozením jater, znamená to, že rodina byla před tím postižena již 10 – 20 let.

Je třeba konstatovat, že ne všechny tyto následky pití alkoholu lze z vědeckého hlediska považovat za škodlivé. Ale současně je třeba zdůraznit, že většina vědců se shoduje na tom, že velká většina z nich škodlivá je a to zejména pro děti.

Existuje dostatek důkazů, na jejichž základě je nutno žádat vlády, aby pracovníkům v první linii zdravotní a sociální péče poskytly více zdrojů, aby mohli snáze zjišťovat a řešit problémy tohoto druhu. Je proto třeba je vybavit jak znalostmi v této oblasti, tak větším rozpočtem.

Jsou také rodiny, které jsou ve škole nebo školce identifikovány jako problémové, díky vztahu mezi učitelem a dítětem. Jejich počet by se zvýšil po vyškolení učitelů v této problematice.

A nakonec, ale ne na posledním místě, je jistě důležité pokračovat ve vzdělávání široké veřejnosti o tom, jaká rizika může jejich pití představovat pro jejich děti.

Kalle Gjesvik, Avholdsfolket Landsrad

Portugalsko

Situaci kolem alkoholu a rodiny lze v Portugalsku shrnout do několika klíčových slov: nečinnost, lhostejnost a stud mluvit otevřeně. Dokonce i ve zkoumaných vládních a nevládních organizacích, nemluvě o běžné veřejnosti, jsme pozorovali tendenci tyto problémy nevidět a většina dotazovaných nebrala na vědomí děsivý rozsah problémů a utrpení.

Děti jsou obětmi abúzu a zanedbávání; ženy jsou bity a je s nimi zle nakládáno; je zde velký počet vdov a sirotků cirhotických manželů a otců; a také lidé, kteří se stali invalidními z viny řidičů silných pijáků alkoholu. Toto je ale pouze špička ledovce.

Při tomto rozsahu známých a odhadovaných rodinných problémů lze jen ztěží pochopit, jak je možné, že v této oblasti probíhá tak málo vědeckých projektů.

Domníváme se, že jedním z vysvětlení je naše tradice v pití alkoholu. Vidět problémy v této oblasti je ostudné a „nemoderní“. Jen několik málo vládních a nevládních organizací se zabývá výzkumem alkoholu a rodiny. Zájem profesionálů se soustřeďuje téměř výlučně na oblast léčby a následné péče.

Domníváme se, že v Portugalsku je třeba uskutečnit:

celonárodní informační projekt, aby si obyvatelstvo více uvědomovalo rizika a škody abúzu alkoholu pro rodiny, těhotné ženy, děti, dospívající i samotné silné pijáky. Do akce je třeba zapojit sdělovací prostředky, aby dosáhla k co největšímu počtu rodin.

- 1) Výroba edukačních letáků a brožurek s jasně formulovaným, z vědeckých poznatků vycházejícím textem o užívání a zneužívání alkoholu v rodinách.
- 2) Tato veřejná informační kampaň musí být provázena následujícími legislativními opatřeními:
 - a. Zvýšit zákonnou věkovou hranici dětí a dospívajících pro vstup do baru bez doprovodu, kupování a pití alkoholických nápojů. Tato opatření musí být posílena pokutami vlastníků a barmanů, kteří je obslouží.
 - b. Vyžadovat označování a marketing šumivých nápojů s obsahem alkoholu a syntetických nápojů (designer drinks) jako alkoholických nápojů – musí být dobře patrné, že jde o alkoholické nápoje a jaké množství alkoholu obsahují.
 - c. Kontrolovat a zakázat školní bary a kavárny pro děti a dospívající s prodejem alkoholických nápojů.
 - d. Regulovat reklamu na alkoholické nápoje, zejména nepovolovat jejich prezentování jako neškodných a nerizikových.
- 3) Připravit celonárodní plán vědeckých výzkumných projektů, jejichž náplní bude sběr a zveřejňování údajů o alkoholu a rodině se zaměřením především na podíl alkoholu na násilí v rodině a zneužívání dětí. Jedná se o stále silně ukryvaný a tabuizovaný problém, který je veřejnosti téměř neznám a proti němuž nejsou podnikány žádné adekvátní preventivní kroky.
- 4) Přiměřeněji financovat nevládní organizace, které prokázaly, že jsou schopny účinně provádět prevenci problémů s alkoholem. Tyto nevládní organizace musí být lépe finančně podporovány a jejich činnost koordinována s programy specifikovanými pod body 1, 2, 3 a 4. Tím by se ještě zlepšily výsledky, kterých dosahují již nyní.

Takové financování umožní nevládním organizacím udržet na plný pracovní úvazek profesionální pracovníky, činné ve výzkumu, přípravě materiálů, rodinném poradenství a návazné péči osob, které prošli léčbou alkoholové závislosti.

Aires Gameiro, SAAP

Španělsko

Velmi rozšířené užívání alkoholu má za následek nejen velký počet alkoholových závislostí a nemocí i úmrtí souvisejících s alkoholem, ale významně poškozuje celou společnost, zejména ty, kdo jsou problémovým pijákům nejbližší, totiž jejich děti a manželky.

Problémy dopadající na rodiny zahrnují mimo jiné poškození plodu alkoholem, zneužívání a zanedbávání dětí, závažné narušení rodinných vztahů a domácí násilí. K řešení této situace je třeba učinit následující:

- Vytvořit trvalý informační systém s vybranými základními indikátory, vhodnými k posouzení a monitorování společenských škod spojeným s alkoholem. Tyto indikátory by neměly být omezeny pouze na zdravotní údaje, např. počet léčených pro závislost na alkoholu nebo nemoci a úmrtí v souvislosti s alkoholem, ale měly by zahrnovat také újmu rodin, např. alkoholem zaviněné případy zneužívání a zanedbávání dětí, ostatní problémy působené dětem, násilí vůči ženám, počet osiřelých dětí v důsledku úmrtí v souvislosti s alkoholem atd.
- Hlavním kategoriím profesionálních pracovníků, činných v prevenci, časně detekci a intervenci u výše zmíněných s alkoholem souvisejících problémů rodin, by se mělo dostat základní přípravy během povinného studia na škole nebo univerzitě. Máme na mysli sociální pracovníky, psychology, policisty, lékaře, učitele, zdravotní sestry a další. I když se tak na mnohých univerzitách již děje, je situace nejednotná a na mnoha místech není základní příprava zajištěna.
- Příbuzní (zejména děti), postižení chováním problémového pijáka, by měli mít garantovanou přiměřenou sociální a psychologickou podporu. Ve Španělsku takovou podporu poskytují služby na pomoc postiženým alkoholem, síť na podporu duševního zdraví, sociální služby a další místa. V mnoha případech je přiměřená péče již poskytována, ale v mnoha jiných nelze nalézt žádnou bezplatnou pomoc. Jindy vážne koordinace mezi různými druhy služeb.
- Prevence alkoholem způsobených škod se musí stát hlavní prioritou a to nejen na papíře. Příkladem je ve Španělsku velká a stále sílící obava z násilí vůči ženám; byla přijata opatření na podporu obětí a trestání agresorů. Ale nic se neděje v prevenci těchto fenoménů, např. časným řešením abúzu alkoholu, který je kořenem mnoha případů násilí.

- Žádný z výše uvedených bodů nebude možný bez účasti a podpory národních, regionálních a lokálních úřadů. Stejně platí, že nevládní organizace, působící v sektorech problémů s alkoholem a rodiny, musí být silně zaangažovány ve snižování škod způsobených alkoholem u dětí a rodin, a to jak ve svých preventivních a terapeutických programech, tak lobováním u představitelů různých orgánů, aby tito plnili své povinnosti v souladu se svým posláním a cílem být mluvčími občanské společnosti.

Xavier Ferrer, Acción para-el Bienestar y la Salud (Action for Health and Social Welfare)

Švédsko

Ombudsman dětí

Domníváme se, že užitečným způsobem, jak pomoci dětem z rodin s problémovým pitím alkoholu, je instituce ombudsmana pro děti, jak je tomu ve Švédsku.

Švédské děti a mladí lidé do 18 let věku mají svého ombudsmana, švédsky nazývaného „Barnombudsmannen“ (BO). Hlavním úkolem ombudsmana dětí je zabezpečovat práva a zájmy dětí a mladých lidí, jak byla formulována v Konvenci Spojených národů o právech dítěte. Dětský ombudsman vznikl v roce 1993 aktem parlamentu a ombudsmana ustavuje každých šest let vláda. Jeho úřad je v gesci Ministerstva zdravotnictví a sociálních věcí.

Konvence Spojených národů o právech dítěte – důležitá platforma

Pole působnosti dětského ombudsmana zahrnuje v zásadě všechny záležitosti, které se týkají dětí a mladých lidí. Jakmile se objeví problém, spadající pod Konvenci, přechází do kompetence dětského ombudsmana. Ale i problémy mimo sféru Konvence mohou být převzaty, pokud se dotýkají práv a zájmů dětí, sledovaných dětským ombudsmanem.

Dětský ombudsman je nezávislou nepolitickou institucí, čímž není řečeno, že musí zastávat neutrální pozici. Jeho úkolem je prosazovat práva dětí a mladých lidí. To znamená, že dětský ombudsman reprezentuje zájmy určité skupiny, na rozdíl od jedinců z řad veřejnosti a občanské společnosti.

Reprezentování dětí a mladých lidí

Jedním z nejdůležitějších úkolů dětského ombudsmana je zastupovat děti a mladé lidi. Cílem naší práce je, aby sami mladí lidé byli schopni nechat zaznít svůj hlas a dosáhnout respektování svých stanovisek. My zjišťujeme jejich názory na záležitosti, které se jich týkají,

prostřednictvím řady dotazníků a studií, z dopisů, telefonicky i pomocí internetu. Navštívujeme školy, školní rekreační centra a další místa, kde se děti a mladí scházejí. Děti i mladí lidé mohou také volat na naši speciální telefonní informační linku, nazvanou BO Direct. Zde se mohou ptát na svá práva a dostat radu, kde a jak lze získat pomoc v případě různých problémů. Dětský ombudsman je oprávněn považovat jakoukoliv informaci, kterou od určitého jedince obdržel, podle situace jako tajnou.

Práce na obecné úrovni

Dětský ombudsman pracuje na strategické úrovni na věcech, které se týkají práv a potřeb dětí a mladých lidí. To znamená, že sleduje aplikaci Konvence na švédské děti jako skupinu. Kromě jiného také předkládáme doporučení změn legislativy, aby se dosáhlo většího souladu mezi Konvencí a švédským právem. Pracujeme na tom, aby samosprávné úřady ve Švédsku braly Konvenci za základ svých aktivit, které se týkají dětí a mladých lidí.

Dětský ombudsman nevykonává žádný dohled nad jinými úřady ani nevstupuje do jednotlivých případů. Může však použít jednotlivého případu jako východiska pro interpretaci Konvence ze švédské perspektivy. Důvodem k tomu je dát významný prostor zásadám, o nichž se mohou odvíjet různá stanoviska, doporučení a návrhy změn. Dětský ombudsman je konzultativním tělesem při přípravě legislativy v oblasti péče o děti a mladé lidi.

Formování a ovlivňování veřejného mínění

K velmi důležitým úkolům dětského ombudsmana patří účast ve veřejných debatách, formování názorů na důležité otázky a ovlivňování postojů politiků, osob s rozhodovacími pravomocemi a všeobecné veřejnosti v záležitostech týkajících se dětí a mladých lidí. Číníme tak prostřednictvím celého spektra aktivit, např. psaní článků, lobování v různých komisích a pořádáním konferencí a seminářů.

Spolupráce a šíření poznatků

Úzce spolupracujeme s ostatními veřejnými úřady a organizacemi, do jejichž působnosti patří také problematika dětí a mladých lidí na různých úrovních společnosti. V některých případech to může znamenat vytvoření obecného přístupu ke specifickému problému, jindy může být cílem dosáhnout obecného pohledu a jednotné strategie u spektra různých záležitostí, týkajících se dětí a mladých lidí.

Sledujeme a sestavujeme zprávy o posledních informacích, statistikách a poznatcích výzkumu o dětech a mladých lidech, iniciativně propagujeme výzkum a šíříme nové poznatky do speciálních cílových skupin.

Hlavní oblasti práce dětského ombudsmana

Vzhledem k velké šíři pracovní sféry, zahrnující potřeby a práva dětí a mladých lidí, je nutné neustále vytyčovat priority určující, na které oblasti společnosti se bude v různých časových obdobích soustřeďovat náš zájem.

V současnosti zaměřujeme naši aktivitu do pěti hlavních oblastí:

- Konvence Spojených národů o právech dítěte: informace, realizace a aplikace.
- Děti ve zranitelných situacích, např. šikanování, týrání a sexuální zneužívání.
- Vliv dětí a mladých lidí na školu a společnost.
- Podmínky dětí a mladých lidí: z hlediska práva, politiky a sociální péče.
- Koordinace a vývoj veřejných aktivit k zajištění bezpečnosti dětí a mladých lidí.

Karin Israelsson, National Temperance Council of Sweden

Velká Británie

Profesionální pracovníci v první linii sociální a zdravotní sféry je třeba vyškolit o účincích abúzu alkoholu na rodiny v rámci jejich základního profesionálního vzdělávání a doškolovacích kurzů.

V působení Ochrany dítěte (Child Protection) dochází v současnosti k přesměrování od identifikace a registrace dětí s rizikem významné újmy k soustředění se na poskytování pomoci dětem, které ji potřebují („Children in Need“). To by mělo pomoci k vyhledání dětí postižených abúzem alkoholu. Naše prohlášení by mělo přesvědčit úřady, aby zařadily děti postižené abúzem alkoholu jako děti potřebné a abúzus alkoholu považovaly za specifický faktor dětské zranitelnosti. Dostaly by se takto k problému v celé jeho škále (a doufejme i k jeho řešení).

Penny Stanley-Evans, Barnardos Scotland

ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ

Je evidentní, že problémové pití alkoholu postihuje milióny rodin, a tím i milióny dětí a dospělých v rámci Evropské unie, a působí tak škody a strádání v měřítku, zastiňujícím problémy spojené s nezákonnými drogami. Navzdory tomu národní vlády často věnují více prostředků na kampaně proti ilegálním drogám. Boj s ilegálními drogami je písemně zakotven v Římské dohodě (Treaty of Rome), ale neexistuje žádná speciální EU kampaň proti mnohem většímu problému abúzu alkoholu.

Na tomto místě stojí za zmínku, že ve východoevropských zemích, včetně těch, které usilují o členství v Evropské unii, dosahuje spotřeba alkoholu a jím způsobené škody vysoké úrovně. Ve většině těchto zemí se situace zřejmě ještě zhoršuje.⁽¹⁾ Vstupem východoevropských zemí tak v Evropské unii přibudou další miliony občanů postižených problémy s alkoholem.

U nezanedbatelné menšiny postižených dětí přecházejí problémy až do dospělosti a některé děti rodičů pijáků alkoholu skutečně přenášejí tyto problémy na další generaci.

Potíže rodinných příslušníků přesahují rozměr individuálního neštěstí a zakládají zdravotní a sociální problémy, postihující a ekonomicky zatěžující celou společnost. Na zdravotní a sociální služby, potýkající se s následky alkoholizmu v rodinách, vynakládají všechny členské státy každoročně neznámé, ale nutně velké množství veřejných peněz.

Zdá se, že dosud v žádném členském státě není problémům rodin s alkoholem udělena taková důležitost, jakou skutečně zasluhují. Všechny členské státy převážně podporují exponované osvětové programy o nebezpečnosti řízení vozidla pod vlivem alkoholu: žádný z nich však nepropaguje ani vzdáleně podobný osvětový program o nebezpečí pití pro rodičovství.

V zemích Evropské unie existují určité služby na pomoc rodinným příslušníkům, ale jejich výskyt a dostupnost kolísají a není pochyb o tom, že mnoho lidí, zejména dětí, nemá v současnosti žádný reálný přístup k pomoci nebo podpoře.

Jedním z konkrétních zjištěných problémů je to, že služby specializované na léčbu alkoholizmu, nemusí být připraveny a vybaveny k řešení rodinných aspektů problému, zatímco služby péče o rodinu nemusí být připraveny a vybaveny k řešení problémů souvisejících s alkoholem.

Třebaže je větší počet a vyšší kvalita služeb pomoci prioritní krizovou intervencí, samotná krizová intervence má sama o sobě omezený význam pro společnost, jakkoli prospěšná může být pro jednotlivce. Hlavním problémem totiž je zabránit, aby problémy dosáhly kritického

bodů, nebo nejlépe aby k problémům vůbec nedocházelo. Je také otázka, jak a kým by měly být služby pomoci financovány.

Zčásti i pro nedostatek informací nebylo v této zprávě možné zkoumat otázku ekonomických nákladů pro společnost, které si problémy rodin způsobené alkoholem vyžadují. V tomto kontextu je třeba pohlížet na problém financování léčby a, jak bylo uvedeno výše, velké sumy veřejných peněz vydávané na důsledky problémů s alkoholem v rodinách. Bylo by rozumné přesunout část zdrojů na rozbor a léčbu problémů, které plodí ony důsledky. Bude asi třeba žádat více peněz. Evidentním zdrojem jsou příjmy z prodeje alkoholu. V členských zemích s nízkým zdaněním alkoholu není pravděpodobné, že by takto bylo možno pokrýt ekonomické náklady problémů s alkoholem včetně rodinných problémů. Kromě zvýšení spotřební daně by mohl být uvalen speciální odvod na prodej alkoholu, aby bylo možno financovat léčbu a prevenci.

V některých členských státech jsou problémy s alkoholem alespoň součástí veřejné agendy, ačkoli zde zabírají jen poměrně malý prostor. V **Dánsku** se např. problémy rodin v důsledku alkoholu staly předmětem několika státem podporovaných výzkumů a analýz.

Ve **Velké Británii** nedávno vydala ministryně pro veřejné zdraví prohlášení o potřebách dětí v rodinách problémových pijáků alkoholu. Uvedla, že za současného stavu není vždy jasné, kdo odpovídá za poskytování služeb dětem pijících rodičů, a připojila ujištění, že s potřebami dětí a rodin se počítá v rámci celostátní strategie proti zneužívání alkoholu, jejíž přípravy probíhají.⁽²⁾

V **Německu** byl akční plán proti alkoholu přijat všemi spolkovými zeměmi v roce 1997. Tento plán zahrnuje závazek ke „...zlepšení ochrany dětí a mládeže před negativními důsledky užívání alkoholu“. Není však jasné, zda se tento závazek vztahuje k negativním důsledkům pro děti při zneužívání alkoholu u rodičů. V roce 1993 vyvinul německý DHS modelový program „Práce s dětmi drogově závislých“. Vzhledem k nedostatku peněz se však daleko nedošlo. V **Irsku** se definovaný státní postup ohledně alkoholu týká rodinných aspektů problému, ale chybí jejich podrobnější probrání.

Norsko má propracovanou protialkoholní politiku a bílá kniha, sepsaná ministerstvem sociálních záležitostí v letech 1991/1992, obsahuje i podrobný rozbor rodinných aspektů problému. Kniha zmiňuje děti rodičů problémových pijáků alkoholu i ostatní rodinné příslušníky ve dvou z osmi oblastí speciální pozornosti v budoucnu.

Přístup **Finska** k alkoholu zahrnuje následující odkazy na rodinné aspekty problému:

Jedním z cílů postupu v souvislosti s alkoholem je zabezpečení a podpora aktivit rodiny jako celku.

(Každá šestá rodina trpí nepřiměřeným konzumem alkoholu. Každé osmé dítě má za sebou negativní zážitky v důsledku pití jednoho či obou rodičů.)

Cílem je:

- *Zvýšit profesionalitu a spolupráci škol, sociálních a zdravotních pracovníků, osob pracujících s mládeží a policie.*
- *Poskytovat další vzdělávání lidem pracujícím s dětmi.*
- *Zřídit na místních úřadech místo koordinátora, který se bude zabývat záležitostmi, týkajícími se dětí a jejich problémů (psychických, tělesných, ve školách a předškolních zařízeních atd.). Osoba přijatá na toto místo musí mít znalosti o problémech s alkoholem.*
- *Věnovat náležitou péči zřizování speciálních záchranných stanic pro děti a mladé lidi intoxikované alkoholem.*

Ve většině zemí jsme byli schopni nalézt explicitní odkaz na rodinné aspekty problému v rámci přístupu k alkoholu nebo úřední vyjádření ministrů vlády, uznávající existenci problémů a potřeby něco s nimi dělat.

Nepřekvapuje, že je toho hodně, co dosud nevíme. Jak bylo objasněno v této zprávě, nedostatek informací činí obtížný byť jen základní odhad rozsahu problému. V řadě států se nedostává statistických informací o podílu alkoholu v případech zneužívání dětí a souvisejících sociálních problémů. Výše v této zprávě byl nedostatek informací popsán jako „přstrosí reakce“ a nebude příliš cynické se domnívat, že nedostatek informací může být v některých případech velmi užitečný a výhodný: dokud zůstává pravdivý rozsah problémů neznámý, tyto problémy pro veřejnou správu neexistují a vláda i jiní jsou ušetření nevídané nutnosti se nimi zabývat.

Děti a rodič, který nepije, platí cenu za jasně rozdílný postoj veřejnosti k problémům působeným alkoholem a těm, které souvisejí s ilegálními drogami. U ilegálních drog je tendence obviňovat drogy, kdežto u problémů s alkoholem převažuje tendence vinit pijáka. Jak dokládá jeden z citátů na začátku této zprávy, rodina pijáka pravděpodobně prožívá pocity

spoluvinu. Obviňování individuálního pijáka odvrací pozornost od sociálních a ekonomických faktorů, povzbuzujících problémovou spotřebu alkoholu.

Ve skutečnosti jsou alkoholové problémy v rodinách pod vlivem stejných faktorů jako alkoholové problémy obecně: jak na individuální, tak na populační úrovni se pravděpodobnost výskytu těchto problémů zvyšuje s množstvím konzumovaného alkoholu a frekvencí intoxikace. Opatření, zvyšující spotřebu alkoholu tak se vši pravděpodobností zvyšují také problémy, které alkohol způsobí rodinám. Tyto problémy mohou postiženou rodinu poškodit nebo zcela zničit.

Stejně tak (negativní) vliv rodiny a její rozpad zvyšují pravděpodobnost problémů souvisejících se zneužíváním alkoholu i jiných látek u dětí i dospělých. Z těchto důvodů opatření, která omezují problémy s alkoholem, pravděpodobně posílí a podpoří rodiny a opatření posilující a podporující rodiny nejspíše sníží problémy s alkoholem.

S ohledem na drogový abúzus dětí a dospívajících je čím dále tím zřetelnější, že slovy nedávno vydané zprávy „usiluje-li společnost o vytvoření takového prostředí pro mladé lidi, které by jim pomohlo nebrat ilegální drogy (či zneužívat těkavé látky) nebo by omezovalo škody v důsledku jejich zneužívání, musí být součástí tohoto kontextu také uvědomování si problémů působených alkoholem a tabákem a přesvědčený přístup k nim.“⁽¹⁾

Jasně se totiž prokázalo, že časné užívání zákonem dovolených drog zvyšuje riziko braní ilegálních drog v pozdějším stadiu. Většina těch, kteří brali ilegální drogy, v minulosti užívali tabák a alkohol. Podobně lidé, kteří nikdy nekouřili a nekonzumovali alkohol, jen vzácně uvádí užívání ilegálních drog. Tendence k démonizaci „tanečních drog“, k nimž patří extáze a amfetaminy, a současnému omlouvání alkoholu je proto nebezpečná. „Mladí lidé žijí ve společnosti s masivní reklamou na alkohol a tabák, navíc s jejich pohotovou a zákonnou dostupností. Reklama na šumivé nápoje s alkoholem je příležitostně zaměřena na mladé lidi a občas nemá daleko k otevřenému povzbuzování k opilosti.“

Z toho plyne, že „Při přípravě preventivních opatření je současně třeba uvážit, kde v projektu je místo pro alkohol, tabák a těkavé látky. Preventivní protidrogová opatření, ignorující zákonem povolené drogy, jsou nevěrohodná.“⁽³⁾

Úkoly národních vlád:

- Vytvořit zlepšené systémy výzkumu a monitorování k získání úplnějších a spolehlivějších informací o podílu alkoholu na rozvodu, rozpadu rodiny, zanedbávání a zneužívání dětí a dalších problémech rodin a posouzení ekonomických nákladů na tyto problémy.
- Formulovat a realizovat promyšlený celostátní postup ke snižování problémů souvisejících s alkoholem. Státem přijatý program musí explicitně odkazovat na problémy rodin související s alkoholem.
- Zajistit, aby národní vzdělávací programy o alkoholu poskytovaly informace nejen o alkoholu a škodách na zdraví, ale také o alkoholu jako potenciálním společenském problému a způsobech, jimiž alkohol může narušit sociální a zejména rodinné vztahy.
- Žádat po místních úřadech odpovědných za zdravotní a sociální služby, aby připravily návrhy na řešení problémů s alkoholem a zejména aby vycházely vstříc potřebám členů rodin, především dětí. V návrhu musí být specifikovány způsoby, jak bude nejlépe využito specializovaných protialkoholních služeb, včetně těch, které poskytují nevládní organizace.
- Zajistit, aby se školám a ostatním institucím a profesionálům, kteří jsou ve styku s dětmi, dostalo vzdělávání a přípravy, nutných k rozpoznání a podpoře dětí z rodin, kde jsou problémy s pitím alkoholu.
- Zajistit bezplatnou telefonní linku pomoci pro děti. Je asi nerealistické navrhnout speciální linku pro děti s problémovým pitím rodičů: avšak linky pomoci (fungující v Dánsku nebo Velké Británii) by v případě alkoholu měly být dobře připraveny na takové dotazy dětí i dospělých a podobně by si linky pomoci dětem měly poradit s hovory týkajícími se problémů s alkoholem samotných dětí.
- Zajistit, aby se těm, kdo jsou odpovědní za vzdělávání a školení sociálních pracovníků a ostatních profesionálů, přicházejících do kontaktu s rodinami a dětmi, a za jejich akreditaci, dostalo řádné vzdělání a přípravy co se týče problémů s alkoholem, metod intervence a potřeb členů rodiny.

Úkoly Evropské komise:

- Pobízet členské státy ke zlepšení sběru informací ve vztahu k problémům rodin způsobených alkoholem, koordinovat tento výzkum (např. prostřednictvím „European Observatory on National Family Policies“) a na základě výsledků těchto výzkumů

podporovat program na zabezpečení ekonomických nákladů na problémy rodin způsobených alkoholem v Evropské unii.

- Využít existujícího Programu na podporu zdraví (Health Promotion Programme) pro šíření informací obecně o alkoholu a zejména o problémech rodin v souvislosti s ním.
- S ohledem na skutečnost, že pro mnoho mladých lidí je alkohol, tabák a ilegální drogy součástí stejné oblasti zájmu, rozšířit kampaně proti drogám i na alkohol a tabák.
- Pokračovat v protialkoholních postupech na pracovištích a kampaních proti alkoholu za volantem, přičemž v posledně jmenovaném bodě je třeba věnovat speciální pozornost vysoce rizikovým osobám s opakovanými přestupky.
- Zajistit, aby další opatření Evropské unie, zejména v souvislosti s daněmi a jednotným trhem, nemařily úsilí o mírnění problémů působených alkoholem.
- Vzhledem k celkově se zhoršující situaci ve východoevropských zemích, usilujících o členství v Evropské unii, začít ve spolupráci s mezinárodními organizacemi, např. WHO, se sběrem a šířením informací o způsobech nakládání s problémy způsobenými alkoholem.
- Spolu s členskými státy spolupracovat a finančně pomáhat nevládním organizacím k a) zvýšení úrovně veřejného uvědomění o alkoholu a rodinných problémech, b) vytváření přiměřené informační služby a služby pomoci a c) rozšiřování dobrých postupů umožňujícím všem občanům Evropské unie přístup k potřebné pomoci.

Nevládní organizace

- Organizace specializované na alkohol by měly určit jednoho člena personálu, který bude odpovídat za služby pro rodinu a děti.
- Tyto organizace by též měly zajistit adekvátní vyškolení personálu zahrnující aspekty problémů s alkoholem ve vztahu k vývoji dítěte a rodině.
- Organizace specializované na pomoc rodinám by měly zajistit adekvátní přípravu personálu v oblasti problémů působených alkoholem.
- COFACE a EUROCARE by měly spolupracovat na poli problémů rodin v důsledku alkoholu vytvořením společné pracovní skupiny na evropské úrovni, která by se pravidelně scházela, posuzovala dosažený pokrok a jednala o přípravě a realizaci společných iniciativ.

- COFACE a EUROCARE by měly povzbuzovat své členy na národní, regionální i lokální úrovni ke vzájemné spolupráci a vytváření systému informačních, podpůrných a poradenských služeb pro rodiny trpící v důsledku problémů s alkoholem.

¹ M. Bobak & M. Marmot: East-West Mortality divide and its potential explanations. B.M.J. 17/2/96.

² Tessa Jowell MP, speaking at NSPCC/ alcohol Concern Conference, London 16th July 1998.

³ Drug Misuse and the Environment. Advisory Council on the Misuse of Drugs. The Stationery Office 1998.

Přílohy

Příloha 1

COFACE: DOPORUČENÍ přijatá Administrativní radou 13.května 1992 v návaznosti na seminář "Rodiny a alkohol", který se konal 2. a 3. dubna 1992 v Dublinu

1) Problém

Vývoj užívání a zneužívání alkoholu a problémů, které z něho pramení, musí být analyzovány jak v rámci společenských, tak v rámci ekonomických spojitostí a z hlediska mezilidských vztahů v rámci rodiny a mezi rodinami.

V zájmu jedinců a rodin, kterých se problém týká, v zájmu těch, kdo jsou vystaveni této droze, jejíž obyčejnost ji činí o tolik nebezpečnější a také v zájmu všech rodin chce COFACE, poté, co téma důkladně projednal během semináře "Rodiny a alkohol", který proběhl 2. a 3. dubna v Dublinu, ve spolupráci s ICA - jednou z členských organizací COFACE, šířit dál různé myšlenky, doporučení a požadavky.

COFACE chce své zkušenosti adresovat všem příslušným orgánům, a to nejen státním či lokálním veřejným činitelům, ale také pracovníkům, kteří formují veřejné mínění, představitelům kultury, manažerům z oblasti obchodu a průmyslu, lékařským a sociálním organizacím, dále organizacím a rodinám, které společně jednají a vystupují, pod záštitou asociací pro rodinu ve 12 zemích Evropského společenství.

Alkoholik sám nemůže být považován za zodpovědným za svoji nemoc o nic více, než jeho rodina, ale oba - alkoholika i jeho rodinu - je nutné zapojit do procesu léčby.

2) Doporučení

Tudíž,

1. je nezbytné, aby se dítěti dostalo již od začátku skutečné "výchovy pro život", v rámci níž budou diskutována následující témata: zdraví, výživa, nebezpečí spojená s užíváním škodlivých látek,...zároveň je třeba uplatňovat takový přístup, který povede k pozitivnímu rozvoji jejich náhledu na vlastní zdraví a blaho.

2. tato výchova musí být realizována těmi, kteří se pohybují v aktuálním okolí dítěte (učitelé, atd...) a za úzké spolupráce s jeho rodinou. Zároveň musí být rozvíjen dialog mezi dětmi a dospělými, proto, aby byl identifikován případný problém;

3. výchova tohoto typu musí obsahovat informace o různých dostupných organizacích, aby každý jedinec věděl, s kým si promluvit, kde nalézt informace nebo podporu. Tento typ výchovy by neměl být zaměňován za některé z mediálních propagand, jež jsou často více než na výchovu zaměřeny na senzaci a mohou ve skutečnosti podpořit konzumaci alkoholu;

4. rodina je částečně ovlivněna dopadem alkoholu na mladé lidi. Z tohoto důvodu jsou přístup a chování rodičů průběžně působícími aspekty v otázce výchovy jejich dětí;

5. informační kampaně musí ukázat, že je možné stát se obětí alkoholu a nebýt alkoholik a také vysvětlit, že na alkoholismus by nemělo být pohlíženo jako na neřest, ale jako na nemoc;
6. léčba alkoholika vyžaduje, aby rodina byla zapojena do procesu terapie. Rodinná terapie může umožnit změnu v chování celé rodiny a poskytnout každému z jejích členů takovou podporu, jakou potřebuje;
7. kromě čistě statistických šetření se dnes výzkum zabývá také rozličnými formami alkoholismu v domácnostech a jeho vlivu na různé společenské skupiny: ženy, znevýhodněné občany, imigranty atd...; je třeba, aby inovativní metody terapie byly průběžně vyhodnocovány;
8. dokud platí, že alkoholické nápoje jsou levnější než nealkoholické, nemůže být boj proti alkoholu úspěšný. Alkoholová reklama by nesmí propagovat euforizující účinky alkoholu za účelem zvýšení prodeje, ale naopak, mělo by se požadovat, aby zdůrazňovala rizika zneužívání alkoholu;
9. je třeba preferovat posílení výzkumu nápojů, které substituují alkoholické nápoje (př. nealkoholické pivo), spíše než konzumaci alkoholických nápojů zakazovat;
10. ještě důležitější je ale učinit opravdový krok proti alkoholu a to v takové míře, jakou postupujeme proti ostatním drogám. Toho lze uspokojivě dosáhnout jen tehdy, pokud bereme v potaz životní podmínky rodin a existuje efektivní boj proti chudobě, izolaci, vylučování ze společnosti...

3. Závazek

Rodinná sdružení nesou v tomto boji důležitou úlohu; spolu se všemi rodinami a ostatními partnery mají informační a vzdělávací roli a musí být zahrnuty v tvorbě podpůrných sítí.

COFACE se zavazuje k tomu, že bude šířit tato doporučení tím, že je zařadí do politiky solidarity, která může být efektivní jedině tehdy, pokud Evropské společenství a členské státy poskytnou nezbytnou finanční podporu pro její rozvoj.

Příloha 2

Úmluva o právech dítěte přijatá Organizací spojených národů

Úmluva o právech dítěte byla jednomyslně přijata na valném shromáždění OSN 20. listopadu 1989. Je závazná pro všechny země, které ji ratifikovaly. Signatáři úmluvy jsou všechny členské země EU.

Úmluva, která sestává z 54 článků, je významná z mnoha důvodů, v neposlední řadě také proto, že je mezinárodním nástrojem lidských práv, který bere v úvahu širokou škálu názorů, hodnot a tradic celého lidstva. (Nigel Caldwell – Mezinárodní ochrana dětí).

Pokrok v implementaci Úmluvy je monitorován komisí, která první národní zprávy od smluvních států dostala dva roky po ratifikaci, další zprávy jsou podávány v pětiletých intervalech. Klíčové principy Úmluvy jsou:

1. Všechna práva zaručená Úmluvou musí být dostupná pro všechny děti bez diskriminace jakéhokoli druhu. (Článek 2)
2. Primární při posuzování jakékoli akce týkající se dítěte musí být ohled na nejvyšší zájmy dětí. (Článek 3)
3. Hledisko dítěte musí být zohledněno ve všech záležitostech, které se dítěte týkají. (Článek 12)

Úmluva jako celek podporuje právo dítěte na život v rodině (články 5,8,9,16,18,29,42) a také zahrnuje jiné oblasti, které mj. směřují k potřebě poskytnutí péče a pomoci těm dětem a mladým lidem, jejichž vývoj je ovlivněn zneužíváním alkoholu:

4. Informace a materiální pomoc zaměřená na podporu sociálního, duchovního a morálního prospívání dětí a mladých lidí a na podporu jejich tělesného a duševního zdraví. (Článek 17)
5. Přijetí takových opatření, která stimulují pravidelnou školní docházku. (Článek 28.e)
6. Přijetí všech odpovídajících opatření k podpoře tělesné a psychické údravy a sociální reintegrace dětí, které se staly obětí jakékoli formy zanedbávání, využívání či zneužívání. (Článek 39)

Příloha 3

Diagnostická kritéria abúzu alkoholu a závislosti na alkoholu

Diagnostický a statistický manuál (DSM-IV) Americké psychiatrické asociace obsahuje kritéria pro diagnózu závislosti na návykových látkách a zneužívání návykových látek. Kritéria pro závislost na návykových látkách jsou:

- 1) tolerance definovaná některým z těchto způsobů:
 - a) potřeba výrazně zvýšené dávky návykové látky k dosažení intoxikace nebo žádaného účinku látky
 - b) znatelně snížený účinek při užívání stejné dávky návykové látky
- 2) odvykací stav, projevující se některým z uvedených způsobů:
 - a) charakteristický syndrom odnětí pro danou návykovou látku
 - b) užívání téže (nebo příbuzné) látky k mírnění či odstarnění příznaků odnětí
- 3) látka je užívána ve větším množství nebo po delší dobu než bylo zamýšleno
- 4) trvalá touha nebo neúspěšné pokusy skoncovat s užíváním látky nebo kontrolovat její užívání
- 5) velká část času je trávena aktivitami spojenými se sháněním návykové látky, jejím užíváním nebo vyrovnáváním se s jejími účinky
- 6) vzdání se nebo omezení významných společenských pracovních nebo rekreačních aktivit kvůli užívání návykové látky
- 7) pokračování v užívání návykové látky přesto, že je zjevné, že působí trvalé nebo opakující se tělesné nebo psychické problémy

Kritéria pro zneužívání návykových látek:

A Maladaptivní způsob užívání návykové látky, který vede ke klinicky významným poruchám nebo distresu, projevující se jedním nebo více z následujících příznaků v průběhu posledních 12 měsíců:

- 1) opakované užívání návykové látky, rezultující v selhávání při plnění důležitých povinností v zaměstnání, ve škole nebo doma
- 2) opakované užívání návykové látky v situacích, kdy je to fyzicky riskantní
- 3) opakované problémy se zákonem v souvislosti s užíváním návykové látky
- 4) pokračování v užívání návykové látky navzdory přetrvávajícím nebo opakujícím se sociálním nebo meziosobním problémům působeným nebo vyvolaným účinkem návykové látky

B Příznaky nesplňují kritéria pro závislost na návykové látce pro danou třídu látky

Existuje také koncept pro omezení způsobilosti vyvolané alkoholem (*alcohol-related disability*). Tato omezení se dělí na omezení společenské způsobilosti (např. narušené sociální vztahy), psychologické omezení (např. úzkost nebo deprese) a omezení tělesná (např. poškození jater).

Příloha 4

<i>Stát</i>	<i>Legální věk spotřeby</i>	<i>Legální věk pro nákup</i>
Rakousko		Věkový limit pro pití na veřejnosti. V 9 zemích – pro lihoviny 18 let V 8 zemích – pro pivo/víno 16 let V Dolním Rakousku – 15 let
Belgie		16 let
Dánsko		15 let v obchodech (zavedeno v létě roku 1998), 18 let v restauracích a barech
Finsko		20, ale starším 18 nápoje s obsahem do 22 objemových procent alkoholu
Francie		16 let, ale nápoje jsou rozděleny do kategorií
Německo		Pivo a víno - 16 let Lihoviny – 18 let
Řecko		18 let pro nákup na veřejných místech
Irsko		18 let
Itálie		16 let, prodej mladším 16 let je zakázán pod hrozbou uvěznění nebo pokuty, zejména pokud se zjistí intoxikace mladistvého
Lucembursko		16 let
Nizozemí		Pivo a víno - 16 let Lihoviny – 18 let
Portugalsko		16 let
Španělsko		Ve většině oblastí 16 let (Madrid), v některých 18 let (např. Baskicko)
Švédsko		18 let v restauracích a obchodech (pro víno a pivo) 20 let v obchodech s lihovinami (obchodní síť státního monopolu) Lehké pivo (do 2,25 objemových procent alkoholu) bez věkového omezení
Spojené Království	5	16 let v restauracích a hospodách k jídlu, jinak 18 let

Příloha 5

Projekt úzdravy z alkoholismu (Alcohol Recovery Project), UK
CHILDCARE SERVICES

Zneužívání alkoholu nepoškozuje jen konzumenta, ale i jeho rodinu. Včasná intervence a podpora poskytnutá dítěti, jehož rodiče mají problém s alkoholem, pomáhá snižovat pravděpodobnost permanentního poškození.

Velká část problému těch, kteří pijí, pochází z rodin, kde byli rodiče nebo sourozenci závislí na alkoholu. Spoluprací s rodinou lze tento bludný kruh prolomit.

U některých rodičů, kteří využívají ARP, je třeba aby přivedli své děti, chtějí-li službu využívat. Mnozí z nich jsou velmi sužováni pocity viny a pocitem odpovědnosti za nezvládnutí rodičovské úlohy. Díky spolupráci se specialisty se jim postupně daří posilovat vztah se svým dítětem.

Shrnutí

ARP poskytuje služby dětem, včetně „creche sessions“ vykonávané zkušenými pracovníky dětské služby (childcare service), dále se věnuje také práci s jednotlivcem a práci v malých skupinách.

Příloha 6

Spotřeba alkoholu na obyvatele v zemích EU (Celá populace)

<i>Stát</i>	<i>1976</i>	<i>1986</i>	<i>1990</i>	<i>1991</i>	<i>1992</i>	<i>1993</i>	<i>1994</i>	<i>1995</i>	<i>1996</i>
Lucembursko	11,2	11,9	12,2	12,5	12,4	12,5	12,3	12,1	11,8
Portugalsko	14,1	11,2	10,1	11,6	10,7	10,7	10,8	11,0	11,2
Francie	16,2	13,2	12,6	11,9	11,8	11,5	11,4	11,4	11,1
Dánsko	9,2	10,0	9,9	9,9	9,8	9,7	9,9	10,0	10,0
Rakousko	11,2	10,0	10,4	10,6	10,0	10,1	9,8	9,8	9,8
Německo	11,7	10,5	10,6	10,8	10,8	10,4	10,2	9,9	9,8
Španělsko	13,7	11,6	10,8	10,7	10,2	9,9	9,7	9,5	9,3
Irsko	7,5	6,7	7,6	7,8	8,1	8,3	8,6	9,2	9,1
Belgie	10,2	10,3	9,9	9,4	9,6	9,6	9,2	9,1	9,0
Řecko	8,3	7,3	8,6	8,6	8,5	9,1	9,0	8,8	8,7
Itálie	12,4	10,0	9,1	9,0	9,0	8,8	8,6	8,0	8,2
Nizozemí	8,4	8,6	8,1	8,2	8,2	7,9	7,9	8,0	8,0
Spojené Království	7,1	7,4	7,7	7,4	7,3	7,3	7,5	7,3	7,6
Finsko	6,3	6,9	7,7	7,5	7,2	6,8	6,6	6,8	6,7
Švédsko	6,4	5,5	5,5	5,5	5,4	5,3	5,4	5,2	4,9

Pramen: World Drink Trends 1997

Příloha 7 ¹⁾

Celková a hrubá míra rozvodovosti

<i>Stát</i>	<i>Celková míra rozvodovosti</i>				<i>Hrubá míra rozvodovosti</i>			
	<i>1970</i>	<i>1980</i>	<i>1990</i>	<i>1995</i>	<i>1970</i>	<i>1980</i>	<i>1990</i>	<i>1995</i>
Belgie	0,10	0,21	0,31	0,55	0,7	1,5	2,0	3,5
Dánsko	0,25	0,40	0,44	0,41	1,9	2,7	2,7	2,5
Německo	0,17	0,25	0,29	0,33	1,3	1,8	2,0	2,1
Řecko	0,05	0,10	0,09	0,17	0,4	0,7	0,6	1,1
Španělsko	N/A	N/A	0,08	0,12	N/A	N/A	0,6	0,8*
Francie	0,11	0,22	0,32	0,38	0,8	1,5	1,9	2,0*
Irsko	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Itálie	N/A	0,03	0,08	0,08	N/A	0,2	0,5	0,5
Lucembursko	0,10	0,26	0,36	0,33	0,6	1,6	2,0	1,8
Nizozemí	0,10	0,25	0,30	0,37	0,8	1,8	1,9	2,2
Rakousko	0,18	0,26	0,33	0,38	1,4	1,8	2,1	2,3
Portugalsko		0,08	0,12	0,16	0,1	0,6	0,9	1,2
Finsko	0,17	0,28	0,43	0,49	1,3	2,0	2,6	2,7
Švédsko	0,23	0,42	0,44	0,52	1,6	2,4	2,3	2,6
Spojené Království	0,16 §	0,39 §	0,42 §	0,45 §	1,1	2,8	2,9	2,9*

§ Bez Skotska a Severního Irsku N/A – údaje nejsou k dispozici

* Předběžné údaje

Narození mimo manželství ve vybraných letech

Živě narození mimo manželství jako procento ze všech živě narozených

<i>Stát</i>	<i>1970</i>	<i>1980</i>	<i>1990</i>	<i>1995</i>
Belgie	2,8	4,1	11,6	15,0
Dánsko	11,0	33,2	46,4	46,5
Německo	7,2	11,9	15,3	16,1
Řecko	1,1	1,5	2,2	3,0
Španělsko	1,4	3,9	9,6	10,8*
Francie	6,9	11,4	30,1	37,2*
Irsko	2,7	5,0	14,6	22,7
Itálie	2,2	4,3	6,5	8,1
Lucembursko	4,0	6,0	12,8	13,1
Nizozemí	2,1	4,1	11,4	15,5
Rakousko	12,8	17,8	23,6	27,4
Portugalsko	7,3	9,2	14,7	18,7
Finsko	5,8	13,1	25,2	33,1
Švédsko	18,6	39,7	47,0	53,0
Spojené Království	8,0	11,5	27,9	33,6

* Předběžná data

Domácnosti složené z párů v zemích EU: počet dětí do 18 let

<i>Stát</i>	<i>% s 1</i>	<i>% se 2</i>	<i>% se 3</i>	<i>% se 4</i>	<i>% s 5 či více</i>
Belgie	44,9	37,4	13,2	3,4	1,2
Dánsko	43,7	43,5	9,9	2,3	0,7
Německo	41,9	42,5	12,0	2,3	1,4
Řecko	38,7	49,4	10,0	1,7	0,3
Španělsko	44,5	43,6	9,7	1,8	0,4
Francie	41,1	40,2	13,7	4,0	1,0
Irsko	25,0	33,6	25,2	9,8	6,5
Itálie	45,0	39,9	11,9	2,6	0,6
Lucembursko	42,9	37,5	17,0	2,3	0,3
Nizozemí	29,4	49,1	17,2	3,3	1,1
Rakousko	-	-	-	-	-
Portugalsko	50,3	36,4	10,2	2,2	0,9
Finsko	-	-	-	-	-
Švédsko	-	-	-	-	-
Spojené Království	37,3	43,2	14,4	3,3	1,9

- údaj chybí

Rozložení domácností podle jejich typu

<i>Stát</i>	<i>Jednočlená domácnost</i>	<i>Manželská dvojice bez dětí</i>	<i>Spolužijící dvojice bez dětí</i>	<i>Jeden rodič s dětmi</i>	<i>Manželská dvojice s dětmi</i>	<i>Spolužijící dvojice s dětmi</i>	<i>Složená domácnost (1)</i>	<i>Jiná nedefinovaná (2)</i>
Belgie	28,1	21,9	3,2	7,1	32,8	2,6	3,6	0,7
Dánsko	44,8	18,9	7,5	5,0	17,7	4,8	1,2	0,1
Německo	33,9	23,9	3,2	4,6	28,7	1,1	4,3	0,4
Řecko	19,5	21,3	0,6	4,2	39,0	0,1	15,0	0,3
Španělsko	12,8	17,0	0,8	6,8	47,7	0,9	13,2	0,7
Francie	28,0	21,8	4,1	6,8	31,0	4,0	3,9	0,4
Irsko	21,7	12,5	0,6	9,6	44,5	0,7	10,4	0,1
Itálie (3)	22,2	20,5	<0,1	6,4	39,6	0,1	9,7	1,6
Lucembursko	26,0	21,5	4,1	4,6	31,6	1,6	10,4	0,2
Nizozemí *	32,5	23,4		4,7	29,7	1,4		8,2
Rakousko -	-	-	-	-	-	-	-	-
Portugalsko	13,5	17,7	0,2	7,2	46,5	0,7	13,6	0,5
Finsko -	-	-	-	-	-	-	-	-
Švédsko -	-	-	-	-	-	-	-	-
Spojené Království	27,8	23,1	3,9	7,9	28,4	2,0	6,4	0,6

(1) Domácnosti s dětmi nebo bez dětí

(2) Domácnosti s dětmi nebo bez dětí

(3) Pro nesprávnou interpretaci otázky v Itálii jsou údaje o spolužití (kohabitaci) pro tuto zemi pravděpodobně nespolehlivé

* Otázka na kohabitaci nebyla v Holandsku kladena

- Chybějící údaj

Kategorie „jiná“ zahrnuje všechny domácnosti, které nespadají do uvedených typů, včetně domácností s dětmi staršími 18 let.

Evropská observatoř pro národní politiku ve vztahu k rodině. Syntéza národních statistik 1995

Domácnosti složené z jediného rodiče: počet dětí ve věku do 18 let

<i>Stát</i>	<i>% s 1</i>	<i>% s 2</i>	<i>% se 3</i>	<i>% se 4</i>	<i>% s 5 a více</i>
Belgie	57,9	30,6	10,4	0,6	0,5
Dánsko	64,8	29,4	4,9	0,9	-
Německo	62,1	30,3	5,1	1,3	1,5
Řecko	62,7	36,4	-	-	0,9
Španělsko	55,7	37,6	4,6	1,0	1,2
Francie	63,2	25,1	8,7	2,8	0,3
Irsko	40,7	32,0	17,8	5,2	4,4
Itálie	65,6	22,9	6,5	2,7	2,3
Lucembursko	68,2	28,6	3,2	-	-
Nizozemí	52,4	40,1	6,2	1,3	-
Rakousko	-	-	-	-	-
Portugalsko	52,1	37,9	8,7	1,0	0,4
Finsko	-	-	-	-	-
Švédsko	-	-	-	-	-
Spojené Království	50,2	34,5	10,7	3,8	0,7

- Chybějící údaje

Pramen: Eurostat – Výsledky z panelu EC o domácnostech

Evropská observatoř pro národní politiku ve vztahu k rodině. Syntéza národních statistik 1995

Rodiny složené pouze z matky a pouze z otce jako procento ze všech rodin s dětmi

Stát	Pouze matka (% všech rodin s dětmi)	Pouze otec (% všech rodin s dětmi)	Pouze otec jako % ze všech rodin s jedním rodičem	Rodiny jednoho rodiče s dítětem jako procento domácností s dětmi
Belgie (1992)	9,7	1,2	12	13,2
Dánsko (1990)	16,2	2,4	13	17,7
Německo (1992)	16,0	3,0	16	6,2
Řecko (1990/91)	8,7	2,2	25	5,6
Španělsko (1981*)	4,8	0,7	13	5,8
Francie (1990)	11,4	1,8	14	12,5
Irsko (1993**)	9,5	1,1	10	12,3
Itálie (1991)	5,3	11,0	17	7,5
Lucembursko (1992)	6,0	1,2	17	7,8
Nizozemí	13,5	2,4	15	10,7
Rakousko (1993)	13,4	1,9	12	-
Portugalsko (1991)	11,3	1,8	14	7,0
Finsko (1993)	13,9	1,9	13	-
Švédsko (1990)	15,3	2,7	15	-
Spojené Království (1991)	19,1	1,8	9	18,7

Jen oblast Madridu

** Vyloučeny všechny děti nad 15 let

Zdroj: Bradshaw et al., 1996 a Eurostat, předběžné výsledky z ECHP

Evropská observatoř pro národní politiku ve vztahu k rodině. Syntéza národních statistik 1995

Odhady prevalence rodin složených z jediného rodiče na základě různých zdrojů

	Jeden rodič s dítětem do 16 let jako % všech rodin s dětmi do 16 let 1994	Rodiny s jedním rodičem jako % ze všech rodin s dětmi	Rodiny s jedním rodičem jako % ze všech rodin s dětmi (1990/91)	Jeden rodič s dítětem do 15 let jako % všech rodin s dětmi do 15 let	Jeden rodič s dítětem do 6 let jako % všech rodin s dětmi do 6 let	Jeden rodič s dítětem do 15 let jako % všech rodin s dětmi do 15 let
Stát				1990/91	1990/91	1990/91
Belgie	13,7	11 (1992)	21	15	15	9
Dánsko	18,8	19 (1994)	18	20	14	-
Německo	12,5	19 (1992)	19	15	14	10
Řecko	6,7	11 (1991)	11	6	3	3
Španělsko	7,1	7 (1991)	13	-	-	2
Francie	13,0	12 (1990)	16	11	8	9
Irsko	17,0	11 (1993)	18	11	9	7
Itálie	7,3	6 (1992)	16	-	-	4
Lucembursko	7,8	7 (1992)	19(1)	12	11	6
Nizozemí	10,0	16 (1992)	16	12	11	7
Rakousko	-	15 (1993)	19	-	13	9
Portugalsko	8,4	13 (1991)	13	9	6	4
Finsko	-	16 (1993)	19(2)	-	10	12
Švédsko	-	18 (1990)	18(2)	-	14	-
Spojené Království	19,6	21 (1992)	22	19	19	18
Zdroj	ECHP 1994	Bradshaw et al., 1996a	Eurostat, 1995	EC, 1995b	EC, 1995b	Eurostat, 1996b

(1) Zahrnuty jsou jen rodiny s dítětem do 25 let

(2) Zahrnuty jsou jen rodiny s dítětem do 18 let

- Chybějící údaje

Rodiny složené pouze z matky a pouze z otce jako procento ze všech rodin s dětmi

<i>Stát</i>	<i>Pouze matka (% všech rodin s dětmi)</i>	<i>Pouze otec (% všech rodin s dětmi)</i>	<i>Pouze otec jako % ze všech rodin s jedním rodičem</i>	<i>Rodiny jednoho rodiče s dítětem jako procento domácností s dětmi</i>
Belgie (1992)	9,7	1,2	12	13,2
Dánsko (1990)	16,2	2,4	13	17,7
Německo (1992)	16,0	3,0	16	6,2
Řecko (1990/91)	8,7	2,2	25	5,6
Španělsko (1981*)	4,8	0,7	13	5,8
Francie (1990)	11,4	1,8	14	12,5
Irsko (1993**)	9,5	1,1	10	12,3
Itálie (1991)	5,3	11,0	17	7,5
Lucembursko (1992)	6,0	1,2	17	7,8
Nizozemí	13,5	2,4	15	10,7
Rakousko (1993)	13,4	1,9	12	-
Portugalsko (1991)	11,3	1,8	14	7,0
Finsko (1993)	13,9	1,9	13	-
Švédsko (1990)	15,3	2,7	15	-
Spojené Království (1991)	19,1	1,8	9	18,7

Jen oblast Madridu

** Vyloučeny všechny děti nad 15 let

Zdroj: Bradshaw et al., 1996 a Eurostat, předběžné výsledky z ECHP

Evropská observatoř pro národní politiku ve vztahu k rodině. Syntéza národních statistik 1995

Domácnosti s dětmi do 16 let (1): podle typu domácnosti
% z domácností s dítětem pod 16 let

Stát	<i>Jednoduché domácnosti</i>			<i>Složené a „jiné/neurčené“ domácnosti</i>	
	<i>Jeden rodič</i>	<i>Manželská dvojice</i>	<i>Kohabituující dvojice</i>	<i>Jeden rodič</i>	<i>Jiné</i>
Belgie	12,8	74,6	8,1	0,9	3,6
Dánsko	18,4	57,8	22,2	0,4	1,2
Německo	11,5	79,7	4,4	1,0	3,4
Řecko	4,0	76,7	0,5	2,7	16,2
Španělsko	3,0	77,6	2,3	4,1	13,0
Francie	11,7	70,4	14,0	1,3	2,6
Irsko	10,0	75,6	1,8	7,0	5,6
Itálie (2)	4,6	75,7	0,1	2,7	17,0
Lucembursko	5,4	73,6	5,5	2,4	13,2
Nizozemí *	9,9		85,5	0,1	4,6
Rakousko	-	-	-	-	-
Portugalsko	4,6	75,1	1,7	3,8	14,8
Finsko	-	-	-	-	-
Švédsko	-	-	-	-	-
Spojené Království	16,4	68,0	7,4	3,2	5,0

Zdroj: Eurostat, předběžné výsledky z ECHP

(1) Zahrnuty pouze takové domácnosti, pro něž byly relevantní informace dostupné

(2) Pro nesprávnou interpretaci otázky v Itálii jsou údaje o spolužití (kohabitaci) pro tuto zemi pravděpodobně nespolehlivé

* Otázka na kohabitaci nebyla v Holandsku kladena

- Chybějící údaj

Děti žijící v domácnostech: podle typu rodiny
% z dětí žijících v:

Stát	<i>Jednoduché domácnosti</i>			<i>Složené a „jiné/neurčené“ domácnosti</i>	
	<i>Jeden rodič</i>	<i>Manželská dvojice</i>	<i>Kohabituující dvojice</i>	<i>Jeden rodič</i>	<i>Jiné</i>
Belgie	10,7	79,0	6,3	0,5	3,5
Dánsko	14,5	63,6	19,9	0,3	1,7
Německo	9,6	82,1	4,1	0,7	3,5
Řecko	3,0	79,5	0,4	1,8	15,4
Španělsko	3,1	80,5	2,0	3,1	11,2
Francie	9,4	75,1	11,2	1,1	3,2
Irsko	8,7	80,5	1,2	4,9	4,7
Itálie (2)	4,4	79,3	0,1	1,8	14,5
Lucembursko	4,2	76,0	3,6	1,5	14,7
Nizozemí *	8,2	88,2		< 0,1	3,5
Rakousko	-	-	-	-	-
Portugalsko	5,3	75,4	1,8	3,2	14,3
Finsko	-	-	-	-	-
Švédsko	-	-	-	-	-
Spojené Království	14,7	71,6	5,8	2,4	5,4

Zdroj: Eurostat, předběžné výsledky z ECHP

(1) Děti mladší než 16 let

(2) Pro nesprávnou interpretaci otázky v Itálii jsou údaje o spolužití (kohabitaci) pro tuto zemi pravděpodobně nespolehlivé

* Otázka na kohabitaci nebyla v Holandsku kladena

- Chybějící údaj

Kategorie „jiná“ zahrnuje všechny domácnosti, které nespádají do uvedených typů, včetně domácností s dětmi staršími 18 let.

Evropská observatoř pro národní politiku ve vztahu k rodině. Syntéza národních statistik 1995

¹⁾ Evropská observatoř pro národní politiku ve vztahu k rodině. Syntéza národní politiky v roce 1995 a 1996

Problémy působené alkoholem a rodina - situace v ČR

Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.
Psychiatrická léčebna v Praze 8

CELKOVÁ SITUACE

V České republice se zdravotnictví po listopadu 1989 do značné míry zprivatizovalo a politická reprezentace v této oblasti nesprávně spoléhala na tržní mechanismy. V důsledku toho zanikla některá zejména ambulantní zařízení pro závislé na alkoholu. Není vždy snadné najít kvalitní léčení pro problémy působené alkoholem ani pro člověka, který se chce léčit, tím méně pro rodinné příslušníky, jestliže se závislý léčit nechce.

Situaci u nás také podstatně ovlivnil nálezn Ústavního soudu ze dne 30.9.1997. Ten prakticky zrušil možnost nuceného ústavního léčení pro závislost na alkoholu z rozhodnutí zdravotního rady (tzv. léčba na výměr). Nemá smysl zde diskutovat, zda je správné preferovat lidská práva osob závislých na alkoholu nebo jejich nezletilých dětí i dalších rodinných příslušníků. Je však jisté, že uvedené rozhodnutí nebylo provázáno s expanzí zdravotnických, psychologických a sociálních služeb pro rodiny závislých.

Rostoucí spotřeba alkoholu v České republice, prakticky neomezená reklama alkoholu, mimořádně snadná dostupnost alkoholu včetně cenové politiky, která nemá v sousedních zemích obdobu, to vše povede v dohledné budoucnosti ještě k větším problémům působeným alkoholem v rodinách a při výchově dětí, než je tomu dosud.

Některé škody působené alkoholem u dětí v rodinách, kde se vyskytuje problém s alkoholem

Tělesné škody

- Fetální alkoholový syndrom. K známkám uvedené poruchy patří vrozené vady v oblasti hlavy a obličeje, nižší porodní váha a poškození mozku projevující se poruchami chování a nižším intelektem. Poškození mozku plodu alkoholem, aniž by došlo k jiným znakům fetálního alkoholového syndromu, se někdy označuje jako „ARND“, (alcohol-related neurodevelopmental disorder).
- Častější úrazy.
- Častější týrání dítěte.
- Častější zanedbávání dítěte.
- Častější sexuální zneužívání dítěte.

Škody na duševním zdraví

- Vyšší riziko rozvoje závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách.
- Vyšší výskyt jiných duševní problémů.
- Přenášení nevhodných mechanismů adaptace na nepříznivou situaci v rodině do dospělého života, což vede k četným problémům (viz dále).

Škody týkající se psychosociálního rozvoje

- Podnětově chudší prostředí.
- Děti bývají častěji ekonomicky znevýhodněné.
- Jsou vystaveny negativním rodičovským modelům.
- Častěji mívají problémy ve škole, ať s prospěchem či chováním.

TYPICKÉ REAKCE DĚTÍ NA ZÁVISLOST NA ALKOHOLU U RODIČŮ

Wegscheider-Cruse (1989) popsala čtyři typické reakce dětí na závislost jednoho nebo obou rodičů.

Rodinný hrdina (nejčastěji jím bývá nejstarší dítě) přebírá nároky za problémového rodiče, to přesahuje jeho možnosti, zejména pokud by ho měl přesvědčovat, aby „se polepšil“. Někdy se v této souvislosti také hovoří o parentifikaci dítěte. V dospělosti může takové dítě trpět pocity méněcennosti a nedostačivosti, i když může být po vnější stránce úspěšné. Bývá také ohroženo nezdrženlivým vztahem k práci. Při léčbě dítěte je třeba ho směřovat k záležitostem, které odpovídají jeho věku, a nečinit ho odpovědným za problémy dospělých.

Ztracené dítě bývá uzavřené a stažené do sebe, málo a obtížně komunikuje, uniká do fantazií a vnitřního světa. Důležité je překonat návykový problém v rodině. Těmto dětem by se měla věnovat pozornost, dostat se jim potřebné vřelosti a učit je oceňovat vnější svět a žít v něm.

Klaun se snaží vyvolávat veselí, a tak odvádět pozornost od problémů, které rodinu ohrožují. Jeho heslo je „lépe, když se smějeme, než aby nás tatínek bil“. Podstatné je překonat návykový problém a šaškování neposilovat. Měly by se hledat přiměřené způsoby, jak pomoci dítěti se projevit, a také posilovat jeho zdravé sebevědomí.

Černá ovce: Upozorňuje na sebe zlobením, delikvencí apod., čímž odvádí pozornost od problémů dospělých. I zde je důležité překonat návykový problém rodičů, neposilovat nevhodné chování, prosazovat rozumná pravidla a posilovat sebevědomí.

Podle Veronie (1998) se dívky častěji identifikovaly s rolí klauna a ztraceného dítěte a identifikace s rolí klauna byla méně častá v rodinách, kde se závislost vyskytovala u obou rodičů. Výčet uvedených reakcí není ovšem úplný a zmíněné reakce se mohou kombinovat nebo do sebe navzájem přecházet.

JAK REAGUJE NA ZÁVISLOST NA ALKOHOLU DRUHÝ PARTNER

Rozmělnění hranic („enmeshment“)

Překračování meziosobních hranic se projevuje např. nepřiměřeným přebíráním odpovědnosti za jiného člena rodiny. Známkou překračování mezigeneračních hranic je spojenectví napříč generacemi, např. mezi bezradnou matkou a dospívajícím proti závislému otci. To pak komplikuje překonání návykového problému v rodině.

Při léčbě bývá v tomto případě důležité oslabení patologické identifikace s problémovým členem rodiny, posílení hranic mezi generacemi a zlepšení komunikace. Z tohoto důvodu bývá někdy vhodné pracovat s rodiči odděleně (souběžná rodinná terapie). V rodinách, kde se vyskytuje návykový problém u jednoho z rodičů, dochází často k tomu, že rodič s návykovou nemocí se dostává do role zlobivého dítěte a naopak dospívající děti přebírají rodičovské role a uzavírají koalice s druhým z rodičů.

Překonání návykového problému je opět nejdůležitější. Pak bude moci problémový rodič opět převzít své přirozené role a zvýší se jeho autorita. Dobré rozdělení rolí a úkolů v rodině s jasně stanovenou odpovědností může také posílit zdravé hranice v rodině. Posilování hranic při rodinné terapii se může dít i tak, že terapeut nepřipustí, aby některý člen rodiny odpovídal za jiného, že zvolí vhodné rozsazení členů rodiny v prostoru i to, že pracuje s rodiči a dítětem odděleně.

Chorobná rovnováha

Goldberg (1985) popsal v rodinách, kde se vyskytuje závislost na alkoholu, vztahy typu „něco za něco“. Pití jednoho z partnerů je tolerováno výměnou za to, že druhý má mimomanželský vztah, trpí jiným návykovým problémem, duševní nemocí nebo dělá něco jiného, co by pijící

partner za normálních okolností netoleroval. Variantou předchozího je „sdílená závislost“, kdy oba pijí nebo jeden pije a druhý je např. závislý na lécích nebo „závislý“ na práci. Goldberg také hovoří o sadistických nebo masochistických vztazích, což je zde třeba chápat psychologicky, ne sexuologicky. Návykové chování jednoho z partnerů totiž poskytuje příležitost k masochistickému utrpení i k sadistickému chování vůči pijícímu partnerovi. Nejedná se o novou myšlenku, už Whalen v roce 1953 popsala čtyři typické reakce manželek mužů závislých na alkoholu (trestající Polly, vládnoucí Kateřina, trpící Zuzana a váhající Winifred). Je přirozené, že úspěšná léčba předpokládá nastolení nové, zdravější rovnováhy nebo rozchod, pokud není druhý partner schopen nebo ochoten přistoupit na pozitivní změnu.

Umožňování

„Umožňovač“ usnadňuje pokračující návykové chování (např. tím, že vymýšlí omluvy pro zaměstnavatele či platí dluhy). Umožňovač zdánlivě pomáhá, ale touto zdánlivou „pomocí“ oddaluje skutečné řešení. Mezi umožňovači lze nalézt nejen rodiče, ale i manželky a prarodiče nebo jiné blízké příbuzné, někdy i lékaře, kteří ochotně předepisují psychofarmaka, která pak závislý kombinuje s alkoholem.

Doporučení v takovém případě zahrnuje podmínit další pomoc přijetím léčby a dobrou spoluprací při ní. V případě vážnějšího ohrožení tělesného či duševního zdraví je ovšem třeba volat lékaře, a to i tehdy, když postižený nesouhlasí (např. při vyhrožování sebevraždou). Nebývá také vhodné platit dluhy pochybným věřitelům, protože problémový člen rodiny se tak pro ně stává o to zajímavější. Otázku umožňování je při práci s problémovými rodinami vhodné otevřít neobviňujícím způsobem např. tak, že terapeut zdůrazní své přesvědčení o nejlepších úmyslech lidí v okolí závislého. Poukáže ovšem i na to, že je třeba, aby jejich snaha přinesla lepší výsledky než v minulosti.

Omezení komunikace

Závislý se často vyhýbá komunikaci s dalšími členy rodiny, zejména pokud by se týkala jeho problémového chování a souvisejících komplikací. Ke zlepšení komunikace někdy dochází spontánně, jestliže se daří návykový problém překonávat. Kvalitní komunikaci je také možné nacvičovat.

Rozhovorům a společnému trávení času se vyhýbají i ti rodiče, proti kterým uzavřel druhý rodič mezigenerační koalici např. tím, že tráví co nejvíce času v zaměstnání. I v tomto případě se snažíme o zlepšení komunikace a lepší spolupráci rodičů.

Odcizení, vzdálení, desintegrace rodiny

Omezená komunikace a rostoucí problémy vedou často k odcizení a rozpadu rodiny. Dokladem toho, že se jedná o častý vývoj, je poměrně velký počet závislých pacientů bez rodinného zázemí, s nimiž se setkáváme. To léčbu komplikuje, takovému pacientovi je třeba pomoci vytvářet novou síť sociálních vztahů. Někdy se podaří oživit některé dřívější rodinné a přátelské vztahy, jindy je východiskem dlouhodobé léčení. Neexistující zdravé vztahy v přirozeném sociálním prostředí může dočasně nahradit také intenzivní ambulantní léčba formou skupinové terapie, socioterapeutického klubu nebo svépomocná organizace.

Opakovaná volba nevhodného partnera nebo partnerky

Žena se sice rozvede s mužem závislým na alkoholu, ale její další partner má podobný problém. Nevhodné partnery si často volí i děti z rodin, kde se vyskytuje závislost, což ještě zvyšuje jejich ohrožení. To je jedním z důvodů, proč by manželská terapie neměla končit rozvodem, ale naopak by měla pokračovat tak dlouho, jak je to potřebné.

Další problémy

Např. Heath a Stanton (1998), popisují v rodinách, kde se u dítěte vyskytuje závislost, kromě některých výše uvedených jevů také primitivnější a přímočařejší projevy konfliktů, orientaci problémového dítěte k vrstevníkům, kteří také berou drogy, časté téma smrti, a obtížnější přizpůsobení takové rodiny v širší společnosti. Efektivní práce se specifickým problémem, s nimiž se ta která rodina setkává, může podstatně usnadnit léčbu jejího člena.

Doporučení manželkám a partnerkám závislých mužů

- Uvědomte si problémy, které vám i rodině partner působí. Oč by se vám žilo lépe, kdyby žil zdravě?
- Zjistěte, jaké jsou možnosti léčby a partnera o nich informujte.
- Odměňujte jeho střizlivost. Když se chová rozumně, buďte příjemná, něco mu kupte, něco dobrého uvařte, odměňte ho jeho oblíbenou sexuální aktivitou.
- Uvažujte o věcech, které má rád a které nejdou dohromady s pitím nebo braním drog - např. výlet s dětmi nebo návštěva známých, kteří nepijí a neberou drogy.
- Vytvořte si vlastní život mimo domov. Nebuďte, pokud možno, na partnerovi závislá. Bude pro vás výhodnější, když si najdete vlastní zájmy a záliby a osamostatníte se i finančně. Oporou v těžkém období vám mohou být příbuzní, přátelé, terapeut apod.
- Pokud partner pije, nabízejte mu jídlo nebo nealkoholické nápoje, případně navrhněte jiné činnosti, než pít. Připomeňte mu, kolik toho už vypil, a že je lépe, když nepije.
- Když přijde domů intoxikovaný nebo se intoxikuje doma, pokud možno si ho nevěšmejte. Nejvýš mu neutrálním hlasem řekněte, že se vám jeho pití nelíbí a že když je opilý, tak s ním nechcete nic mít.
- Učte ho, aby nesl důsledky. Neschovávejte mu jídlo, když kvůli alkoholu nebo drogám přijde pozdě. Neobkládejte ho polštáři, když usne na podlaze a neomlouvejte ho v práci, když tam má problémy. Jestliže se pozvrací nebo znečistí, měl by se sám dát do pořádku, až vystřízliví. Výjimkou, kdy je třeba poskytnout rychlou pomoc, jsou situace, kdy je vážně ohrožen na zdraví nebo na životě. V tom případě volejte lékaře.
- Naučte se zvládat rizikové situace: Člověk pod vlivem alkoholu nebo drog může být nebezpečný sobě i druhým. Měla byste být na tuto možnost připravena, umět nebezpečné situace rozpoznávat a čelit jim. Je výhoda, když máte možnost i s dětmi někam odejít nebo se alespoň zamknout. Někdy je nutná pomoc policie. O podmínkách, za nichž jste ochotna po odchodu se vrátit domů, vyjednávejte předem ještě před návratem.
- Nejvhodnější dobou k zahájení léčení je stav po nějaké nepříjemnosti, kterou si partner způsobil alkoholem nebo drogami (problém v práci, okradení v opilosti, těžká kocovina apod.). Jakmile se k léčení rozhodne, podnikněte co nejrychleji kroky k zahájení léčby. Sníží se tím riziko, že si to rozmyslí.
- Pro ženu v obtížné životní situaci, v níž se nacházíte, jsou alkohol a jiné návykové látky zvláště nebezpečné. Vyhýbejte se jim proto a udržujte si dobrou tělesnou i duševní kondici. Pečujte o své zdraví.
- Jestliže se váš vztah se závislým mužem rozpadl, buďte velmi opatrná při výběru nového partnera. Těm, kdo nadměrně pijí alkohol nebo berou drogy, se vyhýbejte. Už jste vytrpěla dost.

PREVENCE U DĚTÍ V RODINĚ

Prevenčí v rodině jsme se podrobněji zabývali na jiném místě (Nešpor a Csémy, 1997, Nešpor, 2001). Následující zásady jsme zpracovali pro potřeby normálních rodin, lze je však, nejlépe se souběžnou psychologickou nebo jinou odbornou péčí, požit i v rodinách, kde se vyskytuje závislost.

Získat důvěru dítěte

Dovednosti naslouchání lze systematicky nacvičovat při skupinové nebo rodinné terapii. Doporučuje se:

- Když dítě začne o něčem vyprávět, vypnout televizi apod. a věnovat se mu.
- Dítě k nemluví jen slovy, ale také výrazem tváře, gesty, tónem hlasu, držením těla. Mimoslovní sdělení bývá často významnější. Je třeba se ho naučit citlivě vnímat.
- Povzbuzovat dítě, aby s rodiči hovořilo a přitom ho neodrazovat přílišným vyptáváním. Neocenitelnou službu mohou prokázat slůvka jako „hm“, „aha“, „fakt?“, „no“, „skutečně?“ a další. Sděluje se jimi dítěti, že to, co říká, rodiče zajímá. Někdy je však vhodně položená otázka potřebná a užitečná. Rodiče by ale měli odpověď „unést“ a nereagovat odmítavě nebo zlostně.
- Lze to, co dítě řekne, vyjadřovat vlastními slovy, a ptát se dítěte, jestli to tak skutečně myslelo. Tím se dává najevo, že to, co dítě říká, je důležité, a rodiče se ujistí, že správně porozuměli.
- Neverbální komunikace rodičů. Třeba jen slůvko „hmm“ se dá říci takovým způsobem, že dítě povzbudí v jeho povídání. Dá se ovšem říci i tak, že ho zmrazí uprostřed věty. Zvláště děti kolem puberty velmi špatně snášejí jízlivý tón nebo hlas plný blahovolné převahy. K neverbální komunikaci patří úsměv, pohlázení či poplácání po ramenu.
- Na dítě je třeba si vyhradit denně alespoň chvíli času, kdy se rodiče věnují jen jemu. I pět minut má velkou cenu. Americká rodinná terapeutka Satirová doporučovala se každý večer dítěte ptát jestli ho nepotkalo nějaké nebezpečí.
- Dítěti by se sice nemělo říkat vše, ale také by se mu nemělo lhát. Rodiče, kteří dokáží přiznat omyl, autoritu neztrácejí, ale posilují.

O alkoholu a o drogách srozumitelně hovořit

K tomu by si měli rodiče opatřit potřebné informace a zvolit vhodnou dobu.

Učit dítě zvládat negativní emoce

Kromě osobního příkladu zde bývají velmi vhodné relaxační techniky (jóga, autogenní trénink) nebo i psychoterapie tam, kde je potřebná.

Předcházet nudě

- **Lze posílit vazbu dítěte na rodinu.** Zejména u starších dětí a dospívajících bývá užitečné, když se mohou podílet do určité míry na rozhodování. S tím jde samozřejmě ruku v ruce účast na provozu domácnosti včetně uklízení, praní, nakupování, drobných oprav apod. Děti se tak mohou učit prakticky užitečné věci, společná práce navíc vyvolává pocit

sounáležitosti. Děti si času stráveného s rodiči cení, i když se jedná o společnou práci, někdy dokonce právě proto. V rodině může dítě a dospívající získat mnoho důležitých dovedností: jak hospodařit s penězi, jak pečovat o zdraví, jak se starat o oblečení, vařit apod. Je důležité, aby úkoly, které dítěti svěřujete, odpovídaly jeho věku a možnostem.

- **Lze povzbuzovat k dobrým zálibám mimo rodinu. Dítě by nemělo být nuceno** vynikat. Právě děti neobratné, selhávající a neúspěšné bývají alkoholem a drogami více ohroženy a právě pro ně jsou kvalitní záliby zvláště důležité. Úspěch je, když u kvalitních zájmů vydrží.
- Dospívající mívají mnoho energie, s níž si často nevědí rady. Proto jsou pro ně tak vhodné různé **sporty, tělesná a duševní práce**. Jejich energie se tak odvádí bezpečným směrem. Je třeba umět je oceňovat, dávat jim najevo kladné city, ale také trvat na určitých hranicích, jak se o tom zmiňujeme dále. Špatně placená jednotvárná práce po škole nebo o víkendech čistě z ekonomických důvodů nemá příznivé účinky. Někdy může ztěžovat účast ve školních, mimoškolních a rodinných aktivitách a působit nepříznivě.

Zdravá pravidla v rodině

Děti z rodin, kde neexistují žádná pravidla a kde vládne zmatek, nebývají šťastné. Příklady zdravých pravidel jsou např. pravidlo žádný alkohol nebo drogy u nezletilých, pravidlo předem daných a logicky souvisejících důsledků porušení pravidla, pravidlo neústupnosti vůči vydírání, pravidlo práva na kontrolu ze strany rodičů.

Rodič jako nositel hodnot a vzor pro dítě

Jak už jsme se o tom zmiňovali, děti z rodiny, kde se vyskytuje závislost na alkoholu, jsou více ohroženy. Léčba závislosti, pokud je úspěšná, také velmi podstatným způsobem usnadňuje výchovu dětí a podstatně mírní případné škody, k nimž už došlo.

Jak pomoci dítěti bránit se nevhodné společnosti

- Pomoci mu najít dobrou vrstevnickou společnost.
- Učit dítě aby si vážilo vlastní osobnosti a nepřizpůsobovalo se za každou cenu
- Rozlišovat mezi skutečným přátelstvím, jehož součástí je úcta k příteli a jeho zdraví, a bezohlednými vztahy, které chtějí druhého spíš využít.
- Děti se obvykle učí být poslušné a zdvořilé. Mnohdy je pro ně těžké postavit se na odpor, když je to třeba. To se týká i nabídky alkoholu nebo drog. Nácvik sociálních dovedností včetně dovedností odmítání alkoholu a jiných návykových látek je užitečnou formou prevence, ve školním prostředí i v rodině. Jednotlivé způsoby odmítání jsou podrobněji popsány jinde (Nešpor a Csémy, 1997, Nešpor, 2001).

Posílit zdravé sebevědomí dítěte?

Rodiče mohou nacvičovat, jak dítě chválit, i když nedosáhne úspěchu, ale vyvinulo poctivou a upřímnou snahu. Doporučuje se dávat dítěti rozumné cíle, kritizovat konkrétní chování, ne samotné dítě, dávat dítěti přiměřenou odpovědnost a dávat mu najevo, že ho rodiče mají rádi.

Spolupráce rodiny navzájem i s dalšími spojenci při prevenci

- Nejdůležitější bývá spolupráce mezi rodiči navzájem a to i v rozvedených rodinách.
- Cenná může být také spolupráce v širší rodině. Dědečkové, babičky, strýčkové nebo i důvěryhodní rodinní přátelé, které dítě přijímá, mohou velmi pomoci. Třeba bude jejich argumentům a radám naslouchat dítě ochotněji, možná pomohou vyjasnit nedorozumění

mezi vámi a dítětem. Někdo z širší rodiny může také částečně nahradit chybějícího otce v rozvedeném manželství.

- Spolupráce se školou je důležitá v mnoha směrech. Dítě tam tráví velkou část svého času a rodiče by měli vědět, co se tam děje. Prudké zhoršení prospěchu bývá nezřídka první varovnou známkou počínajících problémů s alkoholem nebo drogami.
- Spolupráce se zájmovými, náboženskými, sportovními i jinými organizacemi s pozitivním programem.
- Spolupráce rodičů z různých rodin navzájem.
- Spolupráce se zdravotnickými, psychologickými a sociálními službami podle okolností a potřeb dítěte.

Na závěr bychom rádi upozornili na význam časného rozpoznání návykového problému u dítěte a časných intervencí. Touto problematikou se podrobněji zabýváme jinde (Nešpor a spol., 1998, Nešpor, 1999, Nešpor, 2000).

POUŽITÁ LITERATURA

Goldberg, N.: Therapeutic strategies for alcoholism using marital therapy. *Psychiatria Fennica*, 16, 1985, s. 97–106.

Nešpor, K., Csémy, L., Pernicová, H.: Problémy s návykovými látkami ve školním prostředí. Časná a krátká intervence. Sportpropag, Praha, 1998, s. 104.

Nešpor, K., Csémy, L.: Alkohol, drogy a vaše děti. 4. rozšířené vydání. Sportpropag, 1997, s. 129.

Nešpor, K., Csémy, L.: Bažení (craving). Společný rys mnoha závislostí a jeho zvládnutí. FIT IN a Sportpropag, 1999, s. 76.

Nešpor, K., Csémy, L.: Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi. Psychiatrické centrum Praha, 1996, s. 203.

Nešpor, K.: Návykové chování a závislost. Portál, Praha 2000, s. 152.

Nešpor, K.: Problémy s návykovými látkami v praxi praktického lékaře. Galén, Praha 1999, 111 s.

Nešpor, K.: Vaše děti a návykové látky. Portál, Praha, 2001, s. 160.

Veronie, L.: Influence of subject gender, birth order and gender of alcoholic parent on family role identification for children of alcoholics. *Dissertation Abstracts International*, 58, 1998, č. 12, s. 6849–B.

Wegscheider-Cruse, S.: Another chance. Hope and health for the alcoholic family. Science and Behavior Books, Palo Alto, California, 1989 (druhé vydání), s. 324.

Whalen, T.: Wives of alcoholics: Four types observed in family service agency. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 14, 1953, s. 632–641.

Řadu našich materiálů lze zdarma stáhnout z adresy www.mujweb.cz/veda/nespor.

Problémy s alkoholem v rodině
zpráva pro Evropskou Unii

České vydání připravili:
PhDr. Ladislav Csémy
prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.
MUDr. Hana Sovinová
Překlad MUDr. Ivana Suchardová
Grafická úprava

Odpovědná redaktorka
Mgr. Dana Fragnerová
Vydal Státní zdravotní ústav Šrobárova 48, Praha 10
Vytisklo vydavatelství

Projekt podpory zdraví 84/2001

1. vydání, Praha 2001
© Státní zdravotní ústav

NEPRODEJNÉ