

**UNIVERZITA KARLOVA**  
**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

Sanace rodiny ohrožené transgeneračním přenosem alkoholové  
závislosti

Rehabilitation of a family endangered by transgenerational  
transmission of alcohol addiction

Diplomová práce

Vedoucí práce:

PhDr. Petr Novák, PhD.

Autor:

Bc. Markéta Kaletová

Praha 2022

## **Poděkování**

Především děkuji vedoucímu mé diplomové práce PhDr. Petru Novákovi, PhD., za jeho odborný přístup, cenné rady, ochotu a motivaci při psaní této diplomové práce.

Dále chci poděkovat rodině a přátelům za jejich psychickou podporu, kterou mi věnovali během psaní. A v neposlední řadě děkuji respondentům za jejich odvahu a důvěru, s jakou se podělili se o své příběhy.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou prací „Sanace rodiny ohrožené transgeneračním přenosem alkoholové závislosti“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 3. 1. 2022

.....

Bc. Markéta Kaletová

## **Anotace**

Diplomová práce se zabývá fenoménem transgeneračního přenosu alkoholové závislosti se zřetelem k sanaci rodiny jako vhodné metody sociální práce s rodinou ohroženou touto problematikou. V této souvislosti mapuje možnosti, jak lze rodině pomoci předcházet, popřípadě eliminovat riziko přenosu na další generaci potomků. V teoretické části se práce zabývá vznikem, příčinami a dopadem alkoholové závislosti na jedince a rodinu. Zkoumá vliv alkoholové závislosti na fungování rodiny a mapuje protektivní a rizikové faktory v rodině, které významně ovlivňují riziko transgeneračního přenosu alkoholové závislosti na další generaci. V praktické části je popsán postup, jakým bylo prováděno výzkumné šetření a analyzovány rozhovory s cílovou skupinou respondentů, kteří vyrůstali v rodině s rodičem závislým na alkoholu s ohledem na jejich současný život a výchovu dětí. Na závěr jsou diskutovány výsledky šetření v komparaci s odbornou literaturou.

**Klíčová slova:** Transgenerační přenos, sanace rodiny, alkoholová závislost, ohrožená rodina, traumatické dětství, dospělé děti alkoholiků, sanace rodiny, šetření

## **Annotation**

The diploma thesis deals with the phenomenon of transgenerational transmission of alcohol addiction with regard to the family rehabilitation as a suitable method of social work with the family at risk of this issue. In this context, it maps the possibilities of how the family can be helped to prevent or eliminate the risk of transmission to the next generation of offspring. The theoretical part deals with the origin, causes and impact of alcohol addiction on individuals and families. It examines the impact of alcohol addiction on family functioning and maps protective and risk factors in the family that significantly affect the risk of transgenerational transmission of alcohol addiction to the next generation. The practical part describes the procedure by which the research was conducted and analyzed interviews with the target group of respondents who grew up in a family with an alcoholic parent with regard to their current lives and raising children. Finally, the results of the survey are discussed in comparison with the literature.

**Keywords:** Transgenerational transmission, family rehabilitation, alcohol dependence, endangered family, traumatic childhood, adult children of alcoholics, family rehabilitation, investigation

# Obsah

Úvod .....	8
<b>I. Teoretická část.....</b>	<b>12</b>
<b>1. Alkoholová závislost.....</b>	<b>13</b>
1.1 Definice alkoholové závislosti a její dopad na jedince .....	14
1.2 Příčiny vzniku alkoholové závislosti .....	16
<b>2. Transgenerační přenos v rodině .....</b>	<b>19</b>
2.1 Mechanismus mezigeneračního přenosu.....	21
2.2 Transgenerační přenos rodinné alkoholové závislosti a traumatu .....	22
2.3 Faktory ovlivňující transgenerační přenos závislosti na alkoholu .....	25
2.4 Rodinná vulnerabilita a resilience .....	27
<b>3. Rodina a alkoholová závislost .....</b>	<b>30</b>
3.1 Sociální dopad alkoholové závislosti na rodinu.....	31
3.2 Problémové znaky rodiny ohrožené alkoholovou závislostí.....	32
3.3 Narušení mezigeneračních hranic .....	35
3.4 Děti rodičů s alkoholovou závislostí.....	37
3.5 Dospělé děti rodičů s alkoholovou závislostí.....	41
3.6 Rizikové a protektivní faktory při výchově dětí .....	43
<b>4. Sanace rodiny.....</b>	<b>48</b>
4.1 Sanace rodiny – podmínky .....	49
4.2 Sanace rodiny – legislativa.....	50
4.3 Hodnocení ohrožení dítěte a možnosti práce s rodinou .....	51
4.4 Sanace rodiny ohrožené alkoholovou závislostí .....	52
4.5 Sociální práce s rodinou s výskytem alkoholové závislosti aneb motivace k léčbě ..	54
<b>II. Empirická část .....</b>	<b>58</b>
<b>5. Organizace výzkumného šetření .....</b>	<b>59</b>
5.1 Orientace výzkumu a metody získávání dat.....	59
5.2 Cíl výzkumu a výzkumné otázky .....	59

5.3	Etické aspekty výzkumu .....	62
5.4	Metoda zpracování dat .....	62
5.5	Charakteristika výzkumného vzorku.....	63
<b>6.</b>	<b>Analýza a interpretace výzkumného šetření.....</b>	<b>65</b>
<b>7.</b>	<b>Diskuze výsledků .....</b>	<b>88</b>
<b>Závěr</b> .....	<b>100</b>	
<b>Seznam použité literatury</b> .....	<b>102</b>	
<b>Přílohy</b> .....	<b>105</b>	
<b>Abstrakt</b> .....	<b>110</b>	
<b>Abstract</b> .....	<b>111</b>	

## **Seznam zkratek**

ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder

CAN syndrom – Child abuse and neglect

DDA – dospělé děti alkoholiků

DVO – dílčí výzkumná otázka

HVO – hlavní výzkumná otázka

MNK – Mezinárodní klasifikace nemocí

OSPOD – Orgán sociálně-právní ochrany dětí

TG – transgenerační přenos

WHO – Světová zdravotnická organizace

## Úvod

*„Nemůžeme být opravdu šťastní, pokud naši předkové uvnitř nás trpí. Učiníme-li krok vědomě, svobodně a šťastně, děláme to pro všechny generace, předchozí i budoucí. Ti všichni se pak navrátí domů ve stejný okamžik jako my.“ (Thich Nhat Han in Tóthová, 2011, s. 9)*

Téma diplomové práce jsem si vybrala z více důvodů. Důležitým podnětem, který mě k volbě tématu přivedl, bylo mé zjištění a poznání pramenící z profesní zkušenosti sociální pracovníce v Poradně pro občanství, občanská a lidská práva, kde jsem tři roky pracovala v rámci sociálně-aktivizační služby pro rodiny s dětmi. Hlavním cílem této práce bylo rodinu sanovat a pomoci rodičům posílit jejich rodičovské kompetence a dovednosti při řešení jejich nepříznivé sociální situace a podpořit jejich péči o děti tak, aby nedošlo k jejich odebrání z rodiny, a tím k jejímu rozpadu. Další zkušeností byla má práce v rámci odborného sociálního poradenství zaměřeného zejména na dluhovou problematiku. V průběhu této profese jsem při mapování nepříznivé sociální situace zjistila, že se u některých klientů s dluhovými problémy v rodinné anamnéze vyskytují rodiče s alkoholovým problémem. Povšimla jsem si toho, že ačkoliv tyto dospělé děti alkoholiků netrpí žádnou závislostí, přesto nezvládají některé významné oblasti života, jako by jim pro to chyběla určitá dovednost.

V průběhu mé práce v rámci sanace rodiny jsem častokrát zjistila, že spolupracuji s rodiči, kteří sami jako děti vyrůstali v alkoholovém prostředí, jež mělo a má vliv na jejich životy, formování současné rodiny a výchovu dětí. Tento vliv se projevoval zejména potížemi se samotnou alkoholovou či jinou závislostí nebo v podobě výrazných sociálních problémů (dluhy, nezaměstnanost, patologie ve vztazích), nefungování rodiny či nezvládání rodičovských rolí a kompetencí. Z důvodu těchto potíží docházelo v některých rodinách na podnět orgánu sociálně právní ochrany dítěte k odebrání dítěte, jindy k selhávání rodičovské role s vážnými či méně vážnými následky ohrožující vývoj dítěte. Několikrát jsem si kladla otázku, zda byly využity všechny prostředky k tomu, aby se rodině včas a účinně poskytla pomoc tak, aby nedošlo k zásahu formou odebrání dítěte z rodiny. V některých případech ano, jindy nikoliv, záleží na tom, jaký pracovník s rodinou pracoval a jaké postupy při své práci s rodinou použil. Jsem toho názoru, který pramení z mé profesní zkušenosti, že často ani pracovníci orgánu sociálně právní ochrany dítěte (dále OSPOD) z kapacitních a časových důvodů nevynaloží dostatek energie a úsilí k tomu, aby rodině ohrožené alkoholovou závislostí věnovali náležitou



podporu. Důvody jsou mnohdy různé a na základě svých profesních zkušeností si myslím, že se jedná zejména o nedostatečně propracovanou metodiku v oblasti sociální práce s rodinou ohroženou transgeneračním přenosem alkoholové závislosti a bohužel v některých případech i o nálepkování takové rodiny. Ale zajisté tomu tak není vždy a jsou pracovníci, kteří vynaloží dostatek sil motivovat rodinu k zlepšení podmínek optimálních pro dítě, ale rodina sama nedokáže, neumí, nebo nezvládá svou situaci řešit a setrvává v naučené bezmoci, nemožnosti svůj problém řešit, nebo se ve vzdoru uzavírá před poskytnutou pomocí. Ačkoliv se sanace rodiny soustřeďuje převážně do neziskových organizací, má OSPOD hlavní rozhodovací povinnost určovat, jaký další osud dítě v takové rodině bude mít, proto je velmi důležité přistupovat ke každé rodině individuálně.

Jsou rodiny, které jsou schopny optimálně fungovat i navzdory averzním dětským zkušenostem spojeným s alkoholovou závislostí rodičů v původní rodině. Existují ale i takové, které jsou v důsledku alkoholové závislosti původní rodiny poznamenány a neměly nebo nemají možnost osvojit si potřebné dovednosti a schopnosti při výchově vlastních dětí. Nemají osvojeny dovednosti při výchově vlastních dětí, neboť si mnohdy neuvědomují, jakou zátěž nesou, a nevědomě opakují modelové chování rodičů jako určitou „normu“. Všichni si neuvědomují tuto zátěž, a tak znovu často nevědomě opakují stejné vzorce chování, které zažili a viděli u svých rodičů či primárních pečujících osob.

Ačkoliv existují a vznikají v České republice služby pro rodiny, které jsou ohroženy důsledkem alkoholové závislosti, stále je jich nedostatečné množství vzhledem k jejich potřebnosti a důležitosti. Pokud rodič, který vyrůstal v alkoholovém prostředí, neprožil dostatek stabilní péče, lásky, pozornosti a bezpečí ve své původní rodině, jen stěží dovede stejné podmínky vytvořit pro své dítě, byť ho sebevíce miluje. Jeho výchozí situace je mnohem komplikovanější a vyžaduje více uvědomění, odvahy a sebereflexe než u rodiče, který vyrůstal v harmonických podmínkách a přístup rodičů, který zažil, se stal jeho přirozenou součástí, zdrojem sil a pevné půdy pod nohama pro život. Existují případy, kdy dospělé děti rodičů s alkoholovou závislostí dokážou tyto potíže reflektovat a pracovat na sobě tak, aby nepředávaly svým dětem nežádoucí vzorce chování nebo dispozice k alkoholové či jiné závislosti. Na druhou stranu existuje také mnoho případů rodičů, kterým poznání této skutečnosti chybí a nedovedou rozpoznat a zastavit tyto potíže ovlivňující další generaci potomků. Jako efektivní pomoc vnímám v tomto směru síť sociálních služeb na všech úrovních prevence s důrazem na primární prevenci a finanční i časovou dostupnost psychoterapií rodinám a dětem, které jsou

transgeneračním přenosem alkoholové závislosti přímo ohroženy. Vyrůstát v prostředí, kde se vyskytuje alkoholová závislost rodičů, je velkým zásahem do křehké dětské duše, který způsobí hluboké zranění, jež nekončí tím, že se člověk stane dospělým. Některé dospělé děti rodičů s alkoholovou závislostí samy nevědí, jak své děti vychovávat, protože neměly vzor, návod, jak má „zdravá“ a optimální péče o dítě vypadat. Proto odebrání dítěte z péče rodičů by mělo být poslední volbou, když selžou všechny předchozí intervence, které usilovaly o to zachovat rodinu jako celek.

Dalším významným motivem pro psaní diplomové práce pro mě byla také samotná volba tématu, neboť problematika transgeneračního přenosu alkoholové závislosti není v českém prostředí dostatečně zmapována, ačkoliv je velmi významná. Vzhledem k tomu, že zde chybí výzkumy transgeneračního přenosu v souvislosti se závislostmi a traumaty, odkazují se i naši přední odborníci na zahraniční studie.

V neposlední řadě se námětem pro volbu tématu diplomové práce stala moje osobní zkušenost s alkoholovou závislostí v původní rodině.

Předložená diplomová práce usiluje o porozumění složité problematice rodinné alkoholové závislosti optikou transgeneračního přenosu, který úzce souvisí s předáváním maladaptivních výchovných vzorců, traumatických či adverzních zkušeností do dalších generací. V této souvislosti práce mapuje rizikové a protektivní vzorce ve výchově, která mají vliv na riziko transgeneračního přenosu do další generace. Cílem diplomové práce je s pomocí odborné literatury přiblížit a popsat transgenerační přenos rodinné alkoholové závislosti se zřetelem k prevenci tohoto přenosu do další generace potomků. Práce v této souvislosti mapuje, jakým způsobem lze rodinu sanovat tak, aby se se zátěží způsobenou alkoholovou závislostí původní rodiny dokázala lépe vyrovnat a neopakovala, případně zmírnila rizika přenosu alkoholové závislosti ve výchově vlastních dětí. V souladu s těmito cíli práce mapuje sociální dopady alkoholové závislosti, které rodinu přímo ohrožují v jejím fungování. Popisuje sanaci rodiny jako nástroj sociální prevence při práci s ohroženými rodinami, které usilují o zachování rodiny jako celku. Zároveň vymezuje rodiny, které nejsou pro sanaci vhodné, aby se předešlo mylným interpretacím. Příkladem rodiny vhodné pro sanaci je ta, která je motivována k tomu své problémy řešit a uzdravit, aby nedocházelo k ohrožení dítěte. Krajním řešením je rodině dítě odebrat, aniž by se sociální pracovník zamyslel nad tím, proč rodič ve své rodičovské roli selhává, jaké jsou příčiny tohoto selhání a zda je rodina motivována k tomu svou situaci aktivně řešit. Diplomová práce vychází z předpokladu, že ne vždy jsou děti alkoholiků v dospělosti samy

závislé na alkoholu či jiných drogách, ale mohou se u nich objevit potíže v různých životních oblastech. Práce usiluje o to zjistit, jak dospělé děti alkoholiků zvládají výchovu vlastních dětí a fungování rodiny jako celku.

Vědecko-výzkumným problémem je popis fenoménu transgeneračního přenosu rodinné alkoholové závislosti se zřetelem k sanaci rodiny jako prevenci tohoto přenosu. Cílem výzkumného šetření je odpovědět si na hlavní výzkumnou otázku, která je formulována takto: Jaká je osobní zkušenost současné generace potomků rodičů závislých na alkoholu při vytváření vlastní rodiny a jak lze v rodině předcházet riziku transgeneračního přenosu alkoholové závislosti na další generaci potomků?

V souladu s hlavní výzkumnou otázkou byly následně koncipovány dílčí výzkumné otázky, které se soustředí na jednotlivé oblasti této problematiky. Nahlédnutím pod pokličku osobních zkušeností respondentů nám pak lépe umožní zamyslet se nad tím, proč v některých rodinách dochází k různým potížím a rodina není schopna optimálně fungovat.

## I. Teoretická část

V první kapitole se diplomová práce zaměřuje na popis, definici, příčiny a dopad alkoholové závislosti na jedince.

Dále zkoumá popis transgeneračního přenosu rodinné alkoholové závislosti v rodině (kapitola 2), přičemž se snaží porozumět souvztažnosti alkoholové závislosti a traumatu, která je v kontextu transgeneračního přenosu v úzké spojitosti. Dále mapuje faktory, které ovlivňují transgenerační přenos alkoholové závislosti, včetně rodinné vulnerability a resilience pro jejich přenos na další generaci. Ve třetí kapitole se práce zabývá alkoholovou závislostí v rodině. Popisuje sociální dopad závislosti na členy rodiny a společné znaky, kterými se alkoholová závislost v rodině projevuje. Při zjišťování příčin vzniku alkoholové závislosti mapuje rizikové faktory výchovy rodičů, u kterých hrozí vyšší riziko vzniku závislosti, stejně jako protektivní vlivy ve výchově, která toto riziko snižují. Další podkapitoly se věnují charakteristice dětí rodičů s alkoholovou závislostí v dětství a dospělosti.

V poslední kapitole se teoretická část práce zabývá sanací rodiny jako vhodné metody sociální práce s rodinou ohroženou alkoholovou závislostí, jejímž cílem je pomoci rodině předcházet odebrání dítěte do náhradní rodinné péče a v případě, kdy tomu nešlo zabránit, podporovat rodinu v zachování kontaktu s dítětem a napomoci jeho bezpečnému návratu domů.

Při mapování možností sanace rodiny se práce zaměřuje zejména na oblast sociální prevence, jako příklad uvádí sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi dle § 65 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Na sanaci rodiny je zde nahlíženo především jako na práci s rodinou zaměřenou na aktivizaci a motivaci rodiny k řešení problémů a posilování rodičovských kompetencí. V rámci sanace rodiny je možné pracovat jak s rodinou, která je alkoholovou závislostí přímo ohrožena, ale rodič s alkoholovou závislostí je motivován k léčbě, tak s rodiči, kteří sice závislí nejsou, ale u nichž jsou rodičovské kompetence výrazně oslabeny v důsledku toho, že vyrůstali v alkoholovém prostředí.

# 1. Alkoholová závislost

Ačkoliv se naše společnost dlouhodobě zabývá prevencí vzniku a vývoje drogových závislostí a snaží se o regulaci této problematiky, je stále ještě nesystémová a vágní. Následkem toho mohou vznikat závažné potíže v oblasti ekonomické, sociální, zdravotní i transgeneračního přenosu. Preventivní úsilí, ač podpořené legislativou, je brzděno přístupem k alkoholu, který je v naší společnosti oproti jiným drogám bagatelizován (Riesel, Kroftová, 2019, s. 359). Zima (2006 in Riesel, Kroftová, 2019, s. 360) uvádí, že alkohol je zdomácnělou drogou, která je spojena s řadou společenských událostí, a podceňuje se fakt, že je toxická, návyková a nebezpečná. WHO (Světová zdravotnická organizace) uvádí více než 60 kategorií nemocí v souvislosti s užíváním alkoholu. Evropské statistiky dokladují, že u mladé generace má každé čtvrté úmrtí souvislost s alkoholem.

Autoři Riesel a Kroftová (2019, s. 362) popisují závislost jako „*primární chronické a recidivující onemocnění mozkových center odměny, motivace, paměti a dalších funkcí*“. A dále uvádějí, že drogová závislost je komplexní onemocnění CNS (centrální nervové soustavy), která se projevuje nekontrolovatelným bažením po droze (craving), vyhledáváním drogy (drug seeking) a touhou získat drogu za jakoukoliv cenu (reward), ačkoliv užívání drogy působí jedinci řadu škodlivých a ohrožujících následků.

Fišerová (in Kalina et al., 2003, s. 96–99) zmiňuje, že na alkoholovou závislost je zapotřebí nahlížet komplexně jako na bio-psycho-sociální onemocnění, při níž se jednotlivé faktory vzájemně doplňují a integrují. Fišerová (tamtéž) popisuje, že v důsledku závislosti dochází v centrální nervové soustavě ke změnám a vytváření tzv. adaptačních mechanismů, které postupně vedou k nové patologické rovnováze. Když droga chybí, dojde k narušení patologické rovnováhy, což vede k abstinenčnímu syndromu a k dalšímu užití drogy. Při vzniku alkoholové závislosti dochází nejprve k psychickým změnám (nutkavost po další látce) a následně i k somatickým potížím.

Kudrle (in Kalina et al., 2003) chápe závislost jako progredující poruchu. Kritickým bodem v jejím rozvoji je fáze, kdy se změna prožívání závislé osoby stává iluzí a záměnou za změnu reality samotné. Příznačným rysem závislosti je neschopnost jedince přerušit tento vzorec. Závislost je vyústěním abusu, přičemž se jedná o pozvolný proces, který si daný jedinec uvědomuje pouze částečně nebo vůbec. Od určitého okamžiku závislá osoba zaměňuje změnu prožívání za změnu samotné reality. Může věřit tomu, že problém nemá, jelikož danou situaci

nevnímá jako problematickou. V souvislosti s pozměněným prožíváním reality dochází ke změně jejího myšlení i jednání, což vede ke zhoršení vztahů v rodině, a tím i k prohloubení závislosti. V této fázi závislý člověk ztrácí autentické prožívání a úměrně k jeho stupňující se poruše se rozvíjí jeho obranné mechanismy, jež ho mají chránit před pocity studu a bezmoci. Mezi časté mechanismy (dle Royce, 1989 in Kalina, 2003, s. 108) patří: velikášství, racionalizace, minimalizace, únik do fantazie, projekce viny, popření.

Preslová (2012) k tomu výstižně uvádí, že závislý člověk postupně ztrácí schopnost žít normální život, tzn. „*pečovat o sebe, starat se o blízké, radovat se, pracovat, studovat, udržovat vztahy s jinými lidmi než s uživateli návykových látek*“. V této fázi je těžké se závislostí přestat a každý neúspěšný pokus o abstinenci většinou vede ke zklamání a návratu k užívání. Závislá osoba postupně ztrácí kontrolu nad vlastním životem, dostává se do izolace a není v jejích silách dlouhodobě abstinovat. Jediným východiskem je léčba závislosti, kdy se abstinence stává podmínkou k zahájení léčby, nikoliv cílem.

## **1.1 Definice alkoholové závislosti a její dopad na jedince**

Existuje celá řada definic alkoholové závislosti. K tomu, abychom lépe porozuměli zkoumanému fenoménu rodinné alkoholové závislosti se zřetelem k transgeneračnímu přenosu a jeho dopadu na další generace, je zapotřebí zpřehlednit pojetí alkoholové závislosti, které nám pomůže rozkrýt její projevy, vznik a genezi. Desátá mezinárodní klasifikace nemocí (MNK 10) označuje syndrom závislosti diagnózou (F 10.2), který se vyznačuje skupinou „*fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Základní charakteristikou závislosti je často silná touha užívat psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák*“ (Nešpor, 2007, s. 9–10).

Definitivní diagnózu závislosti lze stanovit pouze v případě, pokud během jednoho roku došlo ke třem a více potížím, které se projevují takto:

1. silnou touhou nebo puzením užívat látku (craving, bažení),
2. potížemi v sebeovládání při užívání látky,
3. tělesným odvykacím stavem,
4. růstem tolerance k vyšším dávkám alkoholu v pokročilém stádiu závislosti,
5. zanedbáváním jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch návykové látky,

6. pokračováním v užívání návykové látky i přes jasný důkaz škodlivých následků – může se jednat o poškození jater, depresivní stavy, toxické poškození aj. zdravotní potíže.

Nešpor (2007, s. 10–22) v této souvislosti dále zmiňuje, že definice závislosti dle Americké psychiatrické asociace (DSM-IV) má velmi blízko k definici závislosti podle MNK 10. Psychiatrická definice vypouští pouze kritérium bažení (cravingu). I zde však platí, že pro diagnózu závislosti by měla osoba vykazovat alespoň tři ze sedmi příznaků v období jednoho roku. Jedná se o následující příznaky: 1. růst tolerance, 2. odvykácí příznaky pro vysazení látky, 3. přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu, 4. dlouhodobá snaha, případně jeden až více pokusů omezit užívání látky, 5. trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejich účinků, 6. zanechání či omezení sociálních, pracovních aktivit v důsledku užívání látky, 7. pokračování v užívání látky i navzdory dlouhodobým sociálním, psychologickým nebo zdravotním potížím, které si osoba uvědomuje.

V obecné rovině lze tedy shrnout, že závislost je klasifikována jako nemoc, kdy pití alkoholu je nadměrné a časté, ztrácí se kontrola nad drogou, projevuje se bažení po droze a zvýšila se tolerance drogy, která se v terminálním stádiu může oslabit. Hlavním aspektem závislosti jsou též abstinenční potíže při nedostatku drog a pokračování v abúzu drog, ačkoliv to jedinci způsobuje škodlivé následky a mnoho problémů. Časté nadužívání drog je hodnoceno jako škodlivé užívání návykové látky, které může postupně vést k závislosti. (Riesel, Kroftová, 2019, s. 362). Jak uvádí Kalina (2003, s. 78–79), v problematice závislostí dominoval dlouhá desetiletí biomedicínský model závislosti, který drogovou závislost pojímal jako nemoc v lékařském slova smyslu (tzn. poruchou mozkových funkcí s dědičnými dispozicemi). Biomedicínský přístup považoval závislost za onemocnění chronické, obtížně léčitelné, provázené častými recidivami a téměř nevléčitelné. Takovému pojetí odpovídaly vybrané léčebné metody, které se soustředily převážně jen na ústavní léčbu a detoxifikaci. V současné době je biomedicínský přístup rozšířen o oblast psychických funkcí, mezilidských vztahů, čemuž odpovídá tzv. bio-psycho-sociální přístup. Tomu by měla odpovídat adekvátní léčba závislosti zahrnující všechny faktory bio-psycho-sociálního rozměru (obohacené o psychoterapii).

Dle Radimeckého (2007 in Riesel, Kroftová, 2019, s. 362) odrážel koncept závislosti jako nemoci potřeby 20. století, ale bylo zapotřebí přehodnotit nazírání na tuto problematiku,

včetně přístupu k jejich uživatelům. Ve 21. století by se měl postoj k závislostem jako nemocem posunout k širšímu modelu závislostního chování, kterému by měla odpovídat pestřejší nabídka stylů, přístupu a dlouhodobé pomoci uživatelům návykových látek (White et al., 2001 in Riesel, Kroftová, 2019, s. 362). Z toho autoři Riesel a Kroftová (2019, s. 362) vyvozují, že jako nemoc by byly uznány pouze zdravotní komplikace, které se závislostí souvisí jako například delirium, alkoholická neuropatie, epilepsie, různé somatické potíže, demence, a jiné zdravotní potíže.

## 1.2 Příčiny vzniku alkoholové závislosti

V souvislosti se zkoumaným fenoménem popisuje Hajný (in Kalina et al., 2003) zajímavou klasifikaci Cancriniho (1985), který dává do souvislosti typ závislosti a rodinného prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá. V tomto kontextu rozlišuje 4 typy závislosti: traumatickou, neurotickou, přechodnou a sociopatickou. Závislost traumatického typu je reakcí na trauma, ztrátu, konflikt, přičemž častými rodinnými faktory, které ji způsobují, jsou: zneužití, úmrtí, násilí psychická porucha aj. Neurotická závislost se vyskytuje nejčastěji v rodině s nevyřešenými konflikty, nahromaděným napětím, nedostatečně vymezenými hranicemi mezi generacemi. Dalším typem je přechodová závislost, která odpovídá hraničním typům osobnosti a posledním typem je sociopatická závislost, která se formuje v rodině, kde převládala lhostejnost, fyzické násilí, kriminalita, zneužívání, život v instituci. Závislý se projevuje výrazně asociálním chováním.

Kudrle (in Kalina et al., 2003) pojímá alkoholovou i drogovou závislost jako velmi komplexní fenomén, který nelze pochopit na základě jedné příčiny či predispozice. Nejčastěji se jedná o kombinaci mnoha faktorů, např. určité fyziologické faktory se v součinnosti s psychologickými či sociokulturními podílí na rozvoji závislosti. Od 60. let, kdy je diagnóza alkoholismu uvedena v mezinárodních klasifikacích, se intenzivně zjišťují biologické příčiny a souvislosti závislosti. Jako hlavní biologické faktory vzniku závislosti lze považovat zejména potíže v průběhu těhotenství matky, zda bylo dítě ještě před narozením vystaveno účinkům alkoholu či jiných drog, v takovém případě se jedná o „*fetální alkoholový syndrom*“. Dále okolnosti porodu dítěte (stres matky, celkový psychomotorický vývoj a neurobiologie dítěte, přítomnost traumat, nemocí a dalších faktorů). U potomků rodičů alkoholiků jsou zjištěny genetické souvislosti týkající se vrozené vyšší tolerance vůči alkoholu (Royce, 1989 in Kudrle, 2003, s. 91). V souvislosti s alkoholovou závislostí je významná interakce alkoholu v mozku s



dopaminem a serotoninem, ovlivňující centra slasti v limbickém systému. Kars-Morseová a Willeyová (2013) v této souvislosti uvádí, že u osob, které trpí závislostí na alkoholu či drogách, byla zjištěna nižší hladina dopaminu, což vede k zesílení bažení po návykové látce (cravingu), která dočasně zvyšuje hodnoty dopaminu.

Autoři Csémy, Nešpor a Sovinová (2001, s. 33) zmiňují, že na rozvoji závislosti se podílí genetické faktory a vlivy vnějšího prostředí, přičemž zdůrazňují, že pouze genetické faktory nejsou dostačujícím spouštěčem alkoholové závislosti, ale predispozicí pro vznik závislosti. Toto potvrzuje i britská studie mladých dospělých, která zjistila, že biologická zranitelnost vlivem závislosti rodičů na alkoholu nebyla dostačující pro rozvoj závislosti na alkoholu v mladém dospělém věku, ačkoli představovala zvýšené riziko.

Fišerová (in Kalina et al., 2003) rovněž uvádí, že při výzkumu závislosti byly prokázány znaky genetických predispozic k závislostem různých typů (Hoschl, 1996), například u alkoholové závislosti bylo studií dvojčat zjištěno, že výskyt alkoholismu je vyšší u synů alkoholiků. Některé studie prokazují rozdílnou dispozici k různým typům závislostí u mužů a žen, tzv. „*gender faktor*“, tzn., že závislost u žen se vyvíjí rychleji než u mužů. A stejně tak byla zjištěna zvýšená citlivost a reaktivita u dětí a mladistvých pro rozvoj drogové závislosti.

Dalšími významnými faktory, které se podílejí na rozvoji alkoholové závislosti, jsou tzv. psychogenní faktory. Tyto faktory působí již v období nitroděložního vývoje a souvisí s psychickým prožíváním matky. Pokud žena prožívá těhotenství jako stresovou situaci, pak se informace o stresu přenáší i na plod. Jestliže matka na snížení stresu začne užívat nějaké tlumivé látky, pak se tato informace přenáší na plod a vytváří tzv. „*iprint*“ (dráhu, vtisk), kterým způsobí efekt o tlumivé látce při prožitku stresu, což se může v pozdějším životě projevit v reakci na stres. Dalšími významnými psychogenními faktory jsou: kvalita rodičovské výchovy, péče o optimální vývoj dítěte, přiměřené uspokojování potřeb dítěte, respekt k hranicím dítěte, adekvátní pomoc při řešení různých psychických potíží či poruch (deprese, úzkosti, případně psychotické stavy). Alkohol má v počátečních fázích antidepresivní a antixiolytický účinek, ale postupně se sám stává příčinou deprese a úzkosti, které vedou k opakovanému požití alkoholu (Kudrle in Kalina, 2003).

Jako další příčiny alkoholové závislosti Kudrle (in Kalina, 2003) zmiňuje sociální faktory, které v obecné rovině zahrnují rasovou příslušnost, sociální postavení, životní úroveň rodiny, prostředí, v němž jedinec vyrůstá. Důležitou roli sehrává kvalita rodinných vztahů a úroveň výchovy a socializace. Na dítě má negativní vliv, pokud vyrůstá v rodině závislých

osob, kde je konfrontováno s pitím alkoholu či braním drogy jako normou. O tom dále pojednává třetí kapitola, která se blíže zaměřuje na vliv rodiny a rozvoj alkoholové závislosti.

Riesel a Kroftová (2019, s. 362) v souvislosti se vznikem a průběhem závislosti přisuzují významný vliv duchovním faktorům. Pokud člověk nedovede uspokojovat své duchovní potřeby (lásku, víru, naději), prožívá pocit prázdnoty a nudy, což může vést k existenciální frustraci a častému hledání náhradního uspokojení v návykových látkách. Kudrle (in Kalina et al., 2003) uvádí, že tuto oblast nejvíce popularizovala skupina Anonymních alkoholiků ve svém programu 12 kroků k úzdavě (Anonymne Alkoholiker, 1983). Cílem programu je hledání smyslu života. Jedná se o témata po smyslu života, která se mohou objevovat, i když už člověk abstínuje. V primární prevenci, ale i terapeutických programech je proto důležité zohledňovat přístupy, které se dotýkají roviny nejnítěnějších potřeb člověka. Kudrle (in Kalina et al., 2003). Zajímavý pohled na závislosti nabízí Rohr (2015, s. 11), který v nich spatřuje hlubší psychické příčiny, což vyjadřuje takto: „*Závislost je nemoc žízňě. Otázka je: po čem člověk žízni? A hlavně: proč je jeho žízeň neutišitelná? Samozřejmě jde o žízeň po náklonosti, lásce, uznání a ocenění.*“ Chorobnou závislost Rohr (2015, s. 46–48) přirovnává k nemoci ztráty smyslu. V chronické fázi závislosti se život pro závislou osobu stává stále více nesmyslným a vše je degradováno na obstarávání návykové látky. Jedná se o stav úplné rezignace. Tuto beznadějnost prožívají všichni členové rodiny, nejde jí izolovat jen člena, který má potíže s alkoholem. Otázka po smyslu existence a bilancování dosavadního způsobu života je pro abstinenci chorobně závislé osoby klíčová.

## 2. Transgenerační přenos v rodině

Rodičovství se stává zdrojem sil, jen když „*proudí po směru času z rodičů na děti a oživuje pevné části stromu, který pak plně kvete a plodí*“ (Chvála, Trapková, 2008, s. 137 in Tóthová, 2011, s. 85).

Citát, kterým začíná tato kapitola, je výstižným pojetím transgeneračního přenosu, který je přirozeným předáváním zdravých vzorců další generaci rodiny, která je pak stabilním a pevným jádrem pro své potomky. Pokud ale rodina nefunguje, dochází k opačnému případu. Tóthová (2011) to příznačně popisuje tak, že pokud se síla obrací proti směru času, znamená to, že nová generace ztrácí přístup ke zdrojům sil předků a začíná slábnout. V takovém případě rodiče svým dětem nezprostředkovali přístup k dědictví předchozích generací, aby posílili růstovou spirálu rodiny, ale naopak vyčerpávají zdroje vlastních dětí, a tím způsobují ztrátu sil pro novou generaci rodiny. V tomto kontextu Tóthová (2011, s. 77) uvádí, že pro pochopení transgeneračního přenosu dědictví rodin je třeba rozlišit vědomý a nevědomý transgenerační přenos, který se přenáší vědomou či nevědomou transmisí. Vědomá transmise se přenáší prostřednictvím verbalizovaných a uvědomělých rodinných zkušeností, příběhů, mýtů, zvyků a tradic, které vytvářejí rodinné dědictví. Nevědomá transmise je tvořena mnogogeneračním přenosem všech životních zkušeností rodinné minulosti, které zůstávají neuzdravené, neukončené, nesdělené či tabuizované. Uzdravení nevědomého přenosu traumatu je především prací na posílení vědomého přenosu transgeneračních rodinných sil.

Transgenerační přenos je tedy proces, kdy se informace obsažená v jedné generaci přenáší do další generace a ovlivňuje její život, přičemž prostředí ovlivňuje způsob, jakým je genetická informace „*vyjádřena v čase a ve fungování organismu*“. Nutno zmínit, že porozumění těmto mechanismům je velmi složité a není ještě zcela evidentní (Heard, Martienssen in Winnete, 2019, s. 109).

Salberg (2015 in Preiss, 2019, s. 36) nazírá problematiku transgeneračního přenosu jako multigenerační, ovlivněnou historickým i personálním kontextem a přenášenou na úrovni mysli i těla. Přenos zkušeností minulých generací lze rozdělit na přímý a nepřímý. Krystal et al. (1998 in Preiss, 2019) uvádí, že při přímém přenosu se dítě od rodiče učí narušené způsoby myšlení a chování a trpí při něm podobnými odchylkami či poruchou rodič i dítě. Zatímco při nepřímém přenosu vznikají potíže dítěte v důsledku psychické poruchy rodiče, nikoliv však nápodobou či

učením. Psychická porucha rodiče může být u dítěte spouštěčem pro různé psychické poruchy, které však mohou být jiné než u rodiče.

Dle Tóthové (2011) se transgenerační přenos v rodině uskutečňuje prostřednictvím nevědomé intrapsychické strukturální, emoční a komunikační rodinné dynamiky.

Z toho lze usuzovat, že v rodině ohrožené alkoholem může docházet k narušení všech oblastí rodinné dynamiky. V kontextu vědecko-výzkumného problému se jedná především o zanechání hluboké rány, způsobené alkoholovou závislostí, která se na další generace přenáší zejména prostřednictvím emočního dluhu, které by se dal vysvětlit pojetím Tóthové (2011, s. 83), podle které transgenerační přenos prostřednictvím emočního dluhu vzniká v případě, že se *„rodinná péče otočí proti směru plynutí generací a my nacházíme emočně i fyzicky přetížené děti, které místo toho, aby bylo postaráno o ně, s hlubokou oddaností léčí rány svých vyčerpaných rodičů“*.

Transgenerační přenos v rodině prostřednictvím neuzdravených emocí zanechává u každého jejího člena odlišné emoční zranění (Plutchik, 1989 in Tóthová, 2011). Dle Tóthové (2011) se jedná tzv. faktor nesdíleného prostředí, který se projevuje tím, že rodinná minulost v rámci nové generace nemusí mít stejný dopad na všechny děti sourozeneckého podsystemu. Což znamená, že každé dítě reaguje jinou senzitivitou na odlišné aspekty transgeneračního přenosu, přičemž vůči jiným zůstává odolné.

K mezigeneračním propletením a transmisi rodinných vzorců dochází při nepropustných emočních hranicích nukleárního rodinného systému, kdy osamostatňující se dítě zůstává stále vázané na vztahy své původní rodiny. V jiných případech naopak v důsledku zpřetrhání emočních pout, které paradoxně vede ještě k silnější vazbě na původní rodinu a k jejímu přenosu na další generace (Kerr, Bowen, 1988). Z transgeneračního pohledu je zásadní emoční odtržení, které je instinktivní reakcí, jejímž cílem je separace od minulosti a soustředění se na vlastní život. To znamená, že čím intenzivnější je odstrižení od rodičů, tím větší může být pravděpodobnost, že jedinec bude opakovat podobný vzorec ve vztazích. (Bowen 1978, in Preiss, 2019, s. 38). Trapková a Chvála (2004) v této souvislosti hovoří o potřebě završení sociální separace dětí od rodičů, které připisují klíčový význam pro plynulou emoční kontinuitu rodu. Podle Hazenové, Jacobvitzové a McFarlendové (2005 in Tóthová, 2011) patří k nejzávažnějším typům mezigeneračního narušení hranic: spoustifikace, parentifikace, triangulace. Tóthová (2011) k tomu uvádí ještě převrácení rolí a transdebitaci.

V rodině ohrožené alkoholovou závislostí dochází často k narušení mezigeneračních hranic, neboť role a kompetence rodičů vychovávat děti jsou výrazně oslabené. Následkem toho dochází k přesouvání těchto povinností na děti a narušení rodinného systému. Více o této problematice budeme pojednávat ve třetí kapitole.

## 2.1 Mechanismus mezigeneračního přenosu

Na základě výzkumu Židů, kteří přežili holocaust, zjistili autoři Novac a Hubert-Schneider (1998 in Preiss, 2019), že mechanismus přenosu zahrnuje tři složky. První složkou je verbální a neverbální přenos informací, který zpřístupňuje potomkům historickou skutečnost prostřednictvím verbální i neverbální komunikace. Další složkou je přenos získaných znaků, který souvisí s negenetickým vertikálním přenosem maladaptivních a adaptivních znaků rodičů, které byly získány jako součást jejich způsobu zvládání traumatu. Třetí složka se týká získané biologické zranitelnosti, která snižuje odolnost jedince pro vznik psychických poruch. Nepředvídatelné rodinné prostředí působí jako „dysregulační faktor“, který způsobuje opakované krátké stavy vzrušení vyvolávající zvýšení stresových hormonů u dětí. Danielli (1998 in Preiss, 2019, s. 45) zdůrazňuje, že mechanismy přenosu nejsou dobré ani špatné, mohou přenášet maladaptivní vzorce chování, stejně jako psychické zdraví. Nejškodlivější část přenosu je „neintegrováný afekt“, který nebyl nikdy zpracován, čímž byl následně „*zvnitřněn dětmi v jiném čase a místě*“.

Ritter (2015 in Preiss, 2019) uvádí, že zpracování afektu u první generace, která prožila trauma, může být prevencí pro přenos traumatu do další generace, přičemž je velmi důležité, aby poruchy související s traumatem neměly vliv na vývoj osobnosti v následujících generacích. Autoři Archaroffa, Munroe a Fisher (1998 in Preiss, 2019, s. 45) rozlišují čtyři mechanismy přenosu, jedním z nich je mechanismus identifikace. Tento mechanismus znamená, že dítě, které žije s traumatizovaným rodičem, je neustále vystaveno jeho postraumatickým reakcím, které jsou pro něj nepředvídatelné a ohrožující. Dítě v prostředí nezpracovaného traumatu prožívá obavy a odpovědnost za své rodiče.

Preiss (2019) uvádí, že takový mechanismus se může vztahovat nejen k traumatu, ale i alkoholismu či depresi rodičů. V podobné souvislosti zmiňuje významný americký psychoterapeut Bowen (1978 in Preiss, 2019, s. 38) termín proces rodinné projekce (family projection proces), což je způsob, kterým se problémy a obavy rodičů přenáší na potomky a další

generace. Dle Bowena (1978 in Preiss, 2019) je tento přenos realizován především přes nejstarší dítě, přičemž se v určité míře vyskytuje ve všech rodinách.

## 2.2 Transgenerační přenos rodinné alkoholové závislosti a traumatu

Transgenerační přenos alkoholové závislosti a traumatu spolu úzce souvisí. Porozumění alkoholové závislosti v souvislosti s prožitým traumatem nám umožňuje nahlížet na tuto problematiku jinou optikou a nalézat hlubší příčiny závislosti. V této kapitole se pokusíme více popsat a přiblížit tuto souvztažnost.

Autorky K. a T. Příhodová (2019, s. 190–191)<sup>1</sup> uvádí, že studium mezigeneračního přenosu závislosti je v České republice teprve v počátcích. Významné informace k tématu o mezigeneračním přenosu závislostního chování čerpají zejména ze zahraničních studií, které se zaměřovaly na původní obyvatele USA a Kanady. Ačkoliv na našem území došlo k mnoha významným historickým událostem spojeným s traumatem, které měly dopad na jedince, rodiny i komunity napříč generacemi, chybí zde systematicky longitudinální studie zabývající se vztahem traumatu a závislosti.

Autoři Gray a Ney (2001 in K. a T. Příhodová, 2019, s. 211) poukazují na přímou souvislost přenosu traumatu a závislostního chování. Nadužívání návykových látek a závislost chápou jako „*behaviorální odezvy*“ dětského traumatu. Autoři zároveň uvádí, že řada studií, zvláště ta, která se zaměřila na americké domorodé kmeny, poukazuje na silnou souvztažnost mezi zneužíváním návykových látek a sexuálním, fyzickým nebo psychickým zneužíváním. Mnoho výzkumů potvrzuje, že se trauma v kmenech přenášelo z generace na generaci dodnes. To má dopad na jejich děti, které jsou zranitelnější a méně odolné ve vztahu k alkoholu nebo jiné návykové látce. Výzkumné studie zabývající se traumatickými událostmi v osobní či společenské rovině dokládají, že efekt traumatu je často přenášen z generace na generaci, tzn., že trauma má dopad na syny, dcery i vnoučata obětí (Bombay, Matheson, Antisman, 2009 in K.

---

<sup>1</sup> Původní obyvatelé Severní Ameriky žili před kolonizací autonomním způsobem života, určovali si sami své životní hodnoty, měli vlastní filosofii, zákony, kulturu, ekonomiku, náboženství i způsob vzdělávání a výchovy dětí. Kolonizace a nucená asimilace ze strany evropské kultury vedla k devastaci hodnot, života i kultury původních obyvatel. V průběhu kolonizace prožívalo původní obyvatelstvo Severní Ameriky velkou míru traumatických zkušeností, která se vyvíjela již od dětství (např.: různé formy zneužívání či zanedbávání ze strany rodičů či příbuzných, nebo vyšší výskyt závislosti na návykových látkách apod.). Původní obyvatelé byli rovněž vystaveni traumatickým zkušenostem mimo domov (např. násilí, nezaměstnanosti, chudobě, migraci, diskriminaci a vyšším výskytem zneužívání návykových látek). Všechny tyto události přispěly ke vzniku tzv. *historického traumatu*, přenášeného z generace na generaci (Bombay, Matheson, Antisman, 2009 in Preiss, s. 191).

a T. Příhodová, 2019, s. 190). Konkrétním případem mezigeneračního přenosu traumatu ve vztahu s přenosem závislostního charakteru chování je kmen Lakotů.<sup>2</sup> Generace Lakotů se stala „generací obětí“, kterým nebyla poskytnuta kvalitní péče, což bylo důvodem k přenosu traumatu na další generaci.<sup>3</sup> Ze studií zřetelně vyplývá, že existuje vztah mezi zneužíváním návykových látek a traumatem. Nelze jasně určit, zda je příčinou mezigenerační trauma spojené např. s chudobou a depresemi, a proto dochází k tendenci nadužívat návykové látky. Anebo právě závislost zvyšuje pravděpodobnost vzniku tíživé sociální situace, a tím jsou tito jedinci vystaveni traumatům. Autoři Grey a Nehry (2001) a Myhra (2011 in K. a T. Příhodová, 2019, s. 191) uvádějí, že u jedinců, kteří byli v dětství vystaveni zanedbávání, fyzickému či sexuálnímu zneužívání nebo násilí, bylo zjištěno prokazatelně vyšší riziko ohrožení závislostí na návykových látkách.

Jak uvádí Kudrle (in Kalina et al., 2003), u mnoho závislých osob dochází k traumatizaci, která může vzniknout v dětství, pozdějším životě, ale hlavně v období života se závislostí. Traumatizace, která vznikla v dětství, je nejčastěji důsledkem tělesného nebo sexuálního zneužití blízkou osobou provázeného psychickou deprivací. Traumatizace v průběhu závislosti vzniká samotnou závislostí a souvisí s činy a událostmi, které jsou s ní spojeny. Vztah mezi závislostí a traumatizací lze objasnit dopadem traumatizace. Jedná se o rozlišení traumatu na jednorázové trauma (trauma I. typu) a chronické trauma (trauma II. typu). Trauma I. typu se vyvíjí v posttraumatickou stresovou poruchu. Trauma II. typu vzniká téměř vždy v dětství a narušuje celkový vývoj osobnosti. U dětí je trauma nesnesitelné a vede k vytvoření obranných mechanismů, zejména k potlačení a odštěpení (tzv. disociaci). V dospělosti k posilování

---

<sup>2</sup> Lakota je rezervací, která je dlouhodobě zkoumána historiky, sociology, psychology. Toto původní obyvatelstvo se během nucené migrace potýkalo s válečnými konflikty, při kterých došlo k mnoha masakrům, genocidám, či dokonce pokusům o vyhlazení kmene (Breave Heart, 2003).

<sup>3</sup> Dle studií žili Lakotové z přírodních zdrojů, ale s příchodem cizí kultury byl zde zavlečen alkohol, který život rezervace výrazně změnil a ovlivnil další generace. V současné době trpí obyvatelé Lakoty psychosociálními problémy, které jsou spojeny zejména se *závislostí na alkoholu*. Podle průzkumu jsou nejčastějšími problémy kmene Lakotů nadměrná konzumace návykových látek, násilí, HIV/AIDS, sebevražedné chování, které může být způsobeno závislostním chováním (Brave Hearth, 2003, Mokuau, 2002 in Preiss, s. 193). Na příkladu lakotských dětí lze ilustrovat provázanost historického traumatu a závislosti. Lakotské děti byly v průběhu vytlačování kmene násilně odtrženy od rodin a umístěny do internátních škol, kde často prožívaly fyzické, psychické nebo sexuální zneužívání. Ačkoliv je umístění v internátních školách mělo chránit před získáním návykových látek, tak tato zkušenost je paradoxně vedla k užívání návykových látek (Brave, Hearth in Preiss, s. 194). Život v nových rodinách způsobil těmto dětem řadu závažných traumat, které pramenily z fyz., psych. či sexuál. zneužívání a zároveň slyšely o svých rodinách často špatné věci a myslely si, že je jejich rodiče neměli rádi. Hlavní příčiny současných problémů s rodičovstvím souvisí zejména s návratem do biologické rodiny, pocity odtržení od vlastní kultury, opuštění v raném věku, absence pozitivní rodičovské péče, která byla nahrazena systémem, jenž měl pro mnoho dětí tíživý dopad (Myrha, 2011 in Preiss, s. 193–194).

disociace často jedinci vyhledávají psychoaktivní látky (drogy, alkohol, gambling), které jim pomáhají emoce tlumit. Závislý život je *retraumatizující* a vede ke zvýšené potřebě obrany. Chronické trauma snižuje citlivost receptorů k endorfinům, což vede k větší konzumaci alkoholu či drog. Čím větší je potřeba se bránit, tím více se závislost prohlubuje a vzniká zacyklovaný kruh.

Podobnou souvislost mezi závislostí a traumatem popisuje Pešek (2018, s. 32–33), který uvádí, že k závislosti na alkoholu může jedinec více inklinovat, pokud byl sám v dětství traumatizován. Trauma u dětí způsobí silné emoce, které pravděpodobně vytěsnilo, a začaly se znovu objevovat v dospívání nebo dospělosti následkem dlouhotrvající stresové zátěže. Alkohol zde plní kompenzační roli za pocity, které dotyčný v dětství či dospívání postrádal, nebo má „rozpustit vytěsněné emoce, které v minulosti dotyčného zranily a nyní se opakovaně vynořují“. V této souvislosti hovoří Ruppert (2008) o traumatu vazby, které znamená, že došlo k traumatizaci základní psychické potřeby dítěte ve vztahu k matce či jiné primární pečující osobě. Traumatizace této základní a původní potřeby dítěte významně ovlivňuje jeho celkový vývoj osobnosti. Následek traumatické vazby může vést ke konzumaci drog jako určitému způsobu úniku a rychlé úlevě od traumatizující události. Rupert (tamtéž) zmiňuje, že nejrozšířenějším prostředkem k úlevě od traumatických pocitů je užívání návykových látek. Jedná se jen o dočasný efekt, který z dlouhodobého hlediska vede k prohloubení závislosti.

Podle Tóthové (2011) každá traumatická zkušenost zasahuje nejen jedince, kterého se dotýká, ale také každého, kdo s ním sdílí život.

Závislost na návykových látkách je pro osoby, které zažily trauma, často prostředkem pro zmírnění či utlumení velké emocionální bolesti, která je s traumatem spojena (Brave Hearth, 2003 in Preiss, 2011, s. 190). Současné pojetí posttraumatické stresové poruchy nutně nevyžaduje přímé vystavení jedince traumatu, na rozdíl od dřívějších klasifikací. Z toho vyplývá, že PTSD může vzniknout i v případě, kdy jedinec zjistí, že se traumatická událost stala blízkému člověku, např. při násilné události nebo nehodě apod. (Hearth et al., 2010 in Preiss, 2019, s. 25).

První konceptualizaci sekundární traumatizace vyvinul americký psycholog a rodinný terapeut Charles Figley (1995 in Tóthová, 2011). Dle Figleya se traumatizace na sekundární úrovni rozvíjí u jedince, který byl zasažen traumatizací někoho blízkého, přičemž míra sekundárního stresu nezávisí na aktuální blízkosti ani na příbuzenské úrovni, a stejně tak může překročit mezigenerační hranice (Gilbert, 1998 in Tóthová, s. 73). Catherall (2004



in Tóthová, 2011, s. 5) uvádí, že někdy jsou následky traumatizace tak silné, že mohou být přenášeny transgeneračně a objevit se v generaci dětí, které dokonce v době samotného traumatu nebyly na světě.

Uvažujeme-li tímto směrem, pak je nasnadě pochopit, že pomoc je potřeba poskytnout celé rodině traumatizovaného jedince. A jak píše Bechyňová (2008), pomoc dítěti, které je svými rodiči týráno, zneužíváno nebo zanedbáváno, by se neměla soustředit jen na řešení aktuálního problému, ale rovněž by se mělo pracovat i s potenciálním přenosem tohoto jevu. A to směrem k rodičům dítěte a rovněž k budoucnosti oběti.

Jak uvádí Ruppert (2015, s. 152), dokud traumatizace u dotyčného jedince přetrvává, je tendence k závislosti užívání drog téměř nevyhnutelná. Ruppert (2015) je toho názoru, že vnitřní uzdravení traumatu je možné, pokud se traumatizovanému člověku podařilo konfrontovat se svým vlastním traumatem, kde je nahromaděno velké množství energie a sil, k čemuž potřebuje posilovat současné zdroje a snažit se vytvářet nové.

### **2.3 Faktory ovlivňující transgenerační přenos závislosti na alkoholu**

Závislost se šíří horizontálně i vertikálně. Nejzávažnější horizontální vliv se projevuje v rodinném životě a výchově dětí. Vertikální vliv závislosti znamená transgenerační přenos v otcovské i mateřské linii, tzn. z otce na syna nebo z matky na syna či na dceru. Na vzniku transgeneračního přenosu závislosti na drogách se podílí vlivy genetické (dědičné), negenetické (vlivy prostředí, sociální učení aj.) a epigenetické<sup>4</sup>, přičemž odhadovaný poměr negenetických a genetických vlivů na vývoj závislosti je 60:40. Negenetické, genetické a epigenetické vlivy při transgeneračním přenosu alkoholické závislosti nelze jednoznačně vymezit, protože se vzájemně prolínají. Mezi nejčastěji zmiňované faktory patří rodičovství, které výrazně ovlivňuje a zvyšuje výskyt zneužívání návykových látek u budoucích generací (K. a T. Příhodová, 2019, s. 193).

Dle Lábusové (2019, s. 336) rozumíme mezigeneračním přenosem v rodičovství nevědomé přenášení a vědomé předávání vztahových, emocionálních, hodnotových, obranných,

---

<sup>4</sup> *Epigenetika* se zabývá studiem molekul, které kontrolují geny, mohla by umožnit pochopení nesrozumitelných prožitků. Transgenerační přenos traumatu se projevuje jako důsledek traumatických událostí předků a následnými potížemi potomků, jakými jsou např. nevysvětlitelné příznaky strachu, úzkosti, deprese, flasbacky událostí, které jedinec neprožil, noční můry a nutnosti zabývat se jevem, který je mimo dosah reálné zkušenosti (Vogel, 1994 in Bob a Preiss, s. 84).

zdravotních, spirituálních a dalších strategií mezi generacemi. Lábusová (2019) dále uvádí, že současná rodičovská generace si mnohem více než ta předchozí uvědomuje zátěž a chce vynaložit úsilí k uzdravení mezigeneračně předávaných zranění, narušených vztahů a traumat opačným směrem, tzn. mladší generace významně ovlivňuje starší. Proces negenetického předávání transgeneračního dědictví se dle Tóthové (2011, s. 53) odehrává ve složité souhře etiologických proměnných napříč všemi dimenzemi rodinného systému. Vzájemné interakce genů a prostředí vytváří důležitý koncept nesdíleného prostředí, které se vyznačuje tím, že ač jsou sourozenci vystaveni stejnému prostředí, tak se nemusí vyvíjet stejně.

Winnette (2019) popisuje období raného vývoje jako období, kdy je dítě zcela závislé na matce či primárním pečovateli. Jedná se o období, ve kterém myšlení, cítění, chování, přítomnost či nepřítomnost matky nebo primárního pečovatele nejintenzivněji ovlivňuje vývojové a neurobiologické procesy v mozku dítěte. Vědci se zabývají mechanismy, které způsobují, že raná traumata a adverzní sociální zkušenosti mají negativní vliv na celý život jedince a další generace potomků. Vědci formulují hypotézu, že pokud dospělí jedinci prožili adverzní a traumatické dětství, pak jejich prožívání je ovlivněno zapamatovaným traumatem, ačkoliv již žijí v bezpečném prostředí. Následně vytvářejí sociální prostředí, které obsahuje jejich traumatickou zkušenost pro své potomky. V důsledku raného učení, které se formovalo v prostředí traumatizovaných rodičů, může docházet ke vzniku přenosu traumatu na další generace. V této souvislosti lze zmínit úvahu Salbergové (2015 in Preiss, 2019, s. 46), která za velmi významnou rovinu mezigeneračního přenosu považuje přístup z pohledu teorie attachmentu (teorie citové vazby). Attachment má vliv na vytvoření bazálního pocitu bezpečí a jistoty a umožňuje si osvojit způsoby interakce s druhými lidmi a seberegulaci emocí. Salbergová (2015) je toho názoru, že attachment může souviset s epigenetickým vysvětlením přenosu. Teorie přenosu attachmentu vychází z předpokladu, že základy emoční vazby mezi rodičem a dítětem vychází z citové zkušenosti s jeho vlastními rodiči (Fonagy et al., 1991, Fonagy, 2001, Kulisek 2000, in Tóthová, 2011).

Nedostatečná rodičovská výchova má na děti negativní dopad např. v podobě zneužívání návykových látek, které negativně ovlivňují rodičovství a celkovou schopnost vychovávat další generace. Jedním z hlavních faktorů ovlivňujících mezigenerační přenos traumatu je nedostatečná kontrola nad dětmi v oblasti závislosti a zneužívání návykových látek. Z dlouhodobých pozorování bylo zjištěno, že zneužívání návykových látek a deprese jsou způsobeny především tělesným zneužíváním, zatímco rozvoj symptomů posttraumatické

stresové poruchy, je zapříčiněn zejména zanedbáváním a emočním zneužíváním (Bombay, Matheson, Anisman, 2009 in Preiss et al., 2019, s. 193–194).

Dalším významným faktorem, který se podílí na přenosu traumatu a závislosti mezi generacemi, je samotný přenos stresu jako nezdravé copingové strategie. Souvztažnost mezi závislostí na návykových látkách a stresory je velmi silná. Jedinci, kteří jsou traumatizováni nebo jsou svědky traumatické události, mají zvýšenou tendenci inklinovat ke konzumaci alkoholu či jiným drogám jako ke copingovému mechanismu stresu. Pokud „kontext mezigeneračního efektu naruší zdravé copingové mechanismy“, a tudíž i rodičovství, pak se narušené copingové mechanismy projeví i u další generace, která je v důsledku toho méně odolná vůči stresu, nebo na ně reaguje nezdravými způsoby (Bombay, Matheson, Anisman, 2009 in Preiss, 2019, s. 204).

Studie potvrzují, že jedinci, kteří byli v dětství vystaveni traumatizaci nebo silnému či chronickému stresu, mají vysokou tendenci reagovat na stresové situace škodlivými copingovými mechanismy, např. zneužíváním návykových látek (Shelton, Harold, 2007, s. 204). Užívání drog matkami v průběhu těhotenství má negativní dopad na vývoj mozku dítěte a proměňuje typ odpovědi na stres. Je zjištěno, že uživatelky alkoholu mohou porodit dítě s fetálním alkoholovým syndromem (Riesel, Kroftová, 2019). Šlamberová (2007 in Riesel, Kroftová, 2019), která se zabývá studiem stresu v souvislosti s užíváním návykových látek, uvádí, že užívání návykových látek nejen u dospělých, ale i v děloze matky ovlivňuje reakci organismu na stres. Děti matek závislých na alkoholu či na drogách mohou být v průběhu svého života méně odolné při řešení stresových situací, což zvyšuje riziko vzniku závislosti na návykových látkách.

K. a T. Příhodová (2019, s. 207) uvádí, že na transgenerační přenos traumatu a závislosti na alkoholu mohou mít vliv také genetické faktory, které jsou v této práci upozaděny, a to zejména z důvodu nahlížení na problematiku závislosti jako nezdravého copingového mechanismu. Přenos nelze vysvětlit pouze na základě genetických mechanismů. Rozhodně se jedná o predispozici k rozvoji závislosti.

## **2.4 Rodinná vulnerabilita a resilience**

Steven E. Hobfoll (1989 in Tóthová, 2011, s. 55) představil model rodinné resilience pojmenovaný jako „*teorie zachování zdrojů*“, kterým zdůraznil, že je důležité nejen získávání

nových a zachování dosavadních zdrojů, ale i předcházení ztrátě rodinných sil. Tato teorie poprvé poukázala na to, že v rodině může dojít ke ztrátě zdrojů následkem „ztrátové spirály“, nebo naopak k jejich získání v důsledku „růstové spirály“. Spuštění ztrátové spirály nastává v případě, že ztráta zdrojů v jedné oblasti způsobí ztrátu, ohrožení či nedostupnost čerpat z rodinných sil i v jiné oblasti. Hobfoll upozornil na nové možnosti práce s rodinou, která se soustředí nejen na posilování zdravých rodinných zdrojů, ale i na prevenci vzniku ztrátových spirál. Tóthová (2011, s. 56) rodinnou resilienci popisuje jako: „*schopnost rodiny vytvářet nové, posilovat existující a obnovovat vyčerpané zdroje během optimálního fungování tak, aby v zátěžové chvíli mohla aktivovat růstovou spirálu zdrojů*“. Vychází z předpokladu, že rodina si průběžně doplňuje zdroje rodinných sil a vytváří si nové sociální opory. Aby rodina byla resilientní (odolná), měla by se umět chránit, zvládnout životní výzvy a mít dovednosti, jak se uzdravit v případě těžkostí. Odolnost rodiny se vždy utváří ve dvou rovinách, tj. integračním i transgeneračním rozměrem rodinné resilience. Koncept „*transgenerační rodinné resilience*“ vysvětluje, proč u některých rodin dochází k přetrvávání traumatického cyklu po generace, zatímco jiné rodiny dokážou i navzdory zděděným traumatickým zraněním aktivizovat své zdroje regenerativních sil. Studie vycházející ze spolupráce s uzdravenými rodinami jedinců, kteří si z původních rodin přináší stejnou míru rizikových faktorů, a i přesto dovedou čerpat ze zdrojů sil víc než ze zděděných faktorů zranitelnosti, ukazují, že tato determinovanost vyplývající ze získaných rizikových faktorů rodiny rodiče nebo traumatické zatížení rodinné historie, nemusí vždy vést k retraumatizaci nové generace. Jestli se nová generace rodiny přikloní k transgeneračnímu dědictví předávající potenciál sil, nebo traumat. historii, se odvíjí zejména od toho, zda u ní zátěž vyvolá aktivizaci růstové nebo ztrátové spirály zdrojů. Pokud rodina nedisponuje vlastními zdroji sil, může se navázat na trhliny rodinného zvládnutí v minulosti. V tomto případě se emoční systém nukleární rodiny může napojit na emoční systém zranitelnější původní rodiny, a tím přenášet jeho nevyřešené problémy, které se dál podílejí na udržení či opakování určitého traumatu i v rámci nové generace. I rodina, u které převládala ztrátová spirála, může zahájit růstovou spirálu navzdory hlubokým ztrátám, pokud jí pomůžeme přeměřovat životní energii na posílení, doplnění zdrojů na jiných úrovních.

Tabulka č. 1 Vzájemná korespondence faktorů resilience a vulnerability

<b>Faktory vulnerability</b>	<b>Faktory resilience</b>
Rizikové (potencionálně zraňující) predispoziční či potenciální ohrožování rodiny	Protektivní (ochranné) schopnost rodiny chránit se před zátěží
Stresové (aktuálně zraňující) nerovnováha způsobená stresem	Ameliorativní (aktivně posilující) schopnost rodiny aktivně zvládat zátěž
Traumatické (destruktivní) závažně poškozují nejhlubší struktury	Obnovující (regenerující) schopnost léčit změny, které zátěž vyvolala

Zdroj: vlastní zpracování na základě (Tóthová, 2011, s. 65)

Tabulka č. 1 popisuje, jaké faktory resilience rodina potřebuje, pokud se u ní vyskytuje odpovídající úroveň faktorů vulnerability. Důležité je pracovat se slabými i silnými stránkami rodiny bez ohledu na to, jestli se jedná o optimálně fungující rodinu v krizi, nebo zatíženou rodinu s traumatickou transgenerační historií. V rámci sanace rodiny se budeme zabývat více protektivními a rizikovými faktory, které mají významný preventivní vliv na to, zda se závislost projeví i u další generace.

### 3. Rodina a alkoholová závislost

Rodina by měla poskytovat teplo, láskyplné doteky a hřejivá slova, které mají dítěti zprostředkovat bazální pocit, že je milováno a někam patří. V rodinách, které jsou zatíženy alkoholovou problematikou, k tomu však nedochází dostatečně. Csémy, Nešpor a Sovinová (2001, s. 6)<sup>5</sup> uvádí, že k základním funkcím rodiny patří saturace fyzických, psychických, sociálních a ekonomických potřeb členů rodiny, rovněž jako poskytnutí podpory, vzdělávání a socializace dětí. Nadměrná konzumace alkoholu může mít negativní dopad na všechny výše zmíněné funkce. Na problémy v rodině mají vliv i změny způsobu tradičního rodinného života. Dochází k nárůstu „nuklearizace“ rodiny, což znamená, že v domácnostech zůstávají pouze rodiče s dětmi bez širší rodiny a přítomnosti prarodičů, kteří jsou schopni rodině pomoci v případě nastalých problémů a krizí.

Riesel (in Riesel, Kroftová, 2019) na základě zkušeností uvádí, že v rodině s problematikou drog a alkoholu chybí srozumitelné projevy lásky, namísto toho se rodina projevuje nestabilním prostředím ovlivněným agresivitou. Ve zprávě vypracované pro EU autoři Csémy, Nešpor a Sovinová (2001) uvádí, že rodiny alkoholiků jsou méně stabilní, hovoří o nich jako o tzv. „křehkých rodinách“, které potřebují pomoc. Ze zprávy vyplývá, že se jedná o problém miliónů rodin, přičemž je obtížné posoudit jeho rozsah, neboť alkoholový problém často rodiny alkoholiků skrývají, stydí se za něj. Bylo zjištěno, že důsledkem abúzu alkoholu trpí větší počet rodin než v důsledku celkového počtu všech ostatních drog. Škody způsobené pitím alkoholu mají výrazně negativní dopad na celou rodinu, nejen na pijáka samotného. Rodiny se závislým členem jsou velmi zranitelné, zvláště pokud se jedná o děti.

Ačkoliv dle autorů Csémy, Nešpor a Sovinová (2001) závislost na alkoholu způsobuje v rodinách závažné problémy, nemusí být všechny problémy s alkoholem vždy spojeny se

---

<sup>5</sup> Zásadní právo dítěte vyrůstat v bezpečném a láskyplném prostředí je zakotveno v deklaracích Spojených národů, zejména v Konvenci o právech dítěte. Děti mají právo na uspokojivý vývoj v rodině, které se opírá o právo na pomoc v případě problémů s alkoholem u rodičů. Evropská charta o alkoholu, podepsaná všemi státy Evropské unie v Paříži v roce 1995, konstatuje, že problémy pramenící z nadměrné konzumace alkoholu postihují děti. 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“ (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001).

závislostí na alkoholu. Existují tři formy chování ve vztahu k alkoholu, které mohou v rodině způsobit závažné problémy: intoxikace alkoholem, pravidelný silný konzum alkoholu a závislost na alkoholu. Každá forma pití může způsobit řadu problémů (např. nehody, násilí, zdravotní potíže, ztráta zaměstnání, finanční potíže aj.) a mít negativní dopad na všechny oblasti života celé rodiny. Pokud v rodině nedochází k hrubému narušování rodinného soužití, pak děti nemusí na závislostní pití rodiče nahlížet jako na problém. A naopak i při příležitostné intoxikaci může alkohol způsobit závažné problémy v rodině, jako např. násilí či selhání rodičovské role.

### 3.1 Sociální dopad alkoholové závislosti na rodinu

Rodina je společenská skupina, jejíž členové jsou závislí na sobě navzájem při plnění emocionálních, sociálních a duchovních potřeb. Rodina s alkoholovým problémem se vykazuje specifickými rysy, které jsou v rodině ohrožené alkoholem zřetelné. Někteří rodiče mají obavy z negativních dopadů rodinných konfliktů nebo z rozpadu rodiny, zatímco jiní mají pocit, že se to jejich dětí nedotkne. To má za následek, že mnozí kvůli svým dětem přehodnocují možnost rozvodu (Sztander, 2017). Podle Woitizové (1998, s. 17) nejvíce trpí ti, kteří jsou v nejbližším vztahu se závislým členem, zejména je ohrožena rodina. Pokud není rodině poskytnuta náležitá a včasná pomoc, její členové v důsledku alkoholové závislosti mohou ustrnout v psychických potížích.

Osoba, která pije závislým nebo nadměrným způsobem, způsobuje finanční, psychické a emoční problémy všem ostatním v rodině. Týká se to tedy všech, kteří ji milují a chtějí jí pomoci, jakož i těch, kteří jsou na ní finančně nebo emočně závislí (Sztander, 2017). Alkoholová závislost má dopad na fungování a strukturu celého rodinného systému a postihuje v různé míře, rozsahu a intenzitě oblast rodinných vztahů.

Csémy, Nešpor a Sovinová (2001, s. 15–18) poukazují na rodinné oblasti, které jsou v důsledku problému s alkoholem zvláště ohroženy. Jedná se zejména o rodinné vztahy, rozdělení rolí, běžný chod práce, rodinné rituály, společenský život, rodinný rozpočet a komunikaci v rodině. Jednotlivé oblasti jsou alkoholovou závislostí ohroženy takto:

- *Role.* Problémová konzumace alkoholu narušuje dosavadní systém rolí uvnitř rodiny a chování vůči jejímu okolí. Osoba s alkoholovým problémem postupně přestává plnit roli živitele rodiny, přestává se podílet na péči o dítě, zanedbává domácnost, volnočasové aktivity rodiny, což může vést k úplnému rozvrácení dosavadního způsobu

rozdělení práce. Čím závažnější je problém s alkoholem, tím menší schopnosti a kompetence má závislá osoba plnit různé role a povinnosti jako manžel/manželka a rodič. Některé role a funkce v rodině buďto zcela chybí, nebo jsou delegovány na jiného člena rodiny, v horších případech na dítě (zejména nejstarší), které musí převzít roli a povinnosti dospělého rodiče, např. v péči o domácnost, mladší sourozence nebo emocionální odpovědnost za rodinu.

- *Běžný chod práce.* Chování závislého člena rodiny je nepředvídatelné a narušuje schopnost rodiny plánovat činnosti nebo dodržovat řád rodinného života.
- *Rodinné rituály.* Dodržování rodinných tradic a významných svátků je v rodině s alkoholovým problémem značně narušeno.
- *Společenský život* rodiny se závislým členem je negativně ovlivněn jeho nepředvídatelným, opileckým chováním, což je pro ostatní členy rodiny velmi zahanbující a vyvolává obavy, které vedou rodinu k eliminaci sociálních kontaktů až k izolaci. Členové rodiny dlouhodobě skrývají problém s alkoholem před okolím a tabuizují ho, což vede k prohlubování závislosti.
- *Finance.* Potíže s alkoholem způsobují rodině výrazné finanční problémy, u závislého člena dochází často k výraznému poklesu výdělku, případně i nezaměstnanosti, což má pro rodiny nejrůznější důsledky (problém s placením nájmu, škol, různých potřeb a aktivit dětí apod.).
- *Komunikace* v rodině ohrožené alkoholovým problémem může být narušena spory i tím, co zůstává nevyřčeno.
- *Rodinné vztahy* jsou vlivem alkoholové závislosti v rodině negativně ovlivněny. Je prokázáno, že domácí násilí a alkohol spolu často souvisejí. Ačkoliv problémové pití nemusí být příčinou domácího násilí, jsou jeho pachateli často pod vlivem alkoholu.

### **3.2 Problémové znaky rodiny ohrožené alkoholovou závislostí**

Nyní se zaměříme na bližší popis dopadu alkoholové závislosti na rodinu jako celek. Alkoholová závislost ohrožuje funkce a vztahové vazby uvnitř rodiny. Rodina se následkem alkoholové závislosti projevuje specifickými problémovými rysy, které vyplývají z toho, že vztahy a vazby v rodině jsou narušeny. V kontextu zkoumaného fenoménu TG přenosu rodinné alkoholové závislosti blíže popíšeme zejména narušení mezigeneračních hranic.



Hajný (in Kalina et al., 2003) uvádí, že rodinné prostředí závislých nelze jednoznačně charakterizovat, spíše než „typickou rodinu závislého“ lze zobecnit některé opakující se znaky, které se podílejí na rozvoji závislosti. Hajný (in Kalina et al., 2003) dále popisuje, že mezi nejvýznamnější znaky patří: narušené či zatížené vztahy mezi dítětem a rodičem, chaotické či špatně vymezené vztahy mezi generacemi, skryté, nedostatečné či naopak excesivní vyjádření hněvu v rodině, jeden či více závislých členů v rodině a kodependence. Autoři Graham, Berolzheimer a Burge (1993) rovněž zdůrazňují vážný dopad alkoholu na rodiny. Dále upozorňují na klinická pozorování, která prokazují, že rodiny s alkoholovým problémem přijímají role, pravidla a vzorce interakcí, které mohou být destruktivní pro vývoj osobnosti. Tyto důsledky zneužívání alkoholu jsou zvláště znepokojivé, vezmeme-li v úvahu, že rodinná dysfunkce, stejně jako nemoc samotná, se přenáší z generace na generaci. Pro srovnání Nešpor (2011) uvádí, že se rodiny se závislým členem na alkoholu vyznačují určitými specifickými znaky problémů a uvádí přehled problémů, které lze uzdravit či alespoň zmírnit. Dle Nešpora (2011, s. 83–85) mají problémové znaky v rodině individuální projev, přičemž v některých rodinách se mohou problémy výrazně zlepšit, zatímco v jiných pokračují. Jedná se o tyto typické znaky: pseudoindividualizace, rozmělnění meziosobních a mezigeneračních hranic, patologická rovnováha, kodependence, narušení meziosobních a mezigeneračních hranic, kterému budeme věnovat samostatnou podkapitolu.

Nešpor (2011) uvádí, že při pseudoindividualizaci se jedná se o stav, kdy dospívající nebo dospělý s návykovým problémem odmítá přijmout autoritu rodičů, ale zároveň se snižuje jeho schopnost postarat se o sebe a selhává v životních rolích. Důsledkem toho je snížení jeho soběstačnosti a zvýšení jeho závislosti na rodině. Další potíže v rodinách ohrožených alkoholem se mohou projevat patologickou rovnováhou. Golberg (1985 in Nešpor, 2011) popsal, že v rodinách, u kterých se vyskytuje alkoholová závislost, dochází k vytváření vztahů „něco za něco“. Jedná se o to, že pití partnera je tolerováno v případě, že druhý partner dělá něco jiného, co by mu za normálních okolností nebylo tolerováno – např. má mimomanželský vztah nebo je závislý na jiných návykových látkách či trpí psychickým onemocněním apod. Může se jednat také o sdílenou závislost, kdy oba partneři propadají alkoholismu, nebo se u druhého partnera vyskytuje jiný typ závislosti. Vztahy tohoto typu jsou časté a velmi destruktivní.

Kodependence dle Nešpora (2011) znamená, že člen rodiny „umožňuje“ závislé osobě návykové chování např. tím, že za něj platí dluhy, omlouvá ho v práci, vyřizuje problémy na úřadech, poskytuje bezplatné bydlení, financuje alkohol a poskytuje závislému peníze.

„Umožňovač“, jak nazývá Nešpor, oddaluje skutečné řešení a možnost léčby závislé osobě. Nešpor v takovém případě doporučuje, aby závislému byla pomoc podmíněna buďto abstinencí, nebo přijetím samotné léčby. Kodependentní partner se snaží v první řadě uspokojit potřeby druhých osob, přičemž ty své zanedbává. Kudrle (in Kalina et al., 2003, s. 110) pojímá kodependenci jako poruchu, která se vyvíjí ze ztráty sebehodnoty a projevuje se psychickými, fyzickými nebo psychosomatickými potížemi. Pojem kodependence byl původně zkoumán u příbuzných v alkoholických rodinách, ale postupně se zjistilo, že se jedná o klíčový fenomén zejména v dysfunkčních rodinách, který postihuje jak jedince, tak celou rodinu. Vzhledem k tomu, že kodependentní osoba má nízké či nejasné sebehodnocení, je pro ni velmi těžké vytvoření zralých hranic a separace. Tyto rysy jsou častým naučeným adaptivním chováním z dysfunkčních rodin, které může vést k vytvoření jiné závislé vazby, např. na alkohol, drogy apod. Kodependence je základem pro vytvoření všech forem závislosti a nutkavosti.<sup>6</sup>

Někdy se kodependence dává do souvislosti se spoluzávislostí, která je příznačným patologickým projevem narušených vztahů v rodině ohrožené alkoholovou závislostí. Rohr (2015) v tomto kontextu zmiňuje, že členové rodiny závislé osoby jsou vtaženi do spoluzávislosti. Spoluzávislá osoba se snaží udržet jistotu pro celou rodinu tím, že přebírá veškerou odpovědnost – spravuje finance, vylévá alkohol apod. Tento přístup však není funkční a vede k opačnému efektu, neboť poskytuje závislému možnost pokračovat dále v jeho chování, a tím posiluje jeho závislost.<sup>7</sup> Rohr (2015) uvádí, že z biografie mnoha chorobně závislých osob vychází najevo, že jejich první závislostí byla spoluzávislost a z té se pak začala vyvíjet jejich vlastní chorobná závislost.

Dalším specifickým rysem alkoholové závislosti je dle Nešpora (2011) narušená komunikace, která společně s neřešenými problémy a nedostatkem společně tráveného času vede k postupnému odcizení a rozpadu rodiny. Nešpor (2011) na základě klinických zkušeností podotýká, že se jedná o častý vývoj v rodině, což dokazuje fakt, že mnoho závislých osob přišlo o rodinné zázemí. Jako další problémový rys rodiny ohrožené alkoholovou závislostí Nešpor

---

<sup>6</sup> Kodependence vzniká nevědomě, v její primární podobě se rozvíjí vlivem špatného zacházení či zneužívání v dětství zejména ze strany rodiny a okolí. Sekundární kodependence se může vyvinout u osob, které vyrůstaly ve zdravém rodinném prostředí, pokud navážou blízký vztah se závislou nebo dysfunkční osobou.

<sup>7</sup> Závislá osoba má stále větší tendence zvyšovat dávky návykové látky a ztrácí kontrolu nad jejich konzumací, což u spoluzávislé osoby zvyšuje potřebu stále více pomáhat, čímž se dostává do destruktivního kruhu, který nedokáže sama prolomit. Ačkoliv je psychika spoluzávislé osoby vystavena dlouhodobé zátěži, není schopna vztah ukončit. U některých členů rodiny může v důsledku toho vznikat také závislost na návykových látkách. Trvalá zátěž ve vztahu se závislým členem vede k mnoha psychosomatickým potížím.

(2007) zmiňuje opakovanou volbu nevhodného partnera. Volba nevhodného partnera se může také týkat dětí z rodin poznamenaných alkoholovou závislostí, což přispívá k jejich vyššímu ohrožení touto závislostí. Uvedený počet problémů není kompletní. Efektivní práce, která je zaměřena na specifické problémy, se kterými se rodina potýká, může velmi usnadnit léčbu jejího člena.

### **3.3 Narušení mezigeneračních hranic**

V rodinách, kde se vyskytuje alkoholová závislost, dochází v mnoha případech k narušení meziosobních a mezigeneračních hranic. Narušení hranic se velmi často projevuje patologickým mezigeneračním spojenectvím, které vede ke komplikacím při překonání návykového chování.

Hranice v tomto kontextu chápeme jako neviditelné linie mezi jednotlivými subsystemy rodinného systému, které svou funkci plní jen v případě, že jsou jasné, flexibilní a optimálně propustné. Funkční rodina by měla mít jasně vymezené hranice, které její členové respektují. S konceptem hranic pracoval nejvíc Salvador Minuchin (1974). Klíčovou charakteristikou hranic pro optimální fungování rodiny je jejich permeabilita neboli propustnost hranic mezi subsystemy v rodině i mezi rodinou a okolím, což se projevuje mírou otevřenosti vůči okolí. Extrémní otevřenost nebo malá otevřenost až izolovanost rodiny signalizuje určitou patologii v rodině (Sobotková, 2001, s. 34–35). V rodinách s alkoholovým problémem se vyskytují oba extrémní póly hranic, kdy rodiny se izolují od svého okolí, protože alkohol v rodině pro ně představuje určité tabu, anebo jsou naopak extrémně otevřené (cizí návštěvy v domě apod.).

Hajný (in Kalina et al., 2003) uvádí, že v rodině s alkoholovým problémem není jasně stanoveno, kdo co má dělat, jaké jsou jeho kompetence a čím si může být jistý.

K nejzávažnějším typům mezigeneračního narušení hranic patří dle Hazenové, Jacobvitzové a McFarlendové (2005 in Tóthová, 2011): spoustifikace, parentifikace, triangulace. Tóthová (tamtéž) k tomu ještě přidává převrácení rolí a transdebitaci.

Lze rozlišit dva typy triangulace, a to intragenerační a transgenerační triangulaci. Intragenerační triangulace probíhá uvnitř nukleární rodiny, přičemž se nejčastěji jedná o subsystem rodičů, do kterého je dítě vtaženo z různých příčin. Při triangulaci se jedná o přesunutí napětí z manželského vztahu na některé z dětí, např. nadměrnou péči o dítě nebo přehnanou kontrolou a omezováním dítěte. V obou případech dítě kompenzuje rodinnou úzkost,

což není schopné zvládnout dlouhodobě a může vést k somatizaci. Na dítě může být nahlíženo jako na problémové.<sup>8</sup>

Hlavním účelem triangulace je snížení rodinného napětí, jež může závažným způsobem narušit vzájemné rozložení rodinných sil, rolí, povinností, zodpovědností aj. a zanechat závažné emoční dluhy novým generacím (Tóthová, 2011, s. 86–90).

Dalším typem narušení mezigeneračních hranic je spoustifikace, která vzniká narušením mezigeneračních hranic mezi dítětem a rodičem jako partnerem druhého rodiče (Sroufe, Ward 1980 in Tóthová, 2011). Jedná se o vytvoření mezigeneračního vztahu s dítětem a uspokojení vztahových a emočních potřeb rodiče. Na rozdíl od parentifikace, kdy se dítě stává „*rodičem rodiče*“, se při spoustifikaci dítě stává „*partnerem rodiče*“ (Walsh, 1979 in Tóthová, 2011). Bradshaw (1995 in Tóthová, 2011) chápal spoustifikaci jako nezdravou a nevědomou vazbu, která narušuje generační hranice, přičemž zapojuje děti do manželství rodičů. Dítě je buďto využíváno k tomu, aby udrželo manželství odváděním pozornosti od vztahových problémů rodičů. Není respektována emoční a psychosociální zralost dítěte a láska, kterou má dítě dostat, je podmíněna péčí o rodiče. Jedná se o sycení emočních a psychologických potřeb rodiče dítětem, role se obracejí. V takovém případě se jedná o distorzi rodinných vztahů, kdy je transgenerační dluh vymáhán rodiči od dětí, čímž se děti stávají „*rodiči svých vlastních rodičů*“ a pomáhají jim psychicky, emočně, fyzicky i ekonomicky. Pokud v původní rodině byly narušeny rodinné hranice, tak s vysokou pravděpodobností bude k podobným distorzím docházet i v další generaci.

Pro lepší porozumění dynamice, která narušuje mezigenerační hranice, je vnímán rozdíl mezi parentifikací, kdy se dítě stává rodičem, a převrácením rolí, kdy dítě přebírá roli rodiče v širokém pojetí péče o rodinu (např. zodpovědnost za chod domácnosti, sourozence, slabšího rodiče). Při převrácení rolí dochází ke komplexnějšímu přesunu rodičovské role na dítě, a to zejména ve smyslu vykonávání povinností a zodpovědností spojených s chodem domácnosti nebo péčí o jiné členy rodiny (Tóthová, 2011, s. 91–93). Převrácení rolí se často vyskytuje v

---

<sup>8</sup> Tóthová (2011) uvádí, že transgenerační triangulace je nový koncept, který vznikl z transgenerační studie třígeneračních rodin. Zatímco u intragenerační triangulace vzniká vztahový trojúhelník rodiče a dětí, tak u TG triangulace se emočně propojuje subsystém tří generací. Koncept TG triangulace je založen na předpokladu, že dojde-li v rodině k aktivaci nevyřešených problémů z předchozích generací, pak není možné rodinný systém stabilizovat triadickými vzorci v rámci nukleární rodiny. V důsledku toho má triangulační dynamika tendenci překročit TG hranice a do trojúhelníkového vztahu zapojit prarodiče, což umožňuje snížit rodinné napětí.

rodině ohrožené alkoholovou závislostí, kdy děti (nejčastěji to nejstarší přebírá roli a kompetence za rodiče, který je pod vlivem alkoholu není schopný plnit).

### **3.4 Děti rodičů s alkoholovou závislostí**

K pochopení, jak lépe a efektivně pracovat s celou rodinou, zejména s dětmi, které jsou přímo ohrožené alkoholovou závislostí rodičů a jsou nejzranitelnější součástí rodiny, je zapotřebí přiblížit vliv alkoholového prostředí na osobnost, vývoj a chování dětí. Dopad alkoholové závislosti na děti nám více odhalí různá rizika, která se v rodině ohrožené alkoholovou závislostí vyskytují. Jakož i načrtnout možnosti, jak rodina může předcházet přenosu alkoholové závislosti u svých dětí.

Preslová (2012) uvádí, že děti potřebují především stabilní prostředí, klid, pocit bezpečí, lásku a pravidelný režim, což rodič se závislostí často nemůže dítěti poskytnout. Děti závislých rodičů trpí především nestabilním prostředím, menším zájmem a proměnlivými náladami rodičů. Pokud dítě v takové rodině vyrůstá, pak podvědomě od rodičů přebírá model, jak v životě zvládat potíže, prohry, těžkosti a podobně. V dospělosti bude mít tendenci takové chování zopakovat, protože nic jiného v rodině nezažilo. A naopak, pokud rodič dítěti ukáže, že jde zvládnout život i bez různých úniků k alkoholu, práškům, drogám a jiným nevhodným náhražkám, není důvod, proč by dítě mělo opakovat problémy rodičů. Preslová (2012) tvrdí, že na základě dosavadních pozorování bylo zjištěno, že děti závislých matek jsou často hyperaktivní, neklidné, mají potíže s koncentrací, případně menší formy poruch chování. Zásadní vliv na další vývoj dítěte má rodinné prostředí, špatná prognóza je zvláště u dětí žijících v negativním rodinném prostředí, které ho vážně ohrožuje ve zdravotní, sociální a psychosomatické rovině. Pokud se podaří rodičům zastavit svou závislost, projít léčbou a vytvořit dětem klidné zázemí, může se celá situace změnit k lepšímu. U žádného dítěte tedy nelze předem odhadnout, zda je nebo není ohroženo drogovou závislostí. Závažným impulsem ke změně závislostního chování je, pokud závislý rodič opakovaně upřednostňuje své potřeby nad potřeby dítěte.

Je třeba zdůraznit, že u dětí z rodin alkoholiků je čtyřkrát větší riziko vzniku závislosti na alkoholu a jiných drogách než u dětí rodičů, kteří neměli problém s alkoholem (Kuklová in Pešek, 2018, s. 32). Pešek (2018) dále uvádí, že dítě má velkou pravděpodobnost mít potíže s alkoholem v dospělosti, pokud vyrůstalo v rodině s emočně nevyrovnanými rodiči, kteří nejsou

spokojení v partnerském vztahu nebo mají potíže v komunikaci. Na vznik alkoholové závislosti v dospělosti se může také podílet to, že v dětství měla matka nebo otec problém s alkoholem. Rodiče s alkoholovou závislostí svým dětem nevymezili žádné hranice (mohly si dělat, co chtěly, nebo byly přísně trestány).

Barnard (2011, s. 18) uvádí, že období, kdy rodiče intenzivně podléhají závislosti, může mít negativní dopad na výživu, oblékání a péči o děti. Škodlivé užívání alkoholu stejně jako problémové užívání drog je, dle autorky, jedním z nejčastějších důvodů k odebrání dítěte do náhradní péče. Barnard (2011) dále uvádí, že u dětí závislých rodičů byla zjištěna vyšší pravděpodobnost sociální izolovanosti od ostatních vrstevníků, odtažitosti, agresivity, problémy s chováním. Další studie poukazují na souvislost mezi špatnou psychickou adaptací dítěte a užíváním návykových látek u matky. U dětí rodičů, kteří mají problémy s alkoholem nebo drogami, roste riziko rozvoje klinicky diagnostikovaných poruch, jakou je například porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou (ADHD). K vyššímu riziku vzniku psychických problémů dochází u dětí, kde má jeden z rodičů problémy s užíváním návykových látek v kombinaci s psychickými problémy.

V některých jurisdikcích je souvislost mezi problémovým pitím alkoholu a špatným rodičovstvím zdůrazněna tak výrazně, že prokázaný problém s alkoholem u rodiče je považován za doklad zanedbávání dítěte.

Dle Matějčka (1994) jsou vystaveny riziku syndromu CAN především děti při rizikových situacích rodičů, kdy se nejčastěji jedná o akutní stres rodičů, který je vyvolán různými nepředvídatelnými příčinami, a tudíž se s ním dá i hůře pracovat v rámci prevence. Důvody stresu jsou různé. Mohou ho vyvolat rodinné konflikty, rozvodové situace. Velmi nebezpečným rizikovým spouštěčem jsou alkohol, drogy a zvláště nebezpečná je akutní fáze intoxikace.

Jak již bylo zmíněno, problémy s alkoholem mají různou povahu, závažnost a trvalost. Míra a charakter ohrožení dítěte jsou také významně ovlivněny věkem dítěte, kdy problémy s alkoholem v rodině začnou. Svět dítěte alkoholiků je zmateným a nepředvídatelným. Na negativní dopady problémového užívání alkoholu rodičů je třeba nazírat v souvislosti k Eriksonově konceptu důležitosti důvěry pro vývoj zdravé osobnosti, což znamená, že dítě musí být schopno důvěřovat lásce dospělých, kteří o něj pečují, a rovněž musí být schopno věřit tomu, že ho neopustí (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001, s. 20).

Pocit důvěry a bezpodmínečné lásky rodičů je alkoholovou závislostí výrazně narušen. Následkem nedostatečného rodinného fungování může být dítě nuceno k převzetí rolí a povinností dospělých a v důsledku toho částečně připraveno o dětství. V některých případech může mít dítě pocity viny za problémy s alkoholem v rodině.

Csémy, Nešpor a Sovinová (2001) uvádí, že tyto problémy u dětí se týkají zejména těchto hlavních oblastí:

1. *Antisociální chování u dětí.* Děti rodičů alkoholiků mají zvýšené riziko agresivního chování, delikvencí, hyperaktivity a dalších forem poruch chování.
2. *Emoční problémy.* Zahrnují široké spektrum psychosomatických problémů jako např. astma, noční pomočování, negativní přístup k rodičům i sobě samým, sebeobviňování, deprese apod.

Děti vyrůstající v alkoholovém prostředí ztrácí svou spontaneitu, dětskost a berou na sebe role, které jsou podobné těm, jež přebírají děti v jiných dysfunkčních rodinách. U ohrožené rodiny alkoholem jsou však jednotlivé role vymezeny zřetelněji (Woitz, 1998, s. 18–27). Jedná se o roli vzorného dítěte, při níž se dítě se snaží za každou cenu vyhovět požadavkům rodičů a okolí, roli obětního beránka – je opačná role, dítě má neustále nějaké problémy, snaží se upoutat pozornost, která mu chybí. Stalo se pro rodinu něčím, co jí neumožnilo vidět problémy takové, jaké ve skutečnosti jsou, roli třídního klauna a roli samotáře (tichého, uzavřeného dítěte).<sup>9</sup>

3. *Potíže ve škole.* Další oblastí jsou problémy ve škole, které zahrnují obtíže s učením, schopnost číst, ztrátu soustředění, špatný prospěch a problémy s chováním ve škole, např. agresi a záškoláctví (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001). Pro srovnání Woitz (1998) uvádí, že problémy dětí alkoholiků se odráží ve škole a nejčastěji se projevují

---

<sup>9</sup> Tato typologie rolí pravděpodobně vychází z popisu Wescheider Cruse (1989 in Nešpor, 2007), který popsal čtyři typické reakce dětí na závislost jednoho či obou rodičů. Zmiňuje role *rodinného hrdiny* – nejčastěji se jedná o staršího sourozence, který přebírá zodpovědnost za dospěléjší rodiče, což přesahuje jeho možnosti. V dospělosti se u takového dítěte mohou vyskytovat pocity méněcennosti a nedostatečnosti, i když může dosahovat úspěchu. Při práci s dítětem je zapotřebí směřovat ho k záležitostem, které odpovídají jeho věku, a nepřenašet na něj odpovědnost za problémy dospělých. *Ztracené dítě* – je uzavřené, stažené do sebe, málo či obtížně komunikativní. Často utíká do vnitřního světa a fantazie. Hlavním krokem je překonat závislost v rodině, aby se začala dítěti věnovat náležitá pozornost a získalo potřebnou vřelost a naučilo se respektovat. *Klaun* – Dítě v této roli vytváří situace, které vyvolávají veselí, aby odvrátilo pozornost od ohrožujících problémů rodiny. Podstatné je překonat v rodině návykový problém a při práci s dítětem by se měly hledat adekvátní a přiměřené způsoby zdravého sebezprosazování a sebevědomí. *Černá ovce rodiny* – Dítě v této roli na sebe upozorňuje zlobením, delikvencí apod. I v tomto případě je nejdůležitější, aby rodič překonal závislost a nadále u dítěte neposiloval nevhodné projevy chování, ale stanovil mu rozumné hranice a posiloval jeho zdravé sebevědomí.

nesoustředěností, jelikož jsou jejich myšlenky plné představ a obav (jako např.: „Bude doma vše v pořádku?“).

Woititz (1998) uvádí, že děti alkoholiků mají problém mluvit o svém trápení, o tom, co doma prožívají, ač si to velmi přejí. Následkem toho se cítí osaměle, což se časem může projevit zhoršeným chováním, případně absencí ve škole. Děti rodičů s alkoholovým problémem vyrůstají v prostředí, kde se vyskytuje napětí, úzkost, bolest, pocity viny, výčitky svědomí aj.

Sztander (2017) popisuje, že děti z rodin ohrožených alkoholovou závislostí (nebo jinými vážnými rodinnými problémy) prožívají v mnohem větší míře než ostatní děti narušený pocit bezpečí. Prožívají více napětí, úzkosti, zmatku a osamělosti, což vede k vytvoření obranného postoje v životě, který je opakem otevřeného a důvěrného přístupu. V obranném postoji člověk „zamrzá“ a uzavírá se, naopak v otevřeném postoji se otvírá novým zkušenostem. Obranný mechanismus je reakcí na trauma. Na druhou stranu, jakékoliv akutní psychologické trauma z dětství se děje také v rodinách, kde se alkohol nevyskytuje. Násilí, bolest a sexuální zneužívání existují také v rodinách, kde nejenže nedochází k alkoholismu, ale ani značné množství alkoholu není konzumováno. Faktem zůstává, že alkohol tyto typy událostí podporuje, zhoršuje a zesiluje. Dítě potřebuje mapu, která mu pomůže zorientovat se v životě. Mapa, která ukazuje, že někde je zima a jinde horko, že pokud něco udělá dobře, bude za to odměněno, a pokud je to špatné, budou z toho vyvozeny následky. Zkušenost dítěte v alkoholové rodině je zážitkem chaosu a nepředvídatelnosti, protože nikdy neví, na co se může spolehnout, vše se odvíjí od momentálních nálad rodičů. Co se týče vztahu rodičů, jednou se milují, jindy nenávidí. Realita je do jisté míry nepředvídatelná a vyvolává obavy. Děti si na základě toho vytváří iluzorní realitu. Mapa, kterou dítě od rodičů s alkoholovou závislostí dostává, je chaos linií bez řádu a struktury. V takovém světě je snadné ztratit směr v nejdůležitějších životních záležitostech.

Woititz (1998) popisuje, že hlavním důvodem, který dětem alkoholiků pomohl překonat těžkosti svého dětství, byl pocit, že je navzdory své závislosti rodiče milovali. Skutečnost, ve které děti alkoholiků žily, byla však zdeformovaná a vedla k deformaci i jejich vlastního já. Na základě toho se děti alkoholiků nenaucily mnoha oblastem života, nenaucily se dospívat, žít svůj život plnohodnotně, konstruktivně řešit problémy.



### 3.5 Dospělé děti rodičů s alkoholovou závislostí

Woititz (1998) uvádí, že děti, které vyrůstaly v rodině alkoholiků, mají vyšší riziko, že samy budou mít v dospělosti potíže s alkoholem. Dospělé děti alkoholiků (dále uváděné jako DDA) prožívaly trápení nejen ve vztahu s rodičem-alkoholikem, ale i s rodičem-nealkoholikem. Oba rodiče svými vlastnostmi přispěli k utváření osobnosti dítěte. Cílem uzdravení dospělých dětí alkoholiků je překonat tíživé stánky minulosti, které jim nyní působí potíže, a naučit se způsobu, jak je lépe zvládat. Woititz (1998) doporučuje, aby se DDA snažily pochopit, jak se jejich minulost odráží do přítomnosti. Na základě své práce s dospělými dětmi alkoholiků vytvořila přehled, který obsahuje 13 základních charakteristik popisujících jejich chování a prožívání v důsledku toho, že byly v dětství vystaveny alkoholové závislosti v rodině. Ke každé charakteristice nabízí autorka i doporučení, jak daný problém řešit.

1. *Dospělé děti alkoholiků si nejsou jisty tím, jaké chování je normální.* Tento rys patří, dle Woititz (1998), mezi nejzákladnější charakteristiky DDA, neboť nemají zkušenosti o tom, co vlastně je normální. Rodiče mají následkem tohoto i zkreslený pohled na výchovu svých dětí a mohou být znejistěni i v té oblasti rodičovské výchovy, ve které neudělali nic v neprospěch dítěte, ale je přirozenou součástí jeho vývoje. Pocit nejistoty může později vést k ohrožení jejich rodičovské funkce. Úkolem toho je, že se DDA zaměří se na to, co je pro ně samotné a jejich blízké nejvíce žádoucí a naučí se převzít odpovědnost za problémy, protože samy vyrůstaly v prostředí, ve kterém se problémy neřešily, a tak se nenaučily způsobu, jak je zvládat.
2. *Mají těžkosti při dotahování úkolů do konce.* DDA vyrůstaly v alkoholickém prostředí, ve kterém se sliby neplnily – důležité věci i práce se odkládaly, nebo nerealizovaly. V takovém prostředí se rodiče ani dostatečně nevěnují svému dítěti při vypracování úkolu a probírání jeho řešení. Podle Woititz (1998) je řešením to, že si DDA na začátku dobře uvědomí, zda daný úkol je pro něj uskutečnitelný, a vytvoří si určitý plán.
3. *Lžou v situacích, kdy by bylo stejně snadné mluvit pravdivě.* Woititz (1998) uvádí, že lhaní patří k základním projevům rodiny, která je ohrožena alkoholovou závislostí. Jedná se spíše o popření reality, že se v rodině nějaký problém vyskytuje, a předstírání, že je doma vše v pořádku.
4. *Posuzují samy sebe bez slitování.* Dospělé děti alkoholiků byly v dětství často kritizované a příčinu potíží v rodině si přičítaly. Často byly také kritizovány rodičem

alkoholikem za něco, co postrádalo smysl, a nedovedly se svým rodičům zavděčit, ačkoliv se mohly snažit sebevíc. V dospělosti u nich přetrvává negativní sebepojetí a sebehodnocení, pokud si nezačnou tuto skutečnost uvědomovat a změnit ji.

5. *Mají problém se bavit.*
6. *Berou sebe samy příliš vážně.*
7. *Mají problém s důvěrnými vztahy.* Dospělé děti alkoholiků neznají žádný vzor toho, jak má zdravý a důvěrný vztah vypadat, protože poznaly jen vztah rodičů, který zdravým nebyl. Dalším důvodem je to, že si z dětství přinášejí zkušenost ambivalentního vztahu rodič-dítě, ve kterém se jako dítě cítily rodičem milovány, a jindy zase odmítány. Vyrůstaly ve velkém strachu, že budou opuštěny. Vytváření důvěrného vztahu je pro ně bolestivé a náročné, neboť nepoznaly zkušenost trvalého, zdravého důvěrného vztahu s primární osobou.
8. *Dospělé děti alkoholiků reagují nepřiměřeně na změny, které nemohou ovlivnit.* Dítě, které vyrůstalo v alkoholovém prostředí, potřebovalo ke svému přežití přebírat odpovědnost za své okolí, které bylo pro něj nevyzpytatelné. DDA ve svém dětství často byly svědky toho, že se plány neuskutečnily a sliby nesplnily. Řešením, jak překonat tento problém, je uvědomění si nepřiměřených reakcí a připomenutí událostí z minulosti, které to zapříčinily, a hledání nových cest.
9. *Dospělé děti alkoholiků neustále hledají a vyžadují pochvalu a ujištění.*
10. *Dospělé děti alkoholiků obvykle cítí, že jsou jiné než ostatní lidé.* Děti alkoholiků mají velký problém uvěřit, že je má někdo rád takové, jaké jsou a nemusí usilovat o to, aby si to zasloužily.
11. *Dospělé děti alkoholiků jsou buď mimořádně odpovědné, nebo mimořádně nezodpovědné,* neboť nepoznaly v dětství spolupráci na plnění úkolů.
12. *Dospělé děti alkoholiků jsou extrémně loajální,* a to i tehdy, když vidí, že je jejich loajalita nezasloužená. Loajalita dětí alkoholiků je především výsledkem strachu a nejistoty, neboť odchod od rodiny ohrožené alkoholem je komplikovaný.
13. *Dospělé děti alkoholiků jsou impulsivní.* Nejspíše se jedná o modelové chování, které dítě nevědomě převzalo od rodiče alkoholika, který často jednal impulsivně.

### 3.6 Rizikové a protektivní faktory při výchově dětí

Woititz (1998) zdůrazňuje, že děti alkoholiků a děti dospělých dětí alkoholiků nelze považovat za emočně poznamenané více než děti, které vyrůstaly v jiném stresujícím nebo disharmonickém prostředí. Autorka dále upozorňuje na to, že dospělé děti alkoholiků mohou mít pocity viny, že pro své děti nedovedou vytvořit ideální prostředí, ale tento postoj vede pouze ke ztrátě energie potřebné ke změně této situace. Na základě vlastní zkušenosti s klienty Woititz (1998) usuzuje, že existuje mnoho možností, které dospělé děti alkoholiků mohou učinit tak, aby vývoj jejich dětí vedl k většímu získání celkové pohody a pocitu hodnoty. Autorka uvádí několik návodů, které mohou DDA použít při výchově vlastních dětí, a díky tomu pomoci u nastávající generace prolomit kruh problémů, které alkoholová závislost v rodině způsobila. Woititz (1998) přitom bere v úvahu, že mnoho dospělých dětí alkoholiků může inklinovat k alkoholu, nebo mají partnera s alkoholovým problémem, a tudíž je velmi pravděpodobné, že jejich děti žijí v „aktivním prostředí“. Doporučení, která Woititz (1998) ve své publikaci uvádí, berou ohled na tyto skutečnosti, ale jsou rovněž užitečná pro DDA, které nemají potíže s alkoholem.

Dle Woititz (1998, s. 150–158) se jedná o tato doporučení: 1. Práce na sobě a na svém růstu. Děti se učí napodobováním. Chování rodičů se stává příkladem pro jejich děti. 2. Naslouchat dětem. 3. Mluvit pravdu a komunikovat s dítětem. V konfrontaci s realitou je cesta k uzdravení. Dětem se uleví, pokud se před nimi přestanou skrývat pocity, tzn. pojmenuje se problém s alkoholem v rodině. S tím souvisí přestat předstírat, že se nic neděje. 4. Vzdělávat děti, tzn. pomoci jim zorientovat se v problematice alkoholové závislosti, poskytnout jim potřebné informace. 5. Povzbudit děti k návštěvě psychologa nebo skupiny, kde se může sejit s vrstevníky s podobnými problémy. 7. Nechránit děti před poznáním, jak ničivé účinky má alkoholismus – realitu nelze popřít, pokud závislý rodič v opilosti ničí doma věci a uvidí to děti, měly by vědět, čím to bylo způsobeno, aby neměly zmatek. 8. Projevovat city vůči dětem. 9. Vymezit dětem hranice – dítě potřebuje ve svém životě pravidla a rád k tomu, aby se cítilo bezpečně. 10. Posilovat u dětí pocit odpovědnosti za jejich chování.

V této souvislosti Nešpor (2007) uvádí, že se rodina se může přímo či nepřímo podílet na vzniku a rozvoji závislosti u dětí. Rovněž může předcházet vzniku závislosti a na dítě působit ochrannými (protektivními) činiteli, které riziko závislosti snižují, případně mu mohou pomoci při překonání návykového problému. Nešpor (2007, s. 78–79, srov. Nešpor, 2001, s. 55–70)

předkládá výčet rizikových a protektivních faktorů ve výchově, které se podílejí na vzniku závislostí. Patří zde:

- Výskyt jakékoliv neléčeného návykového onemocnění u rodičů zvyšuje riziko návykového chování u dětí.
- Absence jasných pravidel týkajících se chování dítěte.
- Nedostatek času na dítě – zejména v raném dětství.
- Nedostatečná péče, nedostatečný dohled.
- Nedostatečná citová vazba.
- Nesoustavná a přehnaná přísnost.
- Nepřiměřené fyzické násilí vůči dítěti, týrání, zanedbávání a sexuální zneužívání dítěte má zvláště závažné následky na celkový vývoj osobnosti dítěte.
- Schvalování pití alkoholu či užívání drog u dětí.
- Nízká očekávání a podceňování dítěte.
- Vážná duševní onemocnění rodičů.
- Velmi náročné materiální podmínky rodiny.
- Nefungování rodiny – výchova pouze jedním rodičem, který výchovu z různých důvodů nezvládá a nemá možnost využít pomoci jiného příbuzného z rodiny.
- Časté stěhování rodiny.
- Závislost na návykové látce, škodlivé nebo rizikové užívání návykové látky partnera, nebo partnerky.
- Dlouhodobé neřešené rodinné konflikty.
- Nejasné mezigenerační hranice v rodině.

Na druhou stranu je důležité zmínit, že v rodině lze detekovat také mnoho ochranných (protektivních) faktorů, které napomáhají prevenci vzniku závislosti u dětí nebo mohou efektivně pomoci při překonávání závislosti. Významnými protektivními faktory jsou:

- Optimální péče, dostatek času na dítě, zejména v období raného dětství.
- Pevné citové vazby dítěte.
- Jasná pravidla ve výchově dítěte a přiměřený dohled.
- Pozitivní hodnoty (vzdělávání, zájmy apod.).

- Sdílená zodpovědnost v rodině – rodiče na výchově dětí spolupracují, styl výchovy je vřelý a středně omezující (výchova není příliš autoritativní, ale také není úplně benevolentní a bez pravidel).
- Rodiče zaujímají odmítavý postoj k alkoholu, tabáku, ale i jiným drogám u dětí a dospívajících.
- Rodina má osvojeny dobré způsoby, jak zvládat stres.
- Rodiče dbají na bezpečí dětí a přiměřené uspokojování jejich potřeb.
- Rodiče jsou dobře přizpůsobeni ve společnosti a mají ochotu pomáhat druhým.
- Výchova pomáhá vytvářet kvalitní vztahy i mimo rodinu.
- Rodiče podporují dítě hledat vhodné zájmy.
- V neposlední řadě rodina vytváří kvalitní mezigenerační vztahy a dobrou spolupráci mezi generacemi.

Z výše uvedeného výčtu jasně vyplývá, že nevyrůstat ve fungující rodině je značně rizikový faktor.

V této souvislosti Nešpor (2001, s. 58) uvádí praktické rady, jak mají rodiče řešit svůj problém s alkoholem, aby eliminovali jeho negativní dopad na dítě. Rodiče, kteří svou závislost řeší, tak pomáhají sobě i svým dětem. V první řadě rodič podstupuje léčbu závislosti a abstinuje, závažný problém s alkoholem dítěti vysvětlí jako nemoc. Pokud jeden z rodičů následkem závislosti ztrácí schopnost fungovat, může ho na určitou dobu nahradit jiná blízká osoba v rodině, ke které má dítě dobré citové vazby, dítě má mít možnost a prostor věnovat se činností, které jsou úměrné k jeho věku (čas na hraní apod.), sebevědomí dětí rodičů s alk. nebo drogovou problematikou je zranitelnější. Je zapotřebí chránit a nacházet způsoby, jak zdravé sebevědomí u dětí posilovat, chválit je a povzbuzovat.

Nešpor (2001, s. 59) upozorňuje na obzvláště nevhodný a destruktivní přístup k dítěti, který nastává zejména pokud:

- Rodiče děti učí kontrolovatelně pít, popřípadě brát drogy s mírou, což je v rozporu se zákonem a závislost u dětí vzniká daleko rychleji než u dospělého.
- Vyvolávání pocitů viny u dětí, např., dávat alkoholismus rodiče do souvislostí s tím, že dítě neprospívá nebo je zlobivé. Tyto pocity mohou dítě provázet i v dospělosti a komplikovat mu život.

- Spoluzávislý partner používá dítě jako prostředek k tomu, aby rodiče přesvědčilo, ať alkohol nepije. Takové chování představuje pro dětskou psychiku velkou zátěž a ohrožuje jeho zdravý vývoj sebevědomí.
- Přetěžovat děti a nechávat na nich, aby za selhávajícího rodiče přebíraly zodpovědnost. Dítě je ohroženo ve vývoji, pokud se má předčasně zříct svého dětství a přebrat zodpovědnost za dospělého rodiče.

Z tohoto jasně vyplývá, že je zřejmé, že existují určité faktory, které posilují a chrání psychiku dětí za nepříznivých okolností a snižují pravděpodobnost problémů přetrvávajících do dospělosti (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 in Csémy, Nešpor, Sovinová, 2011).

Závislost ovlivňuje kvalitu výchovy budoucích generací. Negativní vztahy mezi rodičem a dítětem výrazně přispívají k rozvoji rizikových faktorů v případě závislosti u dětí a rozvoji následného traumatu. Jedná se o uzavřený kruh, neboť míra traumatu se zvyšuje přítomností závislosti. Ke zvýšení rizika zneužívání návykových látek a závislosti dochází, pokud se dětem nedostává dostatek lásky ze strany rodičů či pečující osoby nebo dostatek pozornosti vůči jejich domácím, školním či mimoškolním aktivitám. Dalším významným faktorem, který se podílí na vzniku závislosti, je vystavení dítěte různým formám násilí pod vlivem závislostí v rodině. Odborníci se shodují, že na kvalitu rodičovství a výskyt závislostí má také vliv celistvost a úplnost rodiny. Výzkumy prokazují, že riziko zneužívání návykových látek se zvyšuje zejména u neúplných rodin, kde je dítě vychováváno pouze matkou. Zejména pokud se jedná o život v městských oblastech se špatnými ekonomickými podmínkami, které mají vliv na nárůst depresivních stavů u matek a vyšší nadužívání návykových látek.<sup>10</sup>

Autoři Csémy, Nešpor a Sovinová (2001) dále zdůrazňují, že pro přerušení cyklu problémového pití u dětí v jejich vlastní dospělosti je významným faktorem naplňování rituálů, plánování a realizování společných aktivit a vytvoření podpůrného prostředí v rodině. Rozpoznání těchto faktorů je důležité, protože jde o opatření, která lze uplatnit prostřednictvím

---

<sup>10</sup> Systematicky prováděné průzkumy zkoumající vliv rezidenčních škol u třech generací rodin domorodých kmenů poskytují důkazy modelu přenosu traumatu a závislostního chování, které se přenáší z generace na generaci. Život v nových rodinách způsobil těmto dětem řadu závažných traumat, které pramenily z fyz., psych., či sexuál. zneužívání (Bombay, Matheson, Anisman, 2009 in Preiss, s. 196).

organizací na pomoc ohroženým rodinám ke zmírnění nejzávažnějších problémů spojených s alkoholem (bližší popis viz kapitola 4. Sanace rodiny).

Nejvýznamnějším ochranným faktorem je koheze<sup>11</sup> mezi rodiči, pokud jí lze udržet navzdory problému s alkoholem, dochází k výrazné eliminaci škod na dětech. Druhým faktorem jsou soudržné rodinné vztahy a udržování rodinných rituálů. Riziko negativního působení na dítě se rovněž snižuje, pokud druhý (nepijící) partner/ka je schopna/schopen poskytnout podpůrné a stabilní zázemí. S ohledem na přítomnost či nepřítomnost uvedených faktorů lze lépe pochopit, proč některé rodiny ohrožené alkoholovou závislostí přenášejí problémy na další generaci, zatímco u jiných se cyklus přerušuje. Optimistickým zjištěním je to, že prožitek těžkých zkušeností může lidi posílit, stejně tak jako poškodit.

---

<sup>11</sup> Koheze představuje síly, které drží pohromadě vztah, často je vnímána jako oddanost, věrnost. Ve funkčních rodinách je zdravá koheze v rovnováze s osobní autonomií členů rodiny (Sobotková, 2001).

## 4. Sanace rodiny

Na úvod této kapitoly je zapotřebí zmínit, že sanaci rodiny ohrožené alkoholovou závislostí, které se věnuje předložená diplomová práce, je zaměřena na rodinu a udržení jako její celek v případě, že je rodina ohrožena transgeneračním přenosem alkoholové závislosti, tzn., že buďto rodiče nejsou závislí na alkoholu, ale v důsledku toho, že sami vyrůstali v rodině s alkoholovou závislostí, došlo u nich v určité míře k oslabení rodičovských kompetencí či dovedností. Druhým případem jsou rodiče v důsledku alkoholové závislosti ve své původní rodině sami závislí na alkoholu či jiné návykové látce, ale jsou dostatečně motivováni k tomu svůj problém řešit tak, aby nedocházelo k dalšímu ohrožení dětí a všech členů rodiny a dalšímu přenosu.

Sanace rodiny byla v českém prostředí definována O. Matouškem (2003 in Bechyňová, 2008, s. 17), který ji popisuje jako „*postupy, které jsou opakem postupů vyčleňujících některého člena rodiny kvůli tomu, že někoho ohrožuje, případně kvůli tomu, že je sám někým z rodiny ohrožen*“. V současnosti převládá v západní společnosti názor, jenž se promítá i do praxe, že sanace rodiny by měla být první volbou u většiny případů rodin.

Bechyňová (2008, s. 18) definuje sanaci rodiny jako „*soubor opatření sociálně-právní ochrany, sociálních služeb a dalších opatření a programů, které jsou poskytovány nebo ukládány rodičům dítěte a dítěti, jehož sociální, biologický a psychologický vývoj je ohrožen*“.

Matoušek sanaci rodiny dává do souvislosti s podporou rodiny, přičemž uvádí, že se v zahraničí pro stejný pojem jako je podpora rodiny používá termín *udržování rodiny (family preservation)*. V našem prostředí se užívá význam sanace rodiny (z latinského názvu *sanare*, tedy *uzdravit*) (Matoušek, Pazlarová, 2014).

Matoušek a Pazlarová (2014) uvádí, že cílem sanace rodiny je pomoc všem jejím členům s ohledem na zájmy dětí i dospělých. Pracovníci poskytují rodině podporu nejčastěji v jejím přirozeném prostředí. Sanace rodiny má širší záběr, ačkoliv prvky rodinné terapie může využívat. Podpora rodiny se soustředí jak na fungování rodiny, tak na vazby rodiny na formální i neformální zdroje. Sanace rodiny je založena na týmové spolupráci vzhledem k její komplexnosti, a poskytují ji zejména nestátní a státní organizace, zejména v profesích sociálních pracovníků, psychologů, speciálních pedagogů a dalších odborníků, kteří se podílejí na pomoci rodině. Jedná se o přístup, který v zájmu dětí i rodičů nejprve posiluje možnosti rodiny, a až při případném selhání hledá pro rodinu náhradní řešení – např. umístění dítěte do náhradní péče se



zachováním kontaktu s původní biologickou rodinou a s otevřenou možností návratu dítěte do biologické rodiny.

Základním principem sanace rodiny je podpora dítěte prostřednictvím jeho rodiny, přičemž zájem dítě je vždy na prvním místě. Cílem sanace rodiny je především „*předcházet, zmírnit nebo eliminovat příčiny ohrožení dítěte*“ a poskytnout rodičům i dítěti potřebnou pomoc a podporu k tomu, aby byl zachován její celek (Bechyňová, Konvičková, 2008, s. 18). Hurychová (2016) uvádí, že se konkrétně jedná o činnosti posilující rodičovské dovednosti a kompetence. Tyto činnosti směřují k odvrácení hrozby odebrání dítěte mimo rodinu (sanace jako prevence umístění dítěte do ústavní péče) nebo k realizaci změn v rodině a kontaktů dítěte s rodinou v průběhu jeho umístění (to je sanace v době separace dítěte od rodiny) nebo k umožnění jeho bezpečného návratu zpět domů (sanace jako nástroj bezpečného návratu dítěte do vlastní rodiny). Sanace rodiny by měla probíhat v rámci multidisciplinární spolupráce odborníků ze sociálněprávní ochrany, sociálních služeb a dalších institucí (například škola, pediatr) ve spolupráci s rodinou a dítětem, které je ohrožené v oblasti psychického, zdravotního či sociálního vývoje.

Sanace rodiny je nástroj sociální práce, který napomáhá ohroženým rodinám k posílení, uzdravení či znovunabytí jejich funkcí. Bechyňová (2008) zmiňuje, že naplnění cíle sanace rodiny se odvíjí od mnoha faktorů, jejichž součinnost ovlivňuje míru ohrožení dítěte i pravděpodobnost úspěšné záchrany zdravých funkcí rodiny. Na sanaci mají vliv rizikové faktory rodiny, jako např. rodiče sami vyrůstali v disharmonické rodině, nadužívali drogy či alkohol, mají nízkou vzdělanost, dluhy, nepříznivé bytové podmínky, přišli o zaměstnání apod. Může rovněž docházet k transgeneračnímu přenosu chování, což prohlubuje negativní dopad na dítě i celou rodinu. Dále je třeba brát v úvahu rizikové faktory prostředí, ve kterém rodina žije, a její aktuální sociální situaci při zahájení sanace rodiny.

#### **4.1 Sanace rodiny – podmínky**

Do sanace rodiny jsou doporučovány rodiny, které samy často nesou po generace neřešená břemena svých osudů. Proto je velmi přínosné, pokud se najde způsob podpory všech členů rodiny, aby byli schopni postupně své těžkosti odkládat. Pomáhající odborníci mají hlavně pomoci rodině najít motivaci ke změně tak, aby byla pro rodinu smysluplná. Jde o spolupráci

pracovníka s rodinou a společného hledání řešení, ke kterému rodina najde vlastní motivaci, aby je pak mohla přenést do každodenního života (Hurýchová, 2016).

Sanace rodiny není aplikovatelná pro všechny rodiny. Dle Bechyňové a Konvičkové (2008) lze rodinu sanovat zejména v případech, kdy samotní rodiče byli během svého dětství zanedbáváni nebo ohroženi, tudíž jsou nositeli rizika, že budou mít potíže při péči o dítě, nemají pro dítě vytvořené optimální podmínky, nebo jim chybí sociální podpora blízkého okolí. Dále jsou sanovány rodiny v případech, kdy je dítě umístěno v zařízení pro výkon ústavní péče anebo na základě rozsudku soudu svěřeno do pěstounské péče na přechodnou dobu. V případě separace od rodiny je sanace vhodným nástrojem k udržení kontaktu s rodinou, ke zlepšení podmínek v rodině a přípravě jeho bezpečného návratu zpět domů.

Bechyňová (2008) vymezuje případy rodin, které nejsou vhodné pro sanaci. Jedná se například o rodiny, ve kterých se rodiče vůči svým dětem zachovali zvláště krutým a hrubým způsobem. Dále se jedná o rodiče, kteří jsou závislí na alkoholu či na jiných návykových látkách a nechtějí svou závislost léčit, nejsou dostatečně motivováni své chování změnit.

Sanace rodin se zaměřuje na podporu formálních i neformálních stránek rodiny. V praxi se osvědčuje začít s rodinou pracovat na formálních stránkách a poté přejít k neformálním. Formální stránky jsou pro rodiče bezpečnější a zahrnují praktickou a sociální oblast rodiny. Jedná se o poskytnutí podpory rodině v oblastech jako např. pomoc se zajištěním dokladů, dávek státní sociální podpory, pomoc při hledání zaměstnání, udržitelnosti bydlení, úpravě bytových podmínek tak, aby děti mohly vyrůstat ve své rodině, pomoc s organizací volnočasových aktivit dětí, řešení finanční a dluhové situace aj. Neformální stránky se zaměřují na vztah rodiče a dítěte. Jedná se např. o posílení rodičovských kompetencí, výchovných schopností aj. (Bechyňová, Konvičková, 2008, s. 20–21).

## **4.2 Sanace rodiny – legislativa**

Sanace rodin vychází především z Úmluvy o právech dítěte OSN z roku 1989, kterou Československo ratifikovalo v roce 1991. Tato Úmluva vymezuje rodinu jako základní jednotku společnosti a přirozené prostředí pro růst a blaho všech jejích členů, zejména dětí. Klade důraz na to, že rodina musí mít nárok na potřebnou ochranu a pomoc, aby dokázala plnit svou úlohu ve společnosti. Úmluva dále zdůrazňuje biologické rodičovství a vyžaduje jeho respektování. Sanace rodiny je zakotvena v novele zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, a

zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V rámci zákona o sociálních službách se sanace rodiny nejvíce odráží v sociálně aktivizační službě pro rodiny s dětmi, která je zařazena mezi služby sociální prevence. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů (Rulíková, 2009).

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi jsou terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované rodině s dítětem, u kterého je jeho vývoj ohrožen v důsledku dlouhodobé krizové sociální situace, kterou rodiče nedokážou sami bez pomoci překonat a u které existují další rizika ohrožení jeho vývoje. Dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., § 65 se jedná o tyto základní činnosti:

1. výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
2. zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
3. sociálně terapeutické činnosti.

### **4.3 Hodnocení ohrožení dítěte a možnosti práce s rodinou**

K tomu, aby rodině byla poskytnuta efektivní a včasná pomoc a podpora, je zapotřebí dobře vyhodnotit míru ohrožení dítěte a rodiny.

Matoušek a Pazlarová (2014) uvádí, že první kontakt s rodinou by měl vést k vytvoření hodnocení potřeb rodiny a případně i hodnocení rizik. Matoušek (in Matoušek, Pazlarová, 2014) dále zdůrazňuje, že posouzení a hodnocení míry ohrožení dítěte a rodiny, jakož i podpory rodiny, je komplexní záležitost, která vyžaduje multidisciplinární spolupráci. Smyslem hodnocení je určit typ ohrožení, frekvenci jeho výskytu a vyhodnotit, zda se ohrožení bude ještě opakovat. Mezi základní typy závažného ohrožení dítěte patří: nevhodné životní podmínky, zanedbávání, týrání a zneužívání (Syndrom CAN). V případě zanedbávání psychických potřeb dítěte se jedná o deprivaci či citové zanedbávání. Zneužívání může mít sexuální, ekonomickou či kriminální podobu. Důležité je vyhodnotit a zmapovat zdroje ohrožení a podpory blízkého okolí dítěte. V některých případech je sama pečující osoba zdrojem nepříznivých vlivů pro dítě, jindy může svou činností umožnit podmínky pro to, aby dítě poškozoval někdo jiný, případně být pasivním svědkem ohrožení dítěte. Pečující osoba, která je s dítětem ve stálém kontaktu, má pro dítě klíčovou roli. Dítě dokáže zvládnout nepříznivé podmínky, pokud má oporu v pečující osobě, a naopak nevhodné zacházení od pečující osoby zvládá dítě mnohem hůře než od jiných

osob. Základním pojítkem mezi dítětem a pečující osobou je interpersonální vazba (attachment, přimknutí). Při hodnocení rodiny je proto zapotřebí vždy zhodnotit kvalitu vazby mezi pečujícími osobami a dítětem.

Dle metodického doporučení Ministerstva práce a sociálních věcí k sociální práci s ohroženou rodinou při hodnocení situace dítěte zohledňujeme tyto základní stanoviska. Postup lze dodržovat i v případě rodiny ohrožené alkoholovou závislostí, pokud je závislý rodič motivován k tomu svůj problém aktivně řešit a podstoupit léčbu. Jedná se o tyto základní stanoviska (Rulíková, 2009). Dítě nejlépe prospívá ve své vlastní rodině, se svými rodiči, popř. s blízkými příbuznými (neplatí v případě, že jeden nebo oba rodiče vážně ohrožují vývoj a zdraví dítěte). Řešením situace je, že sociální pracovník uplatní všechny možnosti, jak podpořit rodinu, aby dítě mohlo zůstat doma nebo u blízkých příbuzných. Pokud dítě nemůže (ani za podpory sociálních služeb) zůstat se svými rodiči, má právo vyrůstat v rodině náhradní dle optimálních potřeb dítěte. Náhradní rodinná péče by měla být poskytována jen na nezbytně dlouhou dobu, a pokud je to možné, dítě se vrací do původní rodiny. Sociální pracovník průběžně vyhodnocuje situaci a poskytuje podporu při návratu dítěte do původní rodiny, pokud je to pro dítě bezpečné.

Základní okruhy vyhodnocení případu dítěte jsou: zdraví, vzdělání, emoční vývoj a vývoj chování (charakter a kvalita časných vazeb, schopnost adaptace na změny, reakce na stres, sebekontrola), identita (sebeúcta), rodinné a sociální vztahy (stálost citových vazeb se sourozenci a rodiči, příbuznými, přáteli, sociální prezentace (oblečení, čistota a osobní hygiena, slušné chování v různých sociálních situacích), schopnosti péče o sebe, zajištění bezpečí (ochrana dítěte proti fyzickému a psychickému zranění), citová vřelost (naplňování emocionálních potřeb dítěte), rodinná historie a fungování rodiny (zkušenosti rodičů z jejich dětství, širší rodina dítěte), vhodné bydlení, zaměstnanost rodičů (příjem rodiny), občanské vybavení rodiny (sociální síť rodiny, dostupnost služeb).

Ve všech výše uvedených oblastech může být rodina s alkoholovou závislostí v určité míře, rozsahu a intenzitě ohrožena, a proto při poskytování podpory rodině je důležité se na jednotlivé oblasti ve spolupráci s rodinou zaměřit.

#### **4.4 Sanace rodiny ohrožené alkoholovou závislostí**

Při sanaci ohrožené rodiny je potřeba přistupovat k dítěti ohroženému špatnými životními podmínkami jako k součásti rodiny, která je ohrožená špatnými životními podmínkami.

To znamená, že optimálním řešením je zlepšení těchto podmínek, nikoliv umístění dítěte do náhradní péče (Matoušek, 2014, s. 93–95).

Bechyňová (2008) uvádí, že sanace rodiny má široké pole působnosti a lze ji aplikovat na nejrůznější formy práce s rodinou, zmiňuje ji i v souvislosti doplňující léčby závislosti v rodině. Klientem sanace je rodina jako interakční systém, který je ohrožen nepříznivou sociální situací, izolovaností, zvýšenou zátěží a frustrací rodičů, nedostatečnou výchovnou zkušeností, která má dopad na vývoj dítěte. Sanace rodiny je nástroj podpory při ohrožení rodiny, přičemž je důležité včas rozpoznat riziko ohrožení a poskytnout rodičům pomoc při stabilizaci rodiny a při péči o dítě.

Csémy, Nešpor a Sovinová (2001, s. 7) uvádí, že alkohol v rodině často vede k selhání rodičovské role a různým formám zanedbávání nebo zneužívání dětí či partnera. Ne vždy však problémové pití či závislost na alkohol musí nutně narušit vztahy v rodině, případně vyústit v násilí nebo jiné formy zneužívání partnera či dítěte. V mnoha případech bylo zjištěno, že děti, ačkoliv trpí pitím alkoholu svých rodičů, je navzdory všemu milují. A mnoho rodičů s problémem alkoholu má starost o své děti a uvědomují si, jak svému dítěti ubližují, ale natolik podléhají pití alkoholu, že s tímto problémem nedokážou nic udělat (A. Laybourne et al. Children, Families and Alcohol. University of Glasgow, 1995 in Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001, s. 7). Dále zdůrazňují, aby nedocházelo ke stigmatizaci osob se závislostí v rodinách. Klíčovým řešením alkoholového problému v rodině je pomoc, která může být závislému členovi poskytnuta. Hlavní poselství této zprávy autoři spatřují ve zdůraznění potřeby pomáhajících služeb určených celé rodině včetně závislého člena.

Sanace rodiny je tedy vhodným nástrojem pomoci rodině ohrožené alkoholovou závislostí, jejíž člen je motivován k léčbě. Velká obtíž nastává dle Matouška a Pazlarové (2014) při sanaci rodiny tehdy, pokud člen rodiny popírá problémy, které z objektivního pozorování představují riziko ohrožení pro jejich nositele nebo pro ostatní členy rodiny, jako je např. závislost na návykových látkách, zanedbávání potřeb dítěte, násilné chování apod. Přímá konfrontace jedince s jeho problémem může zcela zablokovat další společnou spolupráci pracovníka s rodinou, zvláště když je spolupráce krátká. V některých případech, kdy hrozí vážná újma někomu z rodiny, nelze postupovat jinak než odvrácením ohrožení direktivními přístupy. Použití mocenského postupu ale neznamená, že podpora rodiny musí skončit, rodiče zůstávají dále rodiči.

Sanace rodiny je tedy vhodným nástrojem pomoci rodině přímo ohrožené alkoholovou závislostí, jejíž člen je motivován k léčbě. Bez motivace závislého člena k alkoholové závislosti nelze rodinu účinně sanovat a v takovém případě dle Bechyňové a Konvičkové (2018) není rodina vhodným klientem sanace rodiny, neboť dochází k ohrožení dítěte ve všech oblastech.

#### **4.5 Sociální práce s rodinou s výskytem alkoholové závislosti aneb motivace k léčbě**

Rodinný systém, jehož součástí je člen závislý na alkoholu, je dynamický proces, což je důležité si uvědomit při volbě vhodné sociální intervence. Rodinu lze interpretovat na základě systémového přístupu, tzn., že chování jednoho člena rodiny je ovlivněno chováním a jednáním ostatních členů rodiny a naopak. Systémové myšlení umožňuje komplexnější přístup k rodině. Pokud se v rodině vyskytuje problém, nelze ho redukovat pouze na jeho nositele, ale ovlivňuje všechny jedince určitého systému a systém jako celek (Kliment, 2018). Z toho lze vyvozovat, že při řešení problematiky závislosti v rodině nelze pracovat jen se závislým členem a problém eliminovat jen na jeho abstinování. Pokud má být pomoc a následně i léčba efektivní, je zapotřebí zapojit i ostatní členy rodiny.

Autoři Saatcioglu, Erim a Cakmak (2006) rovněž zdůrazňují, že rodina je důležitou součástí diagnostiky a léčebného řetězce zneužívání alkoholu a návykových látek. Zneužívání alkoholu a návykových látek je reakcí na výkyvy v rodinném systému. Vzhledem k interakcím v rámci systému se zdá být důležitým požadavkem, aby pracovník zapojil a udržoval přítomnost rodiny v její celistvosti do léčebného procesu. Rodina často potřebuje stejnou péči jako rodinný příslušník, který je závislý na alkoholu nebo zneužívá návykových látek. V tomto ohledu je účast rodiny v léčebném procesu přínosem z hlediska prevence relapsu. V souladu s tím je důležité znát strukturu rodiny a její roli v procesu léčby. Kalina (2003, s. 127) uvádí, že důležitá součást léčby alkoholové závislosti je motivace. Práci s motivací klientů ke změně přinesl systemický přístup, protože se více než na práci s obranami soustředí na změnu jako takovou a výhody, které z ní pro závislou osobu plynou.

Léčbu alkoholové závislosti velmi znesnadňuje přístup závislé osoby, která svůj problém často popírá, nedovede či nechce řešit. Profous (2011) v této souvislosti výstižně uvádí, že alkoholová závislost, rovněž jako i jiné nealkoholové závislosti, je „*nemocí popírání*“. Blízké okolí závislé osoby má na začátku také potíže než onemocnění přijme. U závislé osoby tento

proces popírání problému se závislostí trvá déle a většinou se dostaví až po léčbě v abstinenci a v doléčování v rámci prevence recidivy. V podobném pojetí vnímá závislosti i Rohr (2015, s. 14), podle kterého probíhá uzdravování ze závislosti na principu znovunalezení smyslu života. Dle Rohra (2015) není při uzdravování nejhorším nepřítelem závislé osoby samotná návyková látka, ale popření.

Vývoj rodinného systému s alkoholovou závislostí lze rozdělit na tři etapy. Každá etapa představuje specifický problémový systém.<sup>12</sup> Daná stádía se v reálných podmínkách prostupují a může docházet jak k progresivní, tak regresivní formě přechodu. Podoby sociální intervence se budou odvíjet od toho, v jakém stádiu se rodinný systém nachází. Jedná se o etapy: tlaku ke změně, plánování změny, realizace změny.

V prvním stádiu etapy tlaku ke změně dochází k rozvoji problémového pití k závislosti jedince. Kliment (2019) uvádí, že zde je náročné určit hranici mezi problémovým užíváním alkoholu a závislostí. Jedinec si dlouhodobě odmítá svou závislost připustit, ještě nemá nadhled nad svou závislostí. Je-li jeho pití alkoholu v rodinné komunikaci tématizováno, tak se tématu vyhýbá a volí pasivní či agresivní reakci, což narušuje rodinnou komunikaci a spolupráci. Následkem toho dochází v rodině k potížím ve zvládnání rolí, ale závislý odmítá změnu svého postoje k alkoholu. Na situaci, kdy jedinec odmítá existenci problému, lze nahlížet, dle Úlehly (2009 in Kliment, 2019), který v této souvislosti hovoří o situaci, kdy držitelem problému není problémový jedinec, ale osoby, které tvoří jeho sociální okolí. Problémový jedinec není připraven přijmout pomoc, protože k ní není dostatečně motivován, a je-li mu poskytnuta sociální intervence, tak má podobu kontroly (Úlehla, 2009 in Kliment, 2018, s. 4). Pokud nezíská nadhled nad svou závislostí, tak není motivován ke změně svého postoje k alkoholu. Rodinný systém může po celou dobu své existence setrvávat v této problémové fázi, nebo zaniká. Začne-li si závislý člen v určité míře přiznávat svou závislost, objevuje se první motivace ke změně. Toto stádium je většinou pro členy rodiny velmi náročné, neboť v něm dochází k pojmenování a definování problému. Často dochází k popírání reality, zvláště u dětí, protože tuto situaci ještě nedovedou v kognitivní a emoční rovině pochopit. Taková situace u dětí vyvolává napětí a úzkost. Důležité je, aby problém s pitím již nadále nebyl tabuizován, neboť

---

<sup>12</sup> Ludewig (in Matoušek, 2003, s. 102–103) definuje problémový systém jako „*sociální systém vzniklý a udržující se kolem problému*“. Za problém považuje jakékoliv téma, které něco hodnotí jako nežádoucí. Z této definice vyplývá, že problémovým systémem rodiny jsou takové problémy, které někdo v komunikaci tématizuje. Problém v rodině může tématizovat někdo v rodině, nebo z vnějšího prostředí (např. pracovník organizace, který poskytuje rodině sociální či psychologickou pomoc).

to vede k jeho prohlubování. Nedojde-li k pojmenování problému s pitím v rodině (i z důvodu ochránit tím děti), může to mít škodlivé následky pro celou rodinu. Bylo zjištěno, že děti si problém s alkoholem v rodině uvědomují mnohem dříve, než je v rodině tematizován (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001). Jak uvádí Kliment (2019) má sociální pracovník v této fázi roli poradce a aktivně se podílí na definování vytváření pravidel a hranic ve spolupráci s rodinou a rovněž je zprostředkovatelem vnější pomoci. V této fázi není závislý člen ještě držitelem problému, a tak se většinou nepodílí na vymezení těchto hranic, ačkoliv by to bylo žádoucí. Vytváření pravidel se odvíjí od konkrétní podoby rodinného systému. Při řešení problému s alkoholem je zapotřebí pokusit se zmapovat zdroje i mimo rodinu (širší rodina, přátelé, kolegové v zaměstnání závislého apod.). Nutno zdůraznit, že do alkoholového problému nejsou zapojeny nezpl. děti. Důležité je dětem srozumitelně vysvětlit, že jejich jednání nesouvisí s jednáním závislé osoby, nesmí si vytvořit pocit viny za pití svých rodičů. V případě, že závislý člen svým pitím způsobí potíže (zničení nábytku, ztráta práce aj.), tak je za něj neřeší. K násilí v rodině se přistupuje s nulovou tolerancí, jinak dochází k vystupňování násilí.

Další etapou je plánování změny, které se vyznačuje obdobím, kdy závislý člen rodiny získává určitý náhled na svou závislost a stává se držitelem problému, což se projevuje alespoň částečnou změnou v přístupu k jeho problému s alkoholem. Ale může dojít k potížím, které souvisejí se samotným řešením problému. Závislý člen si často myslí, že žádoucího stavu může dosáhnout vlastními silami, nebo ambulantní formou léčení, zatímco rodina závislého chce najít profesionální pomoc mimo rodinu. Sociální pracovník v této fázi pomáhá rodině i závislému při hledání specializovaných zařízení, návazných služeb a podporuje rodinu v případě nástupu závislého člena na léčení. Matoušek (2003) uvádí, že poradenství, které je klientovi poskytováno před nástupem intenzivní léčby, je hlavní součástí programů v kontaktních a terénních centrech. Sociální pracovník při práci se závislým jedincem má mít schopnost adekvátně zhodnotit optimální míru pomoci, kterou klientovi poskytne, nemůže přebírat odpovědnost za klienta. Rozhodujícím činitelem pro nastoupení do intenzivní léčby je klientova vlastní motivace.

Třetí etapou je realizace změny, která obvykle začíná nástupem na léčbu ambulantního nebo rezidenčního typu. V tomto stádiu se závislý stává sám držitelem problému, protože si uvědomuje potřebu léčby. Pokud se závislý rozhodne podstoupit dlouhodobou léčbu rezidenčního typu, je důležité, aby s ním rodina i nadále udržovala kontakt, který je důležitou součástí léčebného a terapeutického procesu. Sociální pracovník by měl i nadále zůstat součástí procesu pomoci. V této fázi dochází k vymezení a ujasnění cílů a pravidel ve vztahu k alkoholu



a jiným aktivitám po návratu z léčení. Je rovněž důležité, aby došlo k probírání témat, která se týkají obav z budoucnosti a možného relapsu.

## **II. Empirická část**

Empirická část diplomové práce popisuje postup, jakým způsobem bylo prováděno výzkumné šetření. Je zde uveden cíl výzkumu, hlavní výzkumné otázky, jakož i dílčích výzkumných otázek, které dokreslují komplexnost hlavní výzkumné otázky. Empirická část dále popisuje orientaci výzkumu, charakteristiku výzkumného vzorku a jeho šetření, metodu získávání dat a postup při zpracování, analýze a interpretaci dat. Při zobrazování dat jsou pro konkrétní a názorný přehled použity zobrazovací prostředky pomocí genogramu, které se snaží zachytit složitost rodinných vztahů. Data o původní a současné rodině respondenta budeme zjišťovat zprostředkovaně pomocí rozhovorů s ním.

## **5. Organizace výzkumného šetření**

### **5.1 Orientace výzkumu a metody získávání dat**

S ohledem na zkoumaný fenomén jsem zvolila kvalitativní přístup, který, dle Hendla (2008), pomáhá k získání hloubkového popisu případů, u kterých nezůstáváme na povrchu, provádíme komparaci případu a sledujeme jejich vývoj. Dle Hendla (2008) je přínosem kvalitativní analýzy umění zpracovat téma užitečným a smysluplným způsobem a nalézt odpověď na výzkumnou otázku. Kvalitativní výzkumník vybírá na začátku výzkumu téma a určí základní výzkumné otázky, které může modifikovat nebo doplňovat v průběhu výzkumu, během sběru a analýzy dat.

Kvalitativní výzkum jsem realizovala pomocí případové studie, která se zaměřuje na podrobný popis, nebo rozbor jednoho nebo málo případů, zachycení složitosti případu a popis vztahu v jejich celistvosti (Hendl, 2008). Pro sběr dat jsem zvolila metodu narativního rozhovoru a jako typ narativního rozhovoru polostrukturovaný rozhovor, který jak uvádí Tóthová (2011) je pro narativní rozhovor nejvhodnějším způsobem, neboť pracuje s flexibilním schématem tematicky zaměřených okruhů otázek.

### **5.2 Cíl výzkumu a výzkumné otázky**

Vědecko-výzkumným problémem předložené diplomové práce je fenomén transgeneračního přenosu rodinné alkoholové závislosti se zřetelem k sanaci rodiny jako prevenci tohoto přenosu. Diplomová práce zároveň usiluje o zmapování možností, jak rodina ohrožená přenosem alkoholové závislosti může vlastním přístupem ve výchově dětí preventivně předcházet nebo eliminovat u svých potomků riziko tohoto přenosu a s tím spojené maladaptivní vzorce chování. Rovněž se zaměřuje na sanaci rodiny jako přístupu sociální práce.

Cílem výzkumného šetření je odpovědět si na hlavní výzkumnou otázku, která je formulována takto: Jaká je osobní zkušenost současné generace potomků rodičů závislých na alkoholu při vytváření vlastní rodiny a jak lze v rodině předcházet riziku TG přenosu alkoholové závislosti na další generaci potomků?

Na základě stanoveného výzkumného problému a v souladu s hlavními výzkumnými otázkami (HVO) byly pomocí odborné literatury formulovány dílčí výzkumné otázky. Dílčí

výzkumné otázky (DVO) zde dokreslují a projasňují významné aspekty HVO v její komplexnosti. Podle Tóthové (2011) má narativní rozhovor, jehož cílem je otevřít příběh transgeneračního přenosu (v našem případě alkoholové závislosti), zahrnovat dva okruhy otázek. První okruh otázek se bude zaměřovat na původní rodinu respondenta a na přítomnost alkoholového problému v rodině, a s tím spojenou určitou míru traumatické zkušenosti v dětství. Druhý okruh otázek se bude zaměřovat na současnou rodinu respondenta a na mapování rodinné vulnerability a resilience v transgeneračním kontextu, které se mohou podílet na neuzdravených zraněních z původních rodin, jež představují riziko dalšího přenosu, ale i na jejich uzdravení.

Pro lepší přehlednost uvádím níže tabulku, kde je na prvním místě uvedena hlavní výzkumná otázka a následně koncipovány dílčí výzkumné otázky, které jsou pro účely rozhovorů s respondenty formovány jako tazatelské otázky.

Tabulka č. 2 Hlavní a dílčí výzkumné otázky

**HVO: Jaká je osobní zkušenost současné generace potomků rodičů s alkoholovou závislostí při vytváření vlastní rodiny a jak lze v rodině předcházet riziku TG přenosu alkoholové závislosti na další generaci potomků?**

Dílčí výzkumné otázky (DVO)		Tazatelské otázky
<b>DVO 1</b>	<b>Zjistit, jak respondent prožíval dětství v rodině ohrožené alkoholovou závislostí?</b>	Když si vzpomenete na své dětství, dokážete popsat, co jste prožíval/a, a jak jste vnímal/a potíže s alkoholem v rodině?
<b>DVO 2</b>	<b>Jak alkoholová závislost rodiče ovlivnila fungování a vztahy v rodině?</b>	Dokážete popsat, jak problémy rodiče s alkoholem ovlivnily vztahy a fungování v původní rodině? Uvědomoval si rodič svou závislost, měl snahu ji léčit?
<b>DVO 3</b>	<b>Jak zkušenost s alkoholovou závislostí rodiče ovlivnila dospívání a dospělý život respondenta?</b>	Jaký vliv měla, podle vás, zkušenost z dětství na vaše dospívání a dospělost? Měl (a) jste / máte zkušenost se závislostí?
<b>DVO 4</b>	<b>Jak alkoholová závislost rodiče ovlivnila respondenta při vytváření jeho současné rodiny a při výchově dětí?</b>	Vyskytují nebo opakují se ve vaší současné rodině podobné těžké situace či sociální problémy, které mohou souviset s tím, že jste vyrůstal (a) v prostředí rodiny s alkoholovou závislostí? Jak zvládáte výchovu vlastních dětí?
<b>DVO 5</b>	<b>Jak lze v rodině předcházet riziku TG přenosu alkoholové závislosti?</b>	Co děláte pro to, aby se některé těžké situace z dětství znovu neopakovaly ve vaší současné rodině? Jaké zdroje sil (formální či neformální) vám napomáhají k tomu, aby vaše rodina zdravě fungovala? Jaké zdroje vám naopak chybí a jsou zdrojem potíží v rodině a mohou zvyšovat riziko TG přenosu alkoholové závislosti u dětí?

Zdroj: vlastní zpracování

### 5.3 Etické aspekty výzkumu

Hendl (2008) uvádí, že etické aspekty společenskovedního výzkumu mají důležitou roli. Dále autor uvádí, že při výzkumu musí být dodrženy zásady etického jednání, a to zejména potřeba získat poučený informovaný souhlas, tzn., že osoba se zúčastní výzkumu pouze v případě, že s tím souhlasí. Před zahájením výzkumu účastníkovi sdělit, že svou účast ve výzkumu může kdykoliv svobodně odmítnout a účast ve výzkumu ukončit. Po celou dobu výzkumu je dbáno na to, aby byla zachována anonymita účastníka. Všechny tyto zásady byly během výzkumu dodržovány. Před zahájením každého rozhovoru byli respondenti seznámeni s tématem a cílem diplomové práce, jakož i s účelem výzkumu. Všichni respondenti vstupovali do rozhovorů dobrovolně a poskytli souhlas s jejich nahráváním do zvukové podoby a následně s prací se získanými informacemi pro účely diplomové práce. Pro zachování anonymity respondentů a pro účely výzkumného šetření jsou dále respondenti uváděni pod zkratkou R1, R2, R3. Dále byl pořízen rozhovor s PhDr. Váchou, zkušeným adiktologem v oblasti drogových závislostí a zakladatelem terapeutické komunity Karlov, která se jako jediná v České republice specializuje na pobytovou léčbu závislých matek/otců s dětmi. PhDr. Vácha souhlasil se zveřejněním rozhovoru v diplomové práci.

### 5.4 Metoda zpracování dat

Rozhovory byly ve formě audiozáznamu nahrány na záznamník v mobilním telefonu. Následně byly přepsány transkripcí zvukového záznamu do textové podoby v MS Word. Poté byla provedena redukce prvního řádu, která, jak píše Miovský (2006), patří mezi velmi rozšířené úpravy, přičemž je cílem učinit přepis plynulejším a usnadnit analytickou práci s ním. Při přepisu rozhovoru byl vynechán zvuk, a tzv. slovní vata, která by mohla narušovat plynulost textu, aniž by bylo zasáhnuto do původního obsahového sdělení respondentů.

Pro analýzu dat byla využita technika otevřeného kódování. Hendl (2008) uvádí, že otevřené kódování odhaluje v datech určitá témata, která mají vztah k položeným výzkumným otázkám, k nastudované literatuře, k pojmům používaným účastníky výzkumu, nebo jde o nové myšlenky, které vznikají v průběhu analýzy dat. Hendl (2008) dále popisuje, že se výzkumník snaží dát smysl získaným údajům z případové studie, přičemž většinou se přistupuje k analýze pomocí kódování, tzn. k systematickému prohledávání dat s cílem nalézt pravidelnosti a klasifikovat jejich jednotlivé části. Po této fázi usilujeme výsledky této analýzy interpretovat

jako celek, aby bylo možné o nich vyprávět určitý příběh. Poté, co jsou data přepsaná pomocí doslovné transkripce do textové podoby, nastává proces segmentace, který zahrnuje rozdělení dat do analytických jednotek, což znamená, že pročítáme důkladně text a zjišťujeme, zda se v něm nachází segment, který má význam k cíli výzkumu. Kódování nám umožní následně data popsat a prostřednictvím kódu významné úseky dat klasifikovat a kategorizovat. Poté, co byla data transkripcí přepsána do textové podoby, jsem jako techniku úprav a příprav dat pro analýzu použila barvení textu. Dle doporučení Miovského (2006) jsem následně v textu barevně označovala pasáže, které se týkají určitých tematických celků (odpovídají základním výzkumným otázkám, a to tak, že jsem barvami označila všechna místa, která se jednotlivých tematických oblastí týkají). Miovský (tamtéž) uvádí, že takto připravený text usnadňuje orientaci a urychluje analýzu dat. Přepsané rozhovory jsem důsledně a několikrát přečetla, následně jsem v textu vyhledávala klíčové informace, kterým jsem přiřazovala kódy a ty následně seskupila do kategorií, které mají nosnou informaci ve vztahu k odpovědi na jednotlivé dílčí výzkumné otázky a následně na hlavní výzkumnou otázku.

## **5.5 Charakteristika výzkumného vzorku**

Pro výzkum jsem zvolila metodu záměrného výběru, která je, jak uvádí Miovský (2006), nejrozšířenější metodou výběru v kvalitativně zaměřeném přístupu. Dle Miovského (2006) považujeme za záměrný (někdy také účelový) výběr výzkumného vzorku takový postup, při kterém cíleně vyhledáváme účastníky, kteří splňují předem stanovené kritérium nebo soubor kritérií. Klíčovým kritériem pro výběr respondentů byl předpoklad, že se v jejich rodinné anamnéze vyskytoval rodič (matka, otec) s alkoholovou závislostí / alkoholovým problémem. Dalším kritériem v souladu s HVO bylo to, že všichni respondenti jsou již sami rodiče a v různé míře pocítují dopad této zkušenosti při výchově vlastních dětí. Posledním kritériem byla skutečnost, že alespoň u jednoho z respondentů došlo v důsledku traumatického dětství k narušení vazeb v současné rodině jako následek rodičovského „selhání“ (v případě respondenta R2 odebráním dětí do pěstounské péče) a na jeho případě lze ukázat sanaci rodiny jako metody sociální práce. Respondenti byli vybráni takto: Respondenta č. 1 jsem oslovila jako sociální pracovnice Sociální porady v rámci odborného sociálního poradenství zaměřeného na dluhy. S respondentem č. 2 jsem pracovala jako pracovnice sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi a za účelem výzkumu jsem ho požádala o rozhovor. Respondentka č. 3 je má známá

kamarádka, o které jsem věděla, že dětství prožila s matkou závislou na alkoholu. Rozhovory byly doplněny kazuistikami, které reflektují rodinnou i sociální anamnézu respondentů, a tím nám pomáhají pochopit zkoumaný fenomén v širších souvislostech. Rozhovory byly uskutečněny v místě, dle potřeby respondenta, a probíhaly individuální formou s důrazem na emoční a psychický komfort respondenta. Rozhovory probíhaly v časovém rozpětí 55–60 minut. Dále byl pořizen rozhovor s PhDr. Váchou, adiktologem v oblasti drogových závislostí a zakladatelem terapeutické komunity Karlov, která se jako jediná v České republice specializuje na pobytovou léčbu závislých matek/otců s dětmi. PhDr. Vácha souhlasil se zveřejněním rozhovoru v diplomové práci (rozhovor byl uskutečněn v červnu 2021 a je součástí přílohy této práce).



## 6. Analýza a interpretace výzkumného šetření

V této kapitole se věnujeme analýze a interpretaci dat. Na základě analýzy dat, kterou jsem získala z rozhovorů pomocí otevřeného kódování, vzniklo 15 kategorií, které jsou významné k jednotlivým dílčím výzkumným otázkám, a následně ve vztahu k hlavní výzkumné otázce.

V úvodu kapitoly jsou uvedeny jednotlivé kazuistiky respondentů, z nichž následně vznikla tabulka se základními informacemi o respondentech pro lepší přehlednost. Rovněž je zde uveden genogram, který, jak píše Tóthová (2011) je grafickou projektivní metodou genealogického znázornění rodinného systému. V rámci našeho šetření nám poskytuje lepší zachycení rodinného systému respondenta, včetně výskytu závislostí, či psychických poruch v rodině.

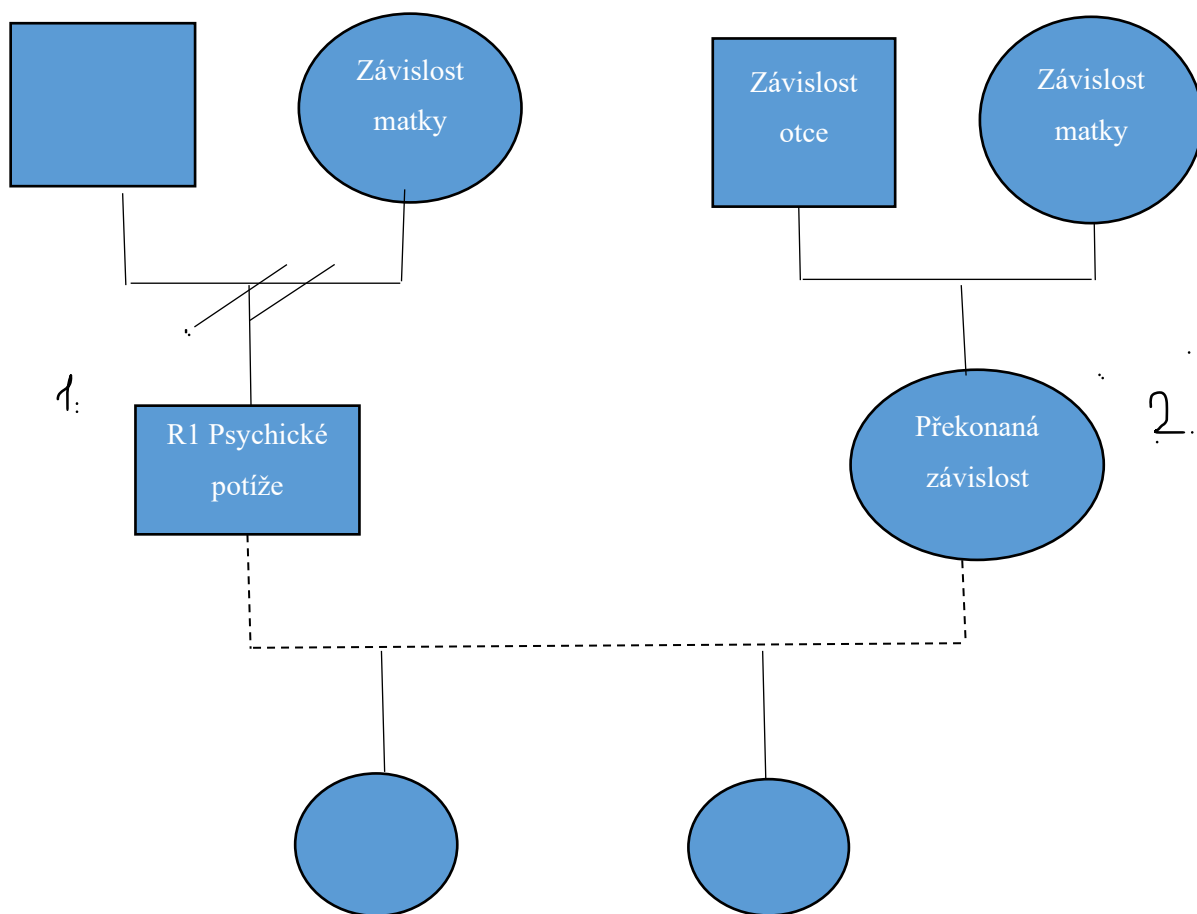
### **Respondent č. 1 – muž, věk 43 let (dále pod zkratkou R1)**

Rodinná anamnéza: R1 má tři sourozence, do svých 14 let žil se svou matkou a otcem, kteří byli manželé více jak 10 let. Když bylo R1 14 let, matka od otce odešla, našla si nového přítele a on zůstal s otcem sám. Rodiče spolu přestali komunikovat po rozvodu, a tak to přetrvává až dodnes. Vztahy v jeho primární rodině byly a stále jsou zdrojem bolesti a nejasností. V současné době má desetiletý vztah s partnerkou a dvě děti ve věku 6 a 8 let, které jsou zdravé a navštěvují základní školu.

Sociální anamnéza: R1 byl z důvodu školních potíží v druhé třídě přeřazen na speciální školu. Po ukončení povinné školní docházky se vyučil kuchařem, což zakončil výučním listem. Poté měl nějakou dobu potíže najít zaměstnání, zaměstnání nebylo stabilní, stejně jako jeho partnerské vztahy. Ve věku okolo 29 let neměl bydlení, přespával v autě, občas u otce v bytě, ačkoliv měl zaměstnání. Po těžkých osobních i pracovních zkušenostech se ve věku okolo 30 let psychicky zhroutil, následně byl hospitalizován. Poté poznal svou současnou partnerku i matku svých dvou dětí. Následně několik let pracoval jako dělník ve výrobě. Z důvodu finančních problémů navštívil sociální poradnu, kde mu byla poskytnuta pomoc při řešení dluhové situace, a následně zpracován návrh na oddlužení. V současné době je R1 z důvodu psychických potíží v dlouhodobé pracovní neschopnosti, pravidelně dochází na terapeutické konzultace ke klinickému psychologovi. Léčí s depresemi a úzkostmi. Partnerka je zaměstnaná jako prodavačka. Společně s partnerkou a dětmi bydlí v nájemném bytě.

Adiktologická anamnéza: Dětství R1 bylo poznamenáno traumaty, konflikty mezi rodiči a alkoholovým problémem matky. Potíže s alkoholovou či jinou závislostí respondent neměl a nemá, ale jeho partnerka měla dříve potíže s nadužíváním alkoholu, které řešila ambulantním typem léčby. V současné době partnerka již druhým rokem abstinguje. Z rodinné anamnézy dále vyplývá, že matka respondenta sama vyrůstala ve velmi disharmonickém prostředí, její otec jí fyzicky napadal a nadměrně užíval alkohol. Otec respondenta vyrůstal v prostředí, kde se alkoholová závislost nevyskytovala. Vztah rodičů R1 byl velmi konfliktní.

Obrázek č. 1 Respondent R1



1. Konfliktní soužití rodičů R1 vedlo k rozvodu po 14 letech.

2. Závislost matky partnerky vedla k jejímu úmrtí ve věku 60 let.

Zdroj: vlastní zpracování

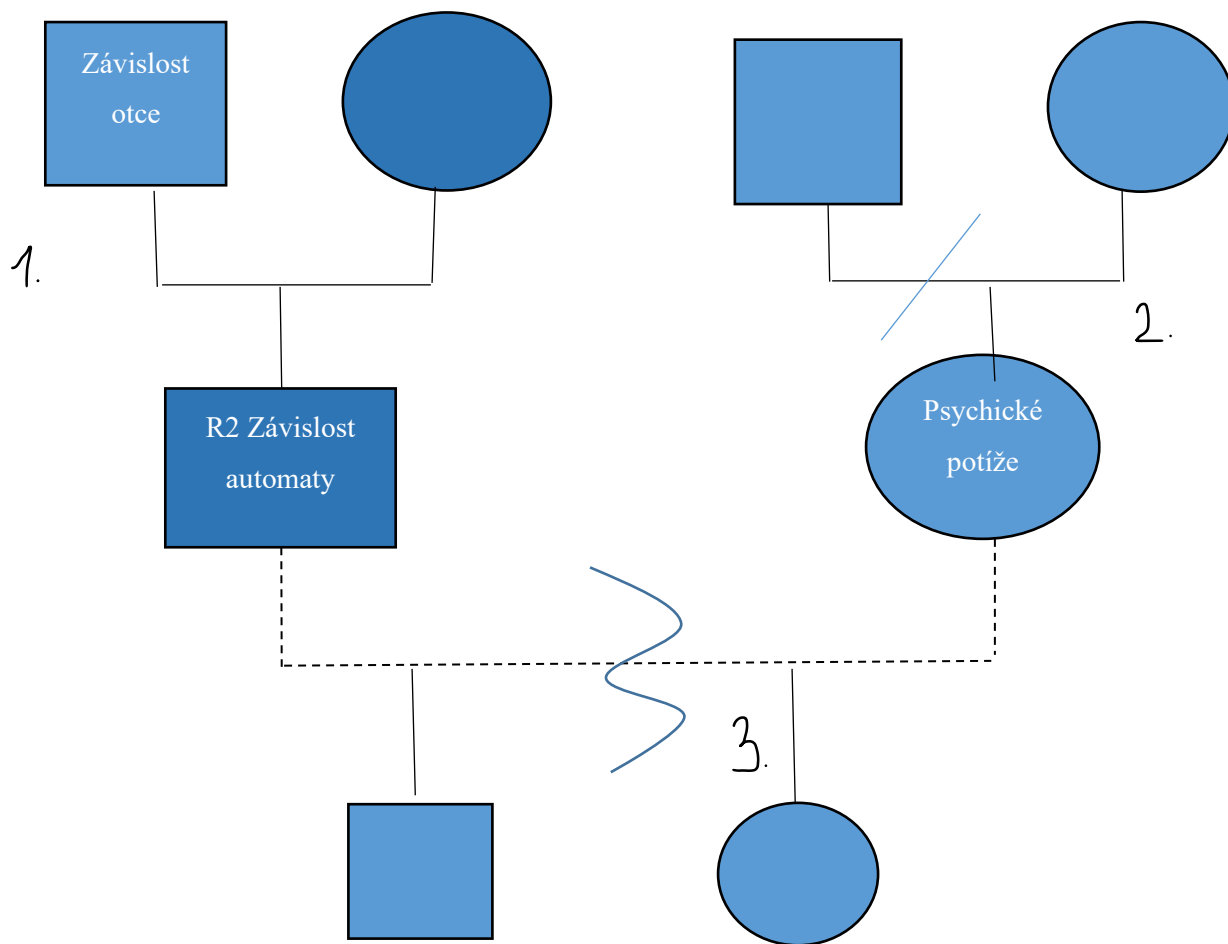
## **Respondent č. 2 – muž, věk 42 let (dále pod zkratkou R2)**

Rodinná anamnéza: R2 má mladšího bratra. Matka s otcem spolu žili jako manželé. Do svých 18 let vyrůstal s otcem i matkou, poté odešel studovat na střední stavební školu, kterou zakončil maturitní zkouškou. Poté, co odešel z rodiny, tak dosahoval studijních úspěchů na střední škole. Poté se pracoval jako zedník. Následně našel partnerský vztah, ve kterém je již přes deset let. Ve vztahu se jim narodily dvě děti, které však byly v důsledku nedostačující rodičovské péče a tíživé situace rodiny odebrány do pěstounské péče.

Sociální anamnéza: R2 pracuje na živnost v oblasti stavebnictví. V současné době řeší svou dluhovou situaci insolvenčí ve spolupráci se sociální poradnou. Dále spolupracuje se sociálně aktivizační službou pro rodiny s dětmi, která mu pomáhá udržovat kontakt s dětmi s cílem rodinu sanovat a pomoci vytvořit optimální podmínky pro to, aby se děti k rodičům mohly vrátit. Partnerka není zaměstnaná, má invalidní důchod z důvodu psychických potíží. Řeší svou dluhovou situaci insolvenčí. V současné době bydlí i s partnerkou v nájemném bytě.

Adiktologická anamnéza: R2 vyrůstal v rodině s otcem závislým na alkoholu, matka abstinovala, snažila se rodinu udržet. V 18 letech respondent odešel z rodiny, následně i jeho mladší bratr. Otec R2 se několikrát se svou závislostí na alkoholu léčil, ale nakonec jí podlehl a zemřel. Matka si pak našla partnera, který opět alkoholu propadl. R2 závislost na alkoholu nikdy neměl (pil jen příležitostně), ale ve 30 letech propadl závislosti na hracích automatech, která trvala tři roky. Z důvodu této závislosti a rodinných potíží byly respondentovi a jeho partnerce odebrány děti ve věku 7 a 10 let. V současné době potíže se závislostí na hracích automatech nemá (přes dva roky) a vyvíjí veškeré kroky k tomu, aby děti mohl mít opět ve své péči. S dětmi se pravidelně stýká a kontaktuje je.

Obrázek č. 2 Respondent R2



1. Závislost otce R2 vedla k úmrtí otce v jeho 58 letech.

2. Konfliktní soužití rodičů partnerky vedlo k jejich odloučení .

3. Konfliktní vztahy R1 a jeho partnerky a závislost na hracích automatech vedla k odebrání dětí do pěstounské péče.

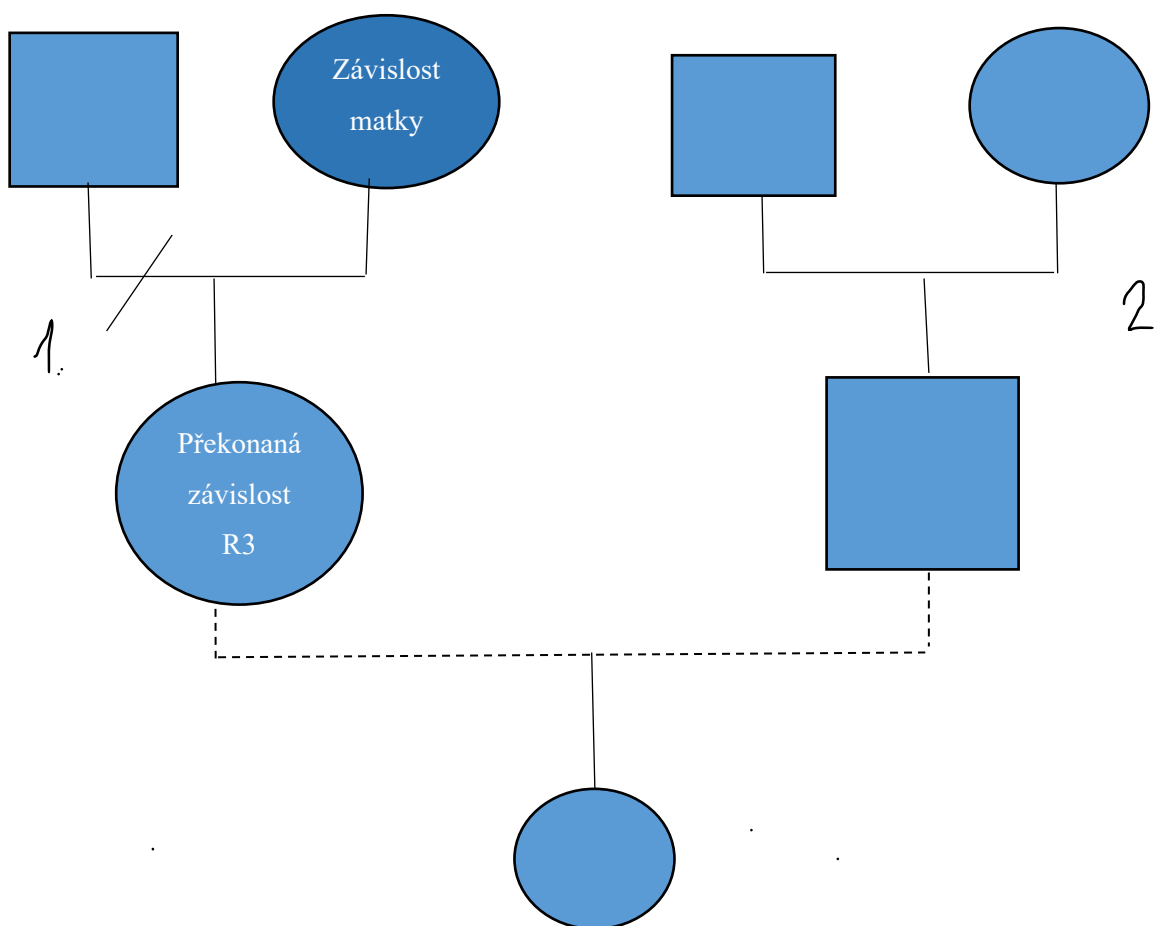
Zdroj: vlastní zpracování

### **Respondent č. 3 – žena, věk 33 let (dále pod zkratkou R3)**

Rodinná anamnéza: R3 má dva sourozence, sestra je o 9 let starší, bratr o 8 let starší. Matka s otcem spolu žili jako druh s družkou. V průběhu závislosti matky došlo k rozpadu vztahu, nyní jsou rodiče po 17 letech opět spolu. Rodinné vztahy jsou i přes deset let abstinence matky až do současnosti narušené. Se sestrou udržuje R3 minimální kontakt, s bratrem navázala vztah, ale vidí se sporadicky. S partnerem jsou spolu 8 let a mají 4,5letou dceru.

Sociální anamnéza: Respondentka po ukončení základní školy studovala střední zdravotní školu. Z důvodu nevyhovujících podmínek a alkoholové závislosti matky byla na základě rozhodnutí soudu ve věku 13 let svěřena do péče babičky. Ve věku 13–17 let měla problémy s alkoholem. Poté nějakou dobu abstinovala, a pak znovu alkoholovému problému podlehl ve věku od 21–23 let. V té době měla i dluhové problémy. Následně se svépomocí z problému dostala a zaplatila rovněž i své dlužné závazky. Někakou dobu měla nestabilní partnerské vztahy. Nakonec si našla partnera, který pochází ze stabilní rodiny. Současná rodina respondentky je ekonomicky zabezpečena, sociálně aktivní, fungující rodina. Oba partneři jsou pracující a žijí ve vlastním bytě. Respondentka se stále vzdělává v sociálně-zdravotním oboru, ve kterém rovněž pracuje.

Obrázek č. 3 Respondent R3



1. Konfliktní vztahy rodičů R3 vedly k odloučení rodičů. Alkohol matky R3 vedl ke svěření R3 do péče babičky.

2. Partner R3 pochází ze stabilního zázemí, neprošel závislostí a nevykazuje žádné psychické potíže.

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 3 Základní údaje o respondentech

	Pohlaví	Věk	Nejvýše dosažené vzdělání	Závislost v rodině	Počet dětí
R1	muž	43	Odborné učiliště – výuční list	Matka	2
R2	muž	42	Střední škola s maturitou	Otec	2
R3	žena	33	Vysoká škola, Mgr. vzdělání	Matka	1

Zdroj: vlastní výzkum

## **DVO1: Zjistit, jak respondent prožíval dětství v rodině ohrožené alkoholovou závislostí.**

### ***Kategorie č. 1: Emoční prožívání v dětství – nepříjetí, strach, pocit viny***

Ze šetření vyplývá, že se emoční prožívání v důsledku soužití s rodičem závislým na alkoholu u respondentů shodně projevuje pocity méněcennosti, nejistoty, nepříjetí, nadbytečnosti pramenících z nedostatečné pozornosti rodiče/rodičů v důsledku alkoholového problému v rodině. Rovněž v odpovědích respondentů často zaznívají emoční problémy v souvislosti s absencí vřelé rodičovské vazby doprovázené pocity nepříjetí, nepochopení, samoty, ale také nenaplnění. Jak uvádí R1: *„Úplně rané dětství bylo ještě dobré, ale čím jsem byl starší, tím jsem se cítil doma stísněněji. Často jsem se doma cítil jako nikdo, jako nějaká přehlížená věc, která je tady, a pak se musí odložit tamhle, a když jsem něco chtěl, tak mě v rodině odbyli, ať si jdu hrát a neotravuji. Pocity nepříjetí se silně projevují také ve sdělení R3: „Cítla jsem, že jsem nechtěná, to jsem pociťovala od první druhé třídy, že nejsem členem té rodiny. Ale bylo to spíše tím, že táta byl pryč a byla tam jen máma, která jako máma víc nefungovala, než fungovala. Táta mě od malička bral jako nechtěnou, ten řekl rovnou, že dal matce peníze na potrat.“* Dále uvádí: *„Nikdy jsme z matky neměla hřejivý pocit jako z mámy – nepřistupovala ke mně jako ke svému dítěti, přišla domů, jako bych tam ani nebyla.“* Emoční prožívání v dětství se projevovalo i pocity strachu, jak uvádí R2: *„Měl jsem neustále myšlenky a strach z toho, co se zase bude dít, až přijdu domů. Byl jsem nevyspalý, protože někdy otec vyváděl i do tří do rána.“* Nebo jak podobně popisuje R3: *„Často jsem trávila večery doma sama a měla jsem pocit strachu, bála jsem se, spala jsem s prosvíceným barákem celou noc, abych se tolik nebála.“* R1 k tomu uvádí jako klíčovou emoci v dětství pocity viny, které si vybavuje dodnes: *„Matka mi několikrát opakovala, že kdybych nebyl já, tak s otcem dávno není. Já jsem si to kladl za vinu. Dodnes mám z toho špatný pocit.“*

### ***Kategorie č. 2: Zanedbávané a traumatické dětství***

Z jednotlivých odpovědí respondentů zřetelně vyplývá, jak negativně prožívali dětství v rodině ohrožené alkoholovou závislostí. Častým sdělením byly jejich vzpomínky na nedostatečnou citovou vřelost rodiče, a to jak rodiče-alkoholika, tak nepijícího rodiče. U respondentů se shodně vyskytují traumatické prožitky, které si dodnes vybavují a zúzkostňují je. Shodnými znaky v odpovědích jsou deprivace psychických potřeb a zanedbávání základních bazálních potřeb na všech úrovních, které jsou potřebné pro optimální vývoj dítěte. Ze sdělení respondentů je zřetelné narušení citové vazby (attachmentu), které negativně ovlivňuje jejich

harmonický vývoj v dětství a později se odráží i v jejich vztazích v dospělosti. R3 v této souvislosti uvádí: „Co se týče té nejužší rodiny – máma, táta, brácha, ségra – tak tam jsem se cítila, na to že jsem byla nejmladší, jako odstrčená a z pohledu dneška i zanedbávaná. Protože se mi nikdo nevěnoval, nikdo si se mnou nehrál, neměla jsem tam hry s rodiči, a co se týče školy ani úkoly s rodiči, ani přípravy svačín. Zažívala jsem pocit hladu, pocit samoty, a snažila jsem se to vybírat přes kamarádky.“ A dále líčí různé traumatické a stresující prožitky, které ji provází dodnes: „Od 11 let jsem bydlela pouze s matkou, starší sourozenci odešli z domů, otec matku opustil, a tak jsem s ní zůstala sama a to začal horor. Chodila domů ve dvě opilá, házela skleničky, talíře, budila jsem ji v šest a strkala jí prsty do krku, aby alespoň trochu vystřízlivěla.“ Stresující zážitek doprovázený strachem líčí rovněž R1: „Dodnes si vzpomínám na to, jaký jsem měl strach o mámu, za kterou jsem jako dítě jezdil do nemocnice, protože měla tři vážné autonehody. Dnes nevím, zda souvisely s jejím pitím, ale měl jsem neustálý pocit strachu a obavy o její život, nikdo mě tenkrát neuklidnil. Mé dětství bylo provázeno mnoha traumaty, která mám stále nezahojená, a ovlivňují můj současný život.“ R2 své vzpomínky vypráví takto: „Sice nás otec nemlátil, ale neustále nás (matku, mě a bratra) psychicky nervoval, křičel, dělal scény, nedalo se to vydržet.“ Obzvláště traumatizující zážitek popisuje R3 takto: „Dokud byli doma bratr se sestrou, tak to ještě nějak drželo, matka se hlavně držela kvůli sestře, ale poté, co odjela, tak se o mě nikdo nestaral. Byla jsem i celý den sama, jedla jsme kompoty, zavařeniny. Děti si hrály venku a rodiče je zavolali, že musí domů, ale já jsem si klidně mohla venku hrát, jak dlouho jsem chtěla, nikoho to nezajímalo, kde jsem. Často jsem trávila večery doma sama... a měla jsem pocit strachu, bála jsem se... Co si vzpomínám, tak to udělala již v pěti letech, uspala mě, zamkla a šla do hospody a já jsem byla doma sama. Neměla mě komu dát hlídat (mohla mě dát k babičce, ale proč?), jak mě uspala, šla jsem se v noci vyčůrat a zjistila jsem, že jsem doma sama, tak jsem všude rozsvítla, opřela jsem se o vchodové dveře a řvala jsem, měla jsem tenkrát štěstí, že se táta vrátil domů... Nikdo to tenkrát neřešil, ale dodnes se bojím a zdá se mi o tom.“ Ze sdělení R3 vyplývá, že došlo k zanedbávání základních potřeb, které nepříznivě působí na celkový vývoj dítěte. Zvláště závažné potíže zanedbávání v důsledku alkoholové závislosti rodiče vyplývají ze sdělení R2, R3, které se neobešly bez zásahu úřadu s rozhodovacími pravomocemi. Jak uvádí R2: „Sociálka nás jako děti chtěla odebrat, ale máma to nedovolila. Otec pil každý den, lidi si toho všímali. Máma za nás bojovala, aby nás nevzali, říkala, že ona se stará, ale otec se nestará, on dělá problémy v rodině a ničí děti a manželku, ona si nedá děti vzít, ať odvedou jeho. Nakonec jsme zůstali



doma... “ V případě R3 se situace natolik vystupňovala, že proběhlo i soudní jednání, které vedlo k tomu, že byla nakonec svěřená do péče babičky. R3 líčí tyto vzpomínky takto: „*Návrh k soudu dala paní učitelka s paní doktorkou, učitelka zjistila, že něco není v pořádku, pak si toho všimla i doktorka, pokaždé jsem k ní na vyšetření přišla sama, když už to bylo po několikáté, tak jsem řekla, že matku nepustili z práce, ale pak ji sestřičky náhodně potkaly, jak šla opilá z nonstopu. Pak podali návrh a rozjela se celá soudní mašinérie, kdy jsem do roka byla svěřena do péče babičky, chtěla jsem být u ní. Od devíti let jsem bydlela u babičky.*“

### **Kategorie č. 3: Potíže ve škole**

Z rozhovorů s R1, R2, R3 byly v důsledku alkoholového problému v rodině zjištěny potíže ve škole a se školním prospěchem. Jak výstižně uvádí R2: „*Vzpomínám si, že jsem měl špatné známky ve škole, nedokázal jsem se soustředit. Měl jsem neustále myšlenky a strach z toho, co se zase bude dít, až přijdu domů. Byl jsem nevyspaný, protože někdy otec vyváděl i do tří do rána. Máma se s otcem hádala a já jsem neměl klid, který dítě potřebuje na vývoj, na všechno. Až pak v těch osmnácti, když jsem studoval na střední škole, tak jsem se zklidnil, šle jsem si svou cestou, byl jsem nejlepší žák ve třídě.*“ Z tvrzení R2 vyplývá, že měl potíže ve škole, které se změnily až odchodem z rodiny na střední školu. Potíže ve škole se shodují i s výpovědí R1, který uvádí: „*Měl jsem potíže ve škole a špatný prospěch, nakonec jsem byl ve druhé třídě přeřazen na speciální školu, vzpomínám si, že máma ani nebojovala o to, abych měl lepší vzdělání, doma se mi nevěnovali, jen když matka nepila. Musím ale říct, že se mi pak s přípravou do školy věnovala matka více než otec.*“ Nebo jak popisuje R3: „*Školní přípravu se mnou neřešil nikdo, musela jsem se to naučit sama, dostávala jsem pětky, nepsala úkoly.*“

### **DVO 2: Jak alkoholová závislost rodiče ovlivnila fungování a vztahy v původní rodině?**

#### **Kategorie č. 4: Narušení zdravého fungování rodiny**

Z následující kategorie můžeme vyzorovat, jak v rodině ohrožené alkoholovou závislostí dochází často k narušení zdravého fungování rodiny a s tím spojenému narušení rolí, chodu domácnosti, finančních potíží a v neposlední řadě přenesení tíhy zodpovědnosti a povinností na jednoho rodiče, v některých případech i na nejstarší dítě. Z rozhovorů s respondenty zřetelně vyplývají opakující se finanční potíže. R1 k tomu sděluje: „*Vzpomínám si, že pořád na něco nebyly peníze. I když táta pořád chodil do práce.*“ Nebo jak popisuje R2: „*Táta nevydělával peníze, máma nás živila sama, neměl dostatek peněz. Nechodil do práce,*

*protože hodně pil. Kdyby nebylo mámy, nevím, kdo by se o mě a bratra postaral a kdo by nás uživil. Dodnes mámu obdivuji za to, jak to vše zvládla.*“ Z odpovědi R3 vyplývá, že v rodině s alkoholovou závislostí došlo k narušení chodu rodiny, zejména poté, co se závislým rodičem zůstala sama, jak líčí své vzpomínky: *„Co se týče úklidu domácnosti, tak to matka zvládla, i když pila. Přišla domů opilá, ale úklid zvládla. Ale pak se to hodně zkasilo odjezdem ségry a to mi bylo asi 8 let, kdy odjela do Anglie, a brácha nastupoval na vojnu a to začaly galeje. Doma nebylo jídlo, doma se neuklízelo, nevařilo a máma nebyla doma vůbec, vysedávala někde v hospodě a přišla domů večer.*“ Rodina, která je ohrožena alkoholovým problémem, se vyznačuje také přenesenou zodpovědností za chod domácnosti na partnera, nebo nejstarší dítě v rodině, jak sděluje R1: *„Když matka popíjela, tak se o domácnost buď starala sestra, nebo nikdo. Sestra byla v té době v pubertě, bylo jí asi 12 let, a někdy v rodině přebírala roli matky. Často jsem jí i jako svou matku vnímal.*“ Nebo přenesení nadměrné zátěže na partnera jako v případě R2: *„Máma se léčila práškama, aby to zvládla, nepila, starala se o nás. Máma byla můj vzor, ten tahoun, který chodil do práce od pondělka do neděle, rok za rokem.*“

#### **Kategorie č. 5: Konfliktní soužití rodičů**

V této kategorii jsme zjistili, že se v odpovědích respondentů často objevují výrazné konflikty mezi rodiči doprovázené hádkami, křikem, ale i žárlivostí nebo fyzickým napadením, které následně ovlivňují respondenty i v jejich dospělém životě a při volbě partnera či vytváření vlastní rodiny. Například R1 v této souvislosti sděluje: *„Začalo to někdy okolo sedmi let. Do té doby to nějak fungovalo, pak se to hodně zhoršilo mezi rodiči. Rodiče se pořád hádali, táta utíkal do práce a máma měla potíže s alkoholem. Otci vadilo, že matka pije. Často jí dělal velmi žárlivé scény, které byly až chorobně žárlivé. Nejspíš to mělo souvislost s jejím pitím, často odcházela i na víkend pryč a vrátila se až v neděli večer. Myslím si, že v mé rodině bylo mnoho potíží, které alkohol podpořil. Rodiče měli zpočátku docela hezký vztah, ale čím déle byli spolu, tím více se nenáviděli. Vzpomínám si, že se hádky mezi rodiči stupňovaly, probíhaly i rvačky a máma často končila v nemocnici. Sice jsem neviděl, jak ji otec fyzicky napadl, ale slyšel jsem často, jak se hádají, a hlučné rány, třískání dveřmi. Následující den máma odjížděla do nemocnice, kde třeba strávila několik měsíců. Asi to bylo i kvůli jejím zdravotním potížím, ale nejspíš si chtěla si od táty prostě odpočinout. Myslím, že mezi rodiči byla taková nenávisť, že jsem to vnímal tak, že jsem navíc, že kdybych nebyl, tak je problém vyřešen a šli by od sebe.*“ Nebo jak sděluje R2: *„Otec psychicky mámu pořád nervoval. Neustále jsem byl svědkem křiku*

*a hádek. Hádali se i v noci, nešlo se vyspat. Viděl jsem někdy, že se mají rádi, ale hádky byly častější.“ Podobně uvádí i R3: „Doma byly časté hádky, rodiče chvíli spolu žili, chvíli nežili. Táta byl kamioňák, odjížděl na měsíc nákladákem pryč, pak s ním matka týden vydržela, pak ho vyhodila k jeho matce a našla si jiného, takže se u nás dost často střídali chlapi. Od devíti let jsem bydlela u babičky, otec koupil dům, kde žil s matkou, ale nakonec ji vyhodil, protože se to s ní nedalo vydržet, protože pila skoro každý den.“*

### **Kategorie č. 6: Alkoholová závislost rodiče aneb popírání/léčba**

V této kategorii popisují respondenti, jak vnímali a prožívali intenzitu alkoholového problému rodiče, a zároveň jakým způsobem rodič svou závislost řešil a jak k ní přistupoval, zda ji popíral, či ji aktivně řešil léčbou. R1 uvádí: *„Co si pamatuji, tak měla máma problémy s alkoholem od mých prvních vzpomínek, tak od 4 let, ona snad pila už, když byla těhotná. A pila hodně, nejdřív 3 litry vína, pak to byl tvrdý alkohol, ke konci už to bylo oboje, než jí to poškodilo organismus. Ale jakmile byla zábava, akce, tak to jelo. A pila každý den, já si jí nepamatuji střízlivou, nikdy za celý svůj život. Nevybavuji si ani jeden den, když byla střízlivá... Přes týden chodila ráno do práce, odcházela, když jsem ještě spala, a vracela se našrot, málokdy se vrátila odpoledne. Až teď vlastně, kdy téměř deset let abstnuje (příští rok to bude deset). Byla se léčit v Bohnicích tři měsíce. Občas od té doby sice má svoje výkyvy, nějaké relapsy tam občas jsou, ale není relaps jako relaps, že by do toho spadla na týden, jen příležitostně, když je nějaká akce, když jsou např. narozeniny vnučky, tak si to víno dá, ale druhý den se zase srovná do lajny. Ze začátku jsem měla obavu, ale teď už vím, že si to v té hlavě srovná a má pocit hrozby, že by vnučata neviděla, ví, že když selže, tak vlastně ty vnučata vídat nebude, ať už je to moje dítě, nebo dítě bratra či sestry...“* R3 popisuje problém s alkoholem v rodině jako tabu, o kterém se nesmělo mluvit: *„O pití se doma nemluvalo. Ani babička o tom nevěděla, o tom se nemluvalo, nesměla jsme o tom mluvit, kdybych o tom řekla, tak by byl problém. Vědělo se sice o tom, ale nemohla jsme o tom mluvit. Do 13 let se to neřešilo, a pak na popud učitelky měla máma problém se sociálkou.“* R1 vzpomíná na matčiny problémy s alkoholem takto: *„Vzpomínám si, že matka pila každý víkend, málokterý víkend se stalo, že by nepila. Často jsem ji zažil opilou i během bílého dne. A já jsem byl spíše samorost, táta byl pořád v práci, máma dost popíjela.“* A dále vypráví: *„Máma kvůli úrazu skončila v invalidním důchodu. Poté bylo její pití více intenzivní. V té době mi bylo asi devět let. Co se týče jejího problému s alkoholem, nikdy si ho pořádně neuvědomovala, neměla pocit, že by s tím něco měla dělat.“* R2 otcovu závislost popisuje takto:

*„Otec hodně pil, velmi mě to trápilo. Začal pít, když jsem byl malý, snad už od mého narození pil. Pil vše, co se dalo pít, začal pít tvrdý alkohol, pak pil vše, co se mu dostalo pod ruku, okenu, parfémy. Bylo mu to jedno. Otec se několikrát léčil, asi šestkrát byl v léčebně. Bylo to s ním jako na houpačce, chvíli byl dobrý a pak zase měl potíže. Když nepil, tak byl dobrák a měl jsem ho moc rád. Mně bylo 18 let, jak jsem odešel z domova, stejně jako bratr. A máma s ním zůstala doma sama, otec nakonec alkoholu podlehl a zemřel doma. Máma si pak našla přítele, který také bohužel pije.“* Z výpovědí respondentů vyplývá, že zatímco u R1 si matka svůj problém s alkoholem nikdy dostatečně nepřiznala, v případech R2, R3 se ho rodiče pokusili léčit, bohužel u otce R2 pokusy o léčbu skončily neúspěšně. V souladu s odbornou literaturou lze shrnout, že míra akceptovatelného pití rodiče a jeho přístup k alkoholu výrazně ovlivňuje to, jaký přístup k alkoholu bude mít dítě v dospělosti.

### **DVO 3: Jak zkušenost s alkoholovou závislostí rodiče ovlivnila dospívání a dospělý život respondenta?**

#### ***Kategorie č. 7: Existenční, partnerské a psychické potíže***

R1 svou cestu z dospívání k dospělosti popisuje jako strastiplnou. Jako hlavní důsledek nenaplněného dětství uvádí psychické i existenční potíže. *„Když mi bylo 14 let, tak od nás matka odešla k příteli a nechala mě s otcem. V té době byli už všichni sourozenci odstěhováni a měli zařízený svůj vlastní život. Bylo mi po matce smutno, hodně času jsem trávil doma sám, táta byl věčně v práci. S matkou jsme se občas stýkali, jezdil jsem za ní. Když jsem nabyl plnoletosti a vyučil jsem se, odstěhoval jsem se, pak jsem nějakou dobu byl bez domova, přespával jsem asi půl roku v autě. Chodil jsem do práce, ale neměl jsem na bydlení, rodina mi nijak nepomohla, ty vztahy byly narušené.“* R1 dále popisuje potíže v partnerských vztazích, nestabilitu partnerských vztahů: *„Vystřídal jsem několik partnerských vztahů, které byly problémové. Velmi patologický byl pro mě vztah s bývalou přítelkyní, která se chovala vůči mně agresivně. Po pěti letech vztahu jsem od ní odešel.“* Potíže se u R1 natolik vystupňovaly, že se pokusil o sebevraždu: *„Nějaký čas jsem bydlel u bratra na chatě, kde jsem se pokusil o sebevraždu, kterou jsem naštěstí díky bratrovi, který mě včas našel, přežil. Všechno mě dohnalo, těžké zkušenosti v partnerském i pracovním životě. V té době jsem už žádný vztah neměl, měl jsem problémy mít jakýkoliv opravdový vztah s lidmi, stejně jako stabilní práci, která by mě naplňovala. Po nějaké době jsem partnerský vztah našel a trvá do současnosti, ale s psychickými problémy a traumaty se pořád léčím.“* Psychické potíže popisuje i R2: *„Měl jsem a stále a mám potíže se strachem,*

*bezmocí, úzkostí, jedině, co mě drželo a drží nad vodou, je, že to nesmím vzdát, protože jsem otec dvou dětí. Ale někdy se cítím dost mizerně...*“ V případě R1, R2 je dospělost provázená psychickými potížemi, které se v případě R2 projevovaly nestabilními partnerskými vztahy doprovázené i agresivitou ze strany partnerky vůči jeho osobě a vykrystalizovaly až pokusem o sebevraždu. Rovněž jsou z výpovědí respondentů patrné existenční potíže související s bydlením a financemi, které v určité míře provází v rané dospělosti všechny naše dotazované respondenty.

### ***Kategorie č. 8: Emoční problémy v dospělosti***

Emoční potíže v dospělosti dotazovaných respondentů vykazují některé charakteristiky dospělých dětí alkoholiků (DDA) dle Woititz (1998), jak byly zmíněny v teoretické části diplomové práce. Zejména se projevují v oblasti snížené sebedůvěry, méněcennosti a nízkého sebevědomí, ostatní charakteristiky DDA naši respondenti v rozhovorech nezmínili. V této souvislosti R1 uvádí: *„V mnoha oblastech si nevěřím, mám potíže se sebevědomím hlavně v práci. Cítím se méněcenný. Nevěřím ve své schopnosti, když mě někdo pochválí, mám radost, ale věřím tomu málo. Hlavně si беру hodně citlivě k srdci kritiku.“* Nebo R2: *„Abych nevnímal problémy a tolik věci neprožíval, utíkám do práce, pracuji od nevidím do nevidím, do úplného vyčerpání. Snažím se svou práci odvádět co nejlépe a pečlivě, nesnesu kritiku. Nevěřím si...“* Z výpovědí vyplývá, že se u respondentů v dospělosti nejčastěji vyskytují snížené sebevědomí a sebedůvěra. Podobné pocity popisuje i R3: *„Neumím si říct o pomoc, neumím říkat ne, a je pravda, že se teď sesypu dosti často ze všeho, mám nízké sebevědomí a nevěřím si, dost to řeším i po nocích, kdy nemohu spát, pak z toho ani nejím, chvílemi se mi chce i zvracet. Ovlivnilo mě to hodně. A čím víc bych chtěl malé ukázat maminku jako světici, tak občas to nejde, sedím a brečím, ale neovlivním to. Mně to vlastně do života nepřineslo nic pozitivního, zvykneš si na všechny podmínky. Ale jsem teď vděčná za to, co mám.“* Z rozhovorů s našimi respondenty vyplývá nízká míra asertivního chování, která nejspíše pramení z jejich nízkého sebevědomí.

### **Kategorie č. 9: Osobní zkušenost se závislostí**

R2 a R3 popisují jako důsledek psychických potíží rozvoj samotné závislosti jako naučeného nezdravého copingového mechanismu, zvláště zřetelně se to ukazuje ve sdělení R3. Zatímco u R1 se důsledek traumatického dětství a dospívání vykrytalizoval psychickým onemocněním, tak u R1, R2 došlo k rozvoji samotné závislosti. R3 líčí proces rozvoje vlastní závislosti takto: „*S pitím jsem bojovala čtyři roky od 13 do 17 let, začínala jsem pít víno. Hodně rychle jsem dospěla, nic jiného mi nezbylo a babička byla o dvě generace starší a to vychovávání bylo úplně někde jinde... Od 15–17 to začal být velký boj, hodně jsem pila s kamarádkou. Pily jsme třeba do čtyř ráno a pak jsem šla normálně do školy a strízlivěla jsem ve škole. Nikdo si toho moc nevšiml, dobře jsem se učila. Dostala jsem se z toho tím, že jsem našla kluka, měla jsem pocit, že by to byl problém ve vztahu... Tím jsem se odklonila od party a šlo to docela rychle, ne že bych úplně abstinovala, to né, ale už to nebylo tak náročné jako ty dva roky, kdy to byl koloběh. Pak jsem ještě popíjela ve 21–23 letech. V té době jsem byla v těžké dluhové pasti a neuměla jsem to jinak řešit než tak, že jsem pila, ale pila jsem fakt každý den... Nepila jsem s mírou, kromě noční, protože jsem pracovala na směny. Pak jsem si řekla a dost, takhle nemohu žít pořád, do budoucna to takhle nejde a já bych tohle nechtěla pro svůj budoucí život. Pojdme se sebrat a tady si zaplatím ty dluhy, budu 3krát tak víc pracovat a doplatím to, a když se napiju, tak ano, ale při nějakých příležitostech, dala jsem si záklopku, protože už toho bylo fakt moc... V současné době mám vztah k alkoholu takový, že tím, že mám dceru, tak před ní nepiju vůbec, a když už, tak je to za účelem nějaké oslavy, že např. přijede nějaká návštěva a my si to víno dáme a je to oslava. Ale když jsme doma, a byla bych sebevíc v nějaké těžké fázi, tak bych si nikdy před ní nedala skleničku. I kdybych sebevíc měla nervy, byla bych utahaná, byla bych sebevíc úplně vyřízena, tak bych si před ní skleničku nedala, protože mi to přijde takové, jak řešit negativní emoce, tak se napít, což my takhle doma nemáme, my to doma máme jenom, když jsou příležitosti.*“ R2 problémy s alkoholem ve zvýšené míře nepociťoval, zato u něj naplno propukla závislost na hracích automatech, která společně i s jinými závažnými potížemi v jeho rodině později vedla až k odebrání dětí do pěstounské péče. R2 svou závislost popisuje takto: „*Měl jsem velkou závislost na automatech, která trvala asi 3–4 roky. S alkoholem jsem takové potíže neměl, ale ty automaty byly velký problém. Co se týče alkoholu, když jsem byl mladší, tak jsem to někdy přehnal, ale jinak jsem problémy neměl a pil jsem občas. Na automatech jsem začal hrát, když už jsme měli děti, děti nám byly pak odebrány, a pak jsem postupně s tím přestal. V současné době na automatech závislý nejsem, alkoholu se vyhýbám úplně.*“ R1 uvádí: „*Co se*

*týče mého vztahu k alkoholu, tak s tím nemám problém, alkohol piju jen občas a v omezené míře.“ Z výše uvedených sdělení vyplývá, že zatímco u R3 se alkoholová závislost začala projevovat v důsledku nenaplněného a traumatického dětství již v dospívání ve věku od 13 let, a poté ještě ve věku 21–23, tak v současné době má problémy s alkoholem pod kontrolou a k alkoholu zaujímá jiný postoj, než který viděla u své matky. Popisuje svou cestu ze své závislosti, která však nebyla a stále není jednoduchá, ale velkou motivací pro změnu přístupu k alkoholu jí byla dcera. U všech respondentů byly z jejich sdělení zjištěny emoční, existenční a finanční potíže, což vyplývá i z rozhovoru s dr. Váchou, který se k tomu vyjadřuje takto: „Pokud dítě vyrůstá v rodině alkoholiků, tak se dle mého názoru potýká hlavně s těžkými traumaty, nejistotou, obrovskými emocemi, násilím v rodině, **nedostatkem základních životních a lidských potřeb, tzn. intimity, lásky, bezpečí, ekonomického zajištění.** To je taková zátěž, že když si to dítě převezme a v dospělosti bude mít vztah, tak se to v něm projeví, tzn., že neumí zacházet s penězma, s intimitou, s emocemi, s blízkostí, bezpečím.“*

#### **DVO4: Jak respondentovi ovlivnila zkušenost s alkoholovou závislostí v původní rodině při vytváření jeho současné rodiny a výchově dětí?**

##### ***Kategorie č. 10: Volba partnera***

R1 si vybral partnerku, která měla potíže s alkoholem – vysokou měrou nadužívala alkohol. Poté se rozhodla svůj problém s alkoholem řešit ambulantním typem léčby a medikací, nyní dva roky abstínuje. V období jejího pití doprovázely partnerský vztah výrazné hádky a konflikty. R1 to popisuje takto: „*Myslím si, že moje dětství a rodičovská výchova mě určitě velmi ovlivnily při zakládání mé rodiny... Negativně mě ovlivnilo to, že se rodiče hádali, často se s partnerkou také hádáme. A podobně jako moje matka měla i partnerka potíže s alkoholem. Když pila, tak ztrácela hranice a pila až do opilosti. A to i v době, kdy už jsme měli děti, i přestože děti miluje. Stejně tak jako moje matka dokázala nepít vůbec a několik dní vydržela bez alkoholu, a pak pila několik dní v kuse a neřešila domácnost, péči o děti. O vše jsem se v té době musel postarat já. V současné době je naše partnerství docela harmonické, chodíme pravidelně do partnerské poradny a snažíme se problémy z minulosti a těžkého dětství řešit. I když to ne vždy je snadné a máme tendenci pak znovu naskočit na nefungující vzorce chování, které jsme viděli v naší rodině.“* V případě R1 sice nedošlo k tomu, že by si vybral partnerku se závislostí, ale našel si partnerku s duševním onemocněním a jejich partnerství je od začátku doposud provázeno častými hádkami, zraněními a nedorozuměním. Takové soužití by se, dle Nešpora

(2011), dalo nazvat patologickou rovnováhou. R2 uvádí: „*Mám pocit, že přitahuji pořád stejné energie lidí k sobě, ten určitý neklid, aby mě pořád někdo stresoval, nervoval a doma teď mám to samé. Například při volbě partnerky. Partnerka mě hodně nervuje, často se hádáme. Má duševní onemocnění, na to bere invalidní důchod. Ale sama to v dětství neměla jednoduché. Také pochází z těžkého zázemí, kde byly velké hádky, mlácení apod., nás táta nemlátil, ale zase nás psychicky týral.*“ Naopak v případě R3 došlo ke zdravé volbě partnera, který netrpí ani závislým problémem, ani žádnou jinou patologií či onemocněním, rovněž ale popisuje, že si dříve takové partnery vybírala. R3 vypovídá o svém partnerovi takto: „*Můj muž ví, co jak bylo, nějak mě poznal, přijal takovou, jaká jsem. Partner nemá problém se žádnou závislostí ani patologií, ale dříve jsem takové partnery měla. Partner je mi oporou, jsme k sobě otevření a máme fungující vztah. Občas se pohádáme, jako v každé rodině, občas něco je, ale určitě se takové konflikty jako v mé rodině neopakují. Snažíme se podporovat navzájem.*“

#### **Kategorie č. 11: Finanční problémy rodiny**

Z výpovědí R1, R2 lze vypožorovat zřetelné potíže ve finanční oblasti, problémy s hospodařením a potíže s dluhy. R3 potíže s finanční situací rodiny neuvádí, naopak zmiňuje, že jsou s partnerem finančně zajištěni. R1 uvádí: „*V současné době máme potíže s dluhy, já jsem to před čtyřmi lety vyřešil insolvenčí, která by mi měla být brzy řádně ukončena. Poslední dobou mám potíže udržet si stabilní zaměstnání. Několik let se léčím s depresemi. Nyní jsem v dlouhodobé pracovní neschopnosti a poslední rok docházím na psychoterapie. Partnerka má stabilní a dobře placené zaměstnání. Já si do budoucna chci pracovní dovednosti rozšířit o řemeslný kurz.*“ Nebo jak sděluje R2: „*Partnerka často hodně utrácí, vezme si peníze a rychle je utratí. To samé, co dělal táta, vzal peníze na alkohol a rozfofroval je a neřešil to, jestli budeme mít co jíst, jestli byl zaplacený nájem nebo nebyl, jeho to nezajímalo. Já se dřu a chodím do práce od nevidím do nevidím, partnerka má důchod a je celý den doma vzhledem k jejím potížím.*“ Naopak R3 dodává: „*S partnerem jsme finančně zajištěni a sociálně aktivní, já se stále vzdělávám.*“



### ***Kategorie č. 12: Rodičovství aneb ne/opakující se vzorce rizika přenosu závislosti***

V této kategorii následně představíme rodičovský přístup respondentů ve výchově dětí, jakož i způsoby, jak se s negativními důsledky transgeneračního přenosu alkoholové závislosti respondenti vyrovnávali a vyrovnávají. V případě R2 došlo vlivem nepříznivých rodinných podmínek k selhání rodičovských rolí a kompetencí obou partnerů a následně odebrání dětí do pěstounské péče. R2 tyto události ve zvýšené míře připisuje svému tíživému dětství. R2 líčí tyto události takto: *„Zkušenost toho, co jsem prožil v dětství, se projevila i v mé výchově, největší podíl na tom měl strach. Všechno bylo špatně, v rodině jsme měli velký chaos, zmatek ve vztahu, v penězích, v tom, jak jsme se oba s partnerkou chovali, i k sobě navzájem. Já jsem chodil do práce, někdy jsem byl doma, jak se mi chtělo, žil jsem a smýšlel jsem podobně jako partnerka. V ničem nebyl žádný řád, stejně jako v původní rodině. Chtěl jsem to držet, ale stáhla mě s sebou. Doma byla zdravým článkem máma, tak u nás pořádně vytvořený nebyl. Pak jsem oslovil pracovníci OSPODu, aby nám pomohla situaci řešit, vymyslela to, že děti budou dočasně v dětském domově, než věci dáme dohromady, ale nakonec děti byly svěřeny do pěstounské péče. V té době mě to strašně bolelo, moc mě to trápilo. Na druhou stranu teď si uvědomuji, že v tom děti nemohly být. Problémy byly např. i v tom, že jsem hrál ty automaty, také to viděly od malinka, že když jsem prohrál peníze, tak doma chyběly a byly hádky. Často jsme se před nimi s partnerkou hádali. Protože jsem hrál, partnerka nebyla stabilní, všechny problémy se nakupily, až to vedlo k tomu, že nám byly děti odebrány. Teď zpětně to vnímám tak, že to tak mělo být, aby děti měly klid.“* R1 popisuje průběh překonávání alkoholového problému své partnerky již v době, kdy měli malé děti. Ačkoliv partnerka R1 nakonec svůj problém s alkoholem dokázala překonat, přesto u R1 přetrvávají obavy, aby se predispozice k alkoholu neprojevila u dětí. Svůj příběh líčí takto: *„Moje partnerka měla potíže s alkoholem, a to i v době, kdy už jsme měli děti, i přestože naše děti miluje. V té době děti byly maličké, ale neměli jsme žádnou pomoc ani podporu zvenčí, na vše jsme byli s partnerkou od začátku sami, rodiče partnerky měli oba potíže s alkoholem. V té době jsme bydleli u nich a bylo to strašně těžké, chvíli pomáhali, ale když byli opilí, tak byl křik a hádky. Nedalo se to vydržet, chtěl jsem před tím děti i partnerku ochránit, a tak jsme se odstěhovali do bytu, který jsme si pronajali. Pak ještě nějakou dobu partnerka pila, bylo to dost těžké období, když děti viděly mámu opilou. Připomnělo mi to moje zážitky z dětství. Pila stejně tak jako moje matka, dokázala nepít vůbec a několik dní vydržela bez alkoholu a pak pila několik dní v kuse a neřešila domácnost, péči o děti. Když nepila, hezky se starala o děti i domácnost, ale když se napila, o vše jsem se v té době*

*musel postarat já. V té době jsme se hodně hádali, nedalo se to vydržet. Naštěstí se partnerka vzhopila a začala svou závislost řešit, měla obavy o děti. OSPOD do naší rodiny nezasáhl, ale kdyby to tak pokračovalo dál, nevím, jak by to dopadlo. Naštěstí partnerka motivaci k léčbě našla, ale začátky nebyly jednoduché a také trvalo asi 3 roky, než si naplno uvědomila, že potřebuje pomoc. Léčila se ambulantně. Nyní víc než dva roky abstinguje. Já nepiju vůbec, jen příležitostně, oba nechceme, aby se problémy v rodině řešily alkoholem. Mám obavy, aby se u dětí nerozvinula predispozice k alkoholové závislosti...“ R3 rodičovství a obavy z přenosu alkoholové závislosti a způsoby, jak k tomuto riziku přistupuje ve výchově dcery, popisuje takto: „Mám obavy, to určitě ano, z toho, jak vše ohledně výchovy dcery zvládneme, protože jsem neviděla doma žádný pozitivní vzor toho, jak by to mělo vypadat. Ale v naší rodině se nic neopakuje, protože jsem si rodinu založila za úplně jiných okolností. Já jsem si pořizovala dítě s tím, že já ho chci. Kdežto já jsem byla nechtěná, takže tam ty pohnutky se nemohou opakovat, protože my žijeme jiný život, než žila máma s mým tátou. Snažím se, aby dcera vyrůstala ve zdravém prostředí, ale vše nejde ovlivnit... Co se týče alkoholu v rodině, tak mám vztah k alkoholu takový, že tím, že mám dceru, tak před ní nepiju vůbec, a když už, tak je to za účelem nějaké oslavy, že např. přijede nějaká návštěva a my si to víno dáme a je to oslava. Ale když jsem doma, a byla bych sebevíc v nějaké těžké fázi, tak bych si nikdy před ní nedala skleničku. I kdybych sebevíc měla nervy, byla bych sebevíc utahaná, nebo úplně vyřízena, tak bych si před ní skleničku nedala, protože mi to přijde takové jako řešit negativní emoce, tak se napít, což my takhle doma nemáme, my to doma máme jenom, když jsou příležitosti. Ještě před tím, než se dcera narodila, než jsem byla těhotná, tak jsem věděla, že tohle v rodině nechci, že nechci, aby moje dítě trpělo, jako jsem trpěla já... U nás v rodině se to prolínalo, každá negativní věc, která se ti přihodila, tak se řešila alkoholem...“*

#### **DVO 5: Jak lze v rodině předcházet riziku TG přenosu alkoholové závislosti?**

##### ***Kategorie č. 13: Protektivní a rizikové výchovné vzorce aneb jak dělat věci jinak***

V této kategorii, která má souvislost s tazatelskou otázkou, jak respondenti mohou ve své výchově předcházet riziku alkoholové závislosti u svých dětí a s tím spojeným maladaptivním vzorcům chování, lze pozorovat shodné sdělení zejména v odpovědích R1, R3. V případě R1 se jedná zejména o podporu zájmů, školních aktivit dětí, práce na vlastních partnerských potížích a traumat z dětství, projevy přijetí a lásky vůči dětem, nevyvolávání pocitů viny u dětí, společné trávení volného času, sdělování pocitů, podpora sebedůvěry u dětí. R1 to popisuje takto: „Vím,

*že nechci dělat stejné chyby, jako dělali moji rodiče. Snažím se své děti chválit, snažím se je povzbudit, když jim něco nejde. A když se pohádám se svou partnerkou, snažím se dětem vysvětlit, že ony za to nemohou, že je to konflikt mezi mnou a mámou. Společně s partnerkou trávíme s dětmi volné chvíle, jezdíme na výlety, do přírody, podporujeme je ve školních a zájmových aktivitách a pomáháme jim se školní přípravou. Co se týče výchovy dětí, snažíme se pro ně dělat maximum, věnovat jim svůj čas a pozornost, ale chybí nám větší podpora rodiny. A poslední rok chodíme do partnerské poradny, kde se snažíme řešit současné i minulé problémy, abychom na děti nepřenášeli nezpracované zranění ze svých rodin. Říkám dětem, že je mám rád, sděluji jim své pocity.“* Jako rizikové vzorce ve výchově R1 uvádí především problém s nedostatečnou autoritou, nastolením řádu, harmonogramu, pravidel a hranic ve výchově. Jak popisuje: *„Ale nedokážu dát dětem v některých situacích řád, pravidla, někdy i potřebnou autoritu a hranice. Potíže jsou někdy i s nastavením pravidelného harmonogramu, občas nejednotná výchova a hádky s partnerkou.“* R3 uvádí podobné protektivní výchovné vzorce ve výchově jako R1 s tím, že k tomu dodává, že se společně s partnerem snaží být ve výchově jednotní, podporují otevřenou komunikaci v rodině. R3 se před dcerou snaží pojmenovat, jak se cítí, a ukazuje zdravé vzorce, jak zvládat zdravě stres (např. sportem), jak dále vyplývá z jejího sdělení. *„Ventiluji zátěž sportem a dcera ví, že např. teď jsem měla špatný týden, tak si jdu zaběhat, komunikuji s ní, pojmenovávám emoce, teď mi není dobře, teď jsem našťvaná... Mluvím s ní o tom, jak se cítím. Už když jsem měla poporodní deprese, tak jsem jí říkala, že jí miluji, ale teď si s tebou neumím poradit. Od začátku vyrůstá v otevřených emocích, říkám jí, co se děje.“* Jsme otevření, snažíme se v ní probouzet zájmy, já jsem se jako dítě nudila. Mně sice rodiče kroužky zaplatili, ale ani se nezajímali o to, zda tam chodím, jenom tu první třídu, pak už né... Nehráli jsme žádné společenské hry, nečetlo se doma, nic se nedělo. Se současným partnerem jsme to takhle měli od začátku nastavené, my jsme si o tom popovídali, když bychom rodinu, jak to vidíš vzorec té výchovy, a jak bychom své dítě vedli, ještě jsem nebyla těhotná, ale už jsme se bavili, jak to asi bude. S partnerem se snažíme být ve výchově jednotní, a dcera je pak vyklidněná.“

Riziko: *„Snažíme se jí dávat hranice, ale s tím já mám problém, a dodnes si je musím určovat... I když to vypadá, že jsem spokojená, často mě kdeco sejme a ty situace jsou stresující i před malou...“* V rozhovoru s R2 jsme zjišťovali a mapovali důvody, které mohly vést k tomu, že byly děti odebrány, a rovněž jsme zjišťovali, na jakých krocích respondent s partnerkou pracují, aby děti získali zpět do své péče. R2 to popisuje takto: *„Když nad tím přemýšlím, tak to, že nám děti byly odebrány, souviselo asi hlavně s tím, co jsem prožil v dětství,*

*a to se pak projevilo i v mé výchově, největší podíl na tom měl strach. Chci, aby se zase děti vrátily, nechtěl bych, aby se znovu opakovalo to, co prožily. Teď je to jinak, vím, co chci, jak to chci, a jdu si za tím, ustálil jsem se. S dětmi se scházíme jednou měsíčně pravidelně a snažím se vytvořit takové životní podmínky, aby u nás děti mohly přespávat a jednou se k nám vrátit natrvalo. Dělán teď vše pro to, aby se děti mohly vrátit zpátky. Mám práci, řeším dluhy, zařídil jsem bydlení v nájmu, které je i pro děti na budoucí přespávání vyhovující. Kdyby se děti vrátily, bylo by to jinak. Hlavně hodně lásky a klidu, a kdyby partnerka prosazovala své zájmy nad zájmy dětí a mě, šli bychom od sebe kvůli dětem. Vinu na tom, že nám je vzali, neseme oba. Od mámy jsem viděl systém, disciplínu, nějaký řád, ale od táty vůbec, jak jeden se snaží a druhý ne, tak to nikdy nemůže fungovat.“*

#### **Kategorie č. 14: Zdroje a absence sil a podpory**

Další kategorií, která vzešla z rozhovorů s respondenty, bylo mapování zdrojů sil a podpory, ať už formálních, či neformálních, a zároveň zjišťování jejich absence. Nejčastěji se ve svých výpovědích respondenti shodli na tom, že jim chybí zejména kvalitní vztahy v rodině a že tyto vztahy byly velmi narušeny alkoholovou závislostí rodičů v dětství. Zvláště zřetelně to zaznívá ve sděleních R1, R3. Absence nedostatečné podpory ze strany širšího okolí i rodiny může představovat určité riziko a predikaci problémů, zejména pokud rodina prožívá krizi nebo jiné nečekané a nastalé problémové situace. Rovněž může pro rodiče znamenat někdy neúměrnou zátěž, která vychází z toho, že se kromě jeden na druhého nemohou na nikoho jiného spolehnout, zdroje podpory zde chybí... R1 k tomu uvádí: „*Moc zdrojů nečerpáme, spoléháme se svou partnerkou hlavně jeden na druhého a pomáháme si. Co se týče okolí, tam moc zdrojů není, z rodiny jen minimální podpora. Zdroj síly je pro mě i partnerku víra v Boha, oba jsme věřící. Jinak chybí lepší vztahy v rodině, přátelské vztahy, jsem moc ovlivněn špatnými zkušenostmi. Pociťuji, že rodině chybí podpora prarodičů, zvláště babičky, druhá babička už nežije. Zdroj síly je pro mě i partnerku víra v Boha, oba jsme věřící. Partnerka má přátele, já ale přátele, kterým bych mohl věřit, nemám. Co se týče formální pomoci, pak navštěvujeme párového psychologa, já docházím na terapie ke klinické psycholožce a psychiatrice, obě mi pomáhají...“ R2: „*Co se týče formální pomoci, spolupracujeme s partnerkou se sociálně aktivizační službou Charity, která nás doprovází na případové konference, nebo společně plánujeme program na schůzky s dětmi. Sociální služba nám pomáhá podporovat a udržovat kontakt s dětmi a podporovat rodinu jako celek. Je moc dobře, že nám s tím někdo pomáhá, že**

*nejsme na to sami. V současné době také spolupracuji se sociální službou, která mi pomáhá s dluhy, které bych rád řešil oddlužením. Co se týče mé práce, sám se o sebe dokážu postarat, pracuji jako OSVČ, mám hodně zakázek, pracuji v kuse i o víkendech. V rodině vnímám jako podporu hlavně bratra, mámu bohužel nevidám, jsem s ní v kontaktu jen občas. Velká podpora je pro mě duchovní, víra v Boha.“ R2 jako zdroje podpory, které chybí, uvádí: „Co chybí? Pochopení partnerky v mnoha věcech, více partnerské stability. Lepší vztahy se širší rodinou. Co dělat pro to, aby se věci neopakovaly? Na to musí být oba partneři, já sám to nezvládnou.“ R3 se k mapování zdrojů sil a rizik rodiny vyjadřuje takto: „Mně osobně teď nejvíce pomáhá sport, dříve to byly knížky, hodně literatura, četla jsem hodně a poznání něčeho pořád nového a hlavně vzdělání, knížkami, a teď sportem. A ventiluji zátěž sportem. A co se týče rodiny, tak v rodině zdroje moc nejsou. Každý tu minulost vnímáme jinak, matka to pojímá v jiných sledových úsecích a rocích, s partnerem snažíme podporovat navzájem. V hlavě jsem si řekla, že musím bojovat sama za sebe, spoléhám se sama na sebe, jsme ve fázi, kdybych vyhledala psychologa. Vztahy s mými rodiči, ale i sourozenci jsou v důsledku problému s alkoholem v dětství výrazně narušeny.“ Matoušek (2014) v této souvislosti uvádí, že schopnost rodiny vychovávat děti a zvládat různé životní těžkosti výrazně ovlivňuje to, jaký vztah má rodina ke svému sociálnímu okolí, tzv. sociální síť rodiny (přátelé, známí, profesionálové pomáhající rodině). Vazba rodiny na její širší rodinu je velmi významná a působí na mnoho aspektů její prosperity.*

### ***Kategorie č. 15: Sanace rodiny***

Z kazuistik R1 a R2 bylo zjištěno, že oba respondenti v současné době spolupracují se sociální službou. V případě R1 se jedná o pomoc v oblasti dluhové problematiky. V případě R2 se jedná o spolupráci se sociálně aktivizační službou, která respondentovi poskytuje sanaci rodiny v rámci udržení vztahů s dětmi a jejich bezpečného návratu zpět domů. Sociálně aktivizační služba pro rodiny s dětmi, jak již bylo popsáno v teoretické části, může rodičům pomoci nastartovat změny k tomu, aby výchovu a péči o děti zvládli. Dr. Vácha se v rozhovoru k sanaci rodiny ohrožené závislostí vyjadřuje takto: „Je potřeba si uvědomit, že tím cílem léčby člena rodiny, který je napaden tou závislostí není abstinence, ale ta abstinence je prostředkem k tomu, aby ta rodina byla schopna nějaké sanace. Závislý člen musí skrze tu abstinenci docílit změn, kterých je potřeba docílit, což bez té abstinence nejde, ale abstinence není cílem léčby. Dříve, dle profesora Skály, byla cílem abstinence, ale v praxi je to nedodržitelné. Příklad, když 25letý muž/otec dětí pije alkohol nebo je např. na pervitinu a jeho

*cílem by měla být doživotní abstinence, tak se vystavuje cíli, který není schopen přijmout, ale už je schopen přijmout to, že skrze abstinenci může nastartovat změny, které umožní sanaci rodiny skrze jeho léčbu. Ale je to o jeho rozhodnutí. Jsou ale případy, kdy je ta patologie v rodině natolik hluboká, že není jiné východisko než dítě odebrat, neboť by dítě v rodině trpělo. Ale jak vždy říkám, že nejprve je potřeba vystřílet všechny náboje ze zásobníku, dokud tam ještě nějaký náboj je, tzn. že **pokud můžete ještě použít nějakou intervenci, tak je pro mě i z pohledu adiktologa jednoznačně primárně důležité, aby dítě v rodině zůstalo, ale v některých případech to bohužel nejde.** Někdy dochází k odebrání dítěte, když závislost má symptomy toxických psychóz, tak není možné, aby to dítě u mámy bylo, a je potřeba dítě přechodně umístit např. do dočasné přechodné pěstounské péče, existuje dočasné umístění dítěte, než se matka zaléčí.“ Z toho lze vyvozovat, že jako první je nejdůležitější, aby závislý člen dokázal svou závislost léčit, teprve pak je možné rodinu sanovat. Pokud rodina není schopna destruktivní vliv závislosti dostat pod kontrolu, pak někdy nezbyvá nic jiného než dítě před negativním působením ochránit i odebráním z rodiny. Nejprve je zapotřebí využít všechny možnosti, jak rodině pomoci.*

K úrovni a kvalitě služeb pro rodinu ohroženou alkoholovou závislostí se dr. Vácha vyjadřuje takto „*Řekl bych, že první kontakt, kde dochází ke zjištění, že dítě nějakým způsobem není opečované, zajištěné a že dochází k nějaké patologii v rodině, tak to jsou školy. Nejsem školní psycholog (odborník v této problematice), ale někdy mám pocit, že ty školy hůře komunikují a spolupracují s OSPODem, přičemž si myslím, že někdy by se dala ta problematika v rodině rozklíčovat mnohem dříve, než samo to dítě začne experimentovat s nějakými návykovými látkami, kdy už je pozdě. Ve spolupráci škol s OSPODem bych viděl prostor pro zlepšení, ale co se týče adiktologických služeb, tak když člověk opravdu chce, tak jsou dobře zasiťované i v menších městech. Myslím si, že když se klient se závislostí „vnoří“ do sítě pomáhajících profesí, tak se uchytí a může svůj problém řešit, ta síť funguje. Před 25 lety nefungovala, ale dnes určitě ano. Ještě mě k tomu napadá, že když je rodina napadena alkoholovou závislostí, tak je někdy problém, že manželka/matka, která už má dítě a v rodině je otec alkoholik, tak **problém tají a přichází s možností řešit problém velmi pozdě.** Je to velmi specifický problém, proč se tyto ženy takto chovají, nechají se týrat a jsou svědky toho, že dítě neprospívá, protože je otec alkoholik, což je velká patologie a jsou jako „zkamenělí“ a většinou to tají a přikládají si vinu. Co se týče služeb, tak je v dnešní době pro řešení závislosti pestrá nabídka, ať už se jedná o placené i neplacené služby, síť služeb je dostupná.“*



## 7. Diskuze výsledků

Cílem našeho výzkumného šetření bylo zjistit, jaká je osobní zkušenost současné generace potomků rodičů závislých na alkoholu při vytváření vlastní rodiny a jak lze v rodině předcházet riziku TG přenosu alkoholové závislosti na další generaci potomků. V následující kapitole je vyhodnoceno výzkumné šetření na základě jednotlivé dílčích výzkumných otázek v komparaci s odbornou literaturou a diskutovány výsledky ve vztahu k hlavní výzkumné otázce.

### **DVO1: Zjistit, jak respondent prožíval dětství v rodině ohrožené alkoholovou závislostí?**

Poliaková (2008 in Riesel, Kroftová, 2019) uvádí, že v rodinách ohrožených alkoholovou závislostí jednoho či obou rodičů je ohrožena funkce rodiny nejen v ekonomické, ale i socializační a výchovné oblasti. Zatímco hlavním znakem zdravé rodiny je jasná a konzistentní komunikace a schopnost otevřeného vyjádření emocí, v rodině s alkoholovým problémem převládá zhoršená komunikace, negativní emoce a znevažující postoje. Děti nepociťují kohezi rodiny a nenaplnují základní vývojové potřeby (Maslow, 1968, Erikson, 1982 in Kalina, 2008). Z výzkumného šetření se tato skutečnost potvrdila a bylo zjištěno, že dětství poznamenané alkoholovou závislostí rodiče se projevovalo u respondentů zejména emočními potížemi, které nejčastěji souvisely s nepřijetím, nedostatečnou citovou vazbou, rodičovskou vřelostí, deprivací potřeb, ale i zanedbáváním bazálních potřeb. Riesel (in Riesel, Kroftová, 2019) na základě zkušeností uvádí, že v rodině s problematikou drog a alkoholu chybí srozumitelné projevy lásky. Podobně Woititz (1998) na základě studií dokazuje, že dětem, které vyrůstají v alkoholovém prostředí, chybí základní hodnoty utvářející jejich sebehodnocení, jako je rodičovská vřelost, jasné vymezení hranic a úcta. Alkoholová závislost rodiče, ale i postoj nepijícího rodiče způsobuje nedostatek pozornosti k uspokojení potřeb dětí, které se v důsledku toho stávají „oběťmi rodinného onemocnění“. Tato skutečnost byla zjištěna i z dotazování respondentů, kteří ve svých odpovědích nejčastěji uváděli nedostatek pozornosti, vřelosti, zájmu o jejich záliby a nenaplnění jejich potřeb ze strany rodiče s alkoholovou závislostí, ale rovněž i ze strany nepijícího rodiče, jehož kompetence a povinnosti byly v důsledku závislosti partnera výrazně oslabeny nebo zatíženy. Obzvláště zřetelně to zaznívá ve výpovědích respondentů R1 a R3, kteří vyrůstali se závislou matkou. Což by se možná dalo vysvětlit v kontextu Matouška a Pazlarové (2014), kteří zdůrazňují rozdíl mezi alkoholovou závislostí u ženy a muže, přičemž



uvádí, že alkoholová závislost u ženy způsobuje větší ohrožení partnerského i rodinného života než u muže. Dalším významným zjištěním, které vyplynulo z rozhovorů s dotazovanými respondenty, byly jejich traumatické prožitky v dětství, který výrazně narušily pocit bezpečí a vazbu k rodiči. Vzpomínky na traumatické zážitky je ovlivňují dodnes. Toto tvrzení se nejvíce odráží zejména ve sdělení R1 a R3. Což je v souladu s odbornou literaturou. Problém s drogovou závislostí u rodičů má velmi negativní dopad na vytvoření si pevných citových vazeb s dětmi, které mají zásadní vliv na jejich rozvoj a výchovu (Bowlby, 1969). A jak uvádí Barnard (2011), tato vazba může být velmi narušena u dětí rodičů, jejichž problémy s drogami vedou k výkyvům jejich pozornosti, zájmu a vnímavosti. Z toho vyplývá, že děti závislých rodičů se nacházejí ve složitější situaci, protože jsou ve zvýšené míře vystaveny nepříznivým psychosociálním vlivům, které mohou podnítit jejich citlivost (predispozici) vůči širšímu spektru problémů. Takové děti vykazují větší míru depresí, obav a úzkosti v porovnání s dětmi, které vyrůstají v podobných nepříznivých podmínkách, ale jejich rodiče nemají problémy s drogami. Toto tvrzení se shoduje s výsledky výzkumu, které jsou zvláště patrné z výpovědí R1, R3, kteří ve svých odpovědích uvádí traumatické prožitky doprovázené strachem o rodiče, úzkostmi a narušením pocitu bezpečí, ale i ze sdělení R2, který popisuje strach z neznáma, z toho, co se bude dít, až přijde domů. Traumata prožitá v dětství je, dle jejich sdělení, doprovází dodnes a v určité míře se projevují ve všech oblastech života. Výzkumným šetřením byla dále zjištěna vysoká míra zanedbávání základních potřeb a důležitých životních oblastí dítěte, které se objevují a zaznívají rovněž nejvíce ve sdělení R1 a R3. V této souvislosti autoři Csémy, Nešpor a Sovinová (2001, s. 12) upozorňují na to, že děti problémově pijících rodičů jsou nositeli zvýšeného rizika, a tím představují skupinu se zvláštními potřebami edukace nebo jiných intervencí. Ze statistik vyplývá, že u dětí rodičů, kteří podleli drogové závislosti, je vyšší výskyt zanedbání, špatného zacházení a rovněž následných neúspěchů v dospělosti. Csémy, Nešpor a Sovinová (2001) dále uvádí, že problémy dětí rodičů s alkoholovou závislostí se mimo jiné odráží v **potížích ve škole**. Pro srovnání Woititz (1998) v této souvislosti zmiňuje, že problémy dětí alkoholiků ve škole se nejčastěji se projevují **nesoustředěností**, jelikož jsou jejich myšlenky plné představ a obav (jako např.: Co se bude dít, až přijdu domů?). To se opět shoduje s výsledky výzkumu – všichni respondenti ve svých odpovědích shodně uvedli, že měli potíže ve škole a zhoršený prospěch pramenící zejména z jejich nesoustředěnosti. Nejzřetelněji se toto tvrzení odráží ve sdělení R2: „*Vzpomínám si, že jsem měl špatné známky ve škole, nedokázal jsem se soustředit. Měl jsem neustále myšlenky a strach z toho, co se zase bude dít, až přijdu*

domů.“ Na základě výzkumného šetření v souladu s odbornou literaturou lze tedy shrnout, že děti vyrůstající v rodině ohrožené alkoholovou závislostí rodiče/rodičů trpí vyšší mírou zanedbávání, traumatických vzpomínek, emočními problémy, deprivací potřeb, které v určité míře a intenzitě ovlivňují jejich život dodnes.

## **DVO 2: Jak alkoholová závislost rodiče ovlivnila fungování a vztahy v původní rodině?**

Podle Woitizové (1998) nejvíce trpí ti, kteří jsou v nejbližším vztahu se závislým členem, zejména je ohrožena rodina. Na základě shodných odpovědí respondentů lze konstatovat, že alkoholová závislost rodiče výrazně narušila fungování a vztahy rodiny ve všech podstatných oblastech rodinného života. Ve sděleních respondentů se nejvíce opakují narušené a konfliktní vztahy rodičů, které jsou často zapříčiněny alkoholem. V této souvislosti Csémy, Nešpor a Sovinová (2011) uvádí, že rodinné vztahy jsou vlivem alkoholové závislosti v rodině negativně ovlivněny. Respondenti často uvádí, že nepijící rodič v reakci na alkoholovou závislost partnera buďto utíkal do zaměstnání, a pokud byl doma, tak byl alkohol partnera častým spouštěčem hádek, křiku i fyzických napadení jako v případě R1. V případě R2 vedl alkohol rodiče k neustálým konfliktním situacím, které znemožňovaly respondentovi spát a fungovat ve škole nebo se věnovat aktivitám a zájmům odpovídajícím jeho věku. Ze sdělení R3 vyplývá, že otec s matkou nedokázal vydržet a její pití dlouhodobě zvládat, často ji opouštěl, anebo zase pro změnu ona vyhazovala jeho a v době jeho nepřítomnosti střídala partnery. Respondentka trávila hodně času doma sama nezajištěná bez přítomnosti pečující osoby, jediné útočiště nacházela v babičce, která bydlela poblíž. V důsledku zanedbávání základních potřeb matkou a časté nepřítomnosti otce byla nakonec ve věku 11 let svěřena do péče babičky. Nejvýrazněji se nenaplnění základních potřeb a jejich zanedbávání projevilo v jejím sdělení takto: *„Ale pak se to hodně zkazilo ségry odjezdem a to mi bylo asi 8 let, kdy odjela do Anglie, a brácha nastupoval na vojnu a to začaly galeje. Doma nebylo jídlo, doma se neuklízelo, nevařilo a máma nebyla doma vůbec, vysedávala někde v hospodě a přišla domů večer, otec byl pryč...“* V tomto kontextu Csémy, Nešpor a Sovinová (2011) poukazují na souvislost mezi nadužíváním alkoholu a zneužíváním či zanedbáváním dětí. Problém s alkoholem u nepijícího partnera (partnerky) způsobuje méně času, emočních i materiálních zdrojů pro děti. Rovněž i Barnard (2011) upozorňuje na to, že výskyt zanedbávání a týrání je v rodinách závislých rodičů několikrát vyšší než v ostatní populaci.

Rodina s alkoholovým problémem se může vyznačovat také přenesenou zodpovědností za chod domácnosti na nejstarší dítě v rodině, jak jsme mohli spatřit v případě R1, nebo přenesením nadměrné zátěže za celý chod domácnosti na partnera, jak líčí R2: „*Máma se léčila práškama, aby to zvládla, nepila, starala se o nás. Máma byla můj vzor, ten tahoun, který chodil do práce od pondělka do neděle, rok za rokem.*“ Kromě konfliktních rodičovských vztahů a narušeného chodu domácnosti v důsledku alkoholové závislosti rodiče uvedli všichni dotazovaní respondenti finanční potíže v rodině. V této souvislosti Csémy, Nešpor, Sovinová (2001, s. 15–18) poukazují na rodinné oblasti, které jsou v důsledku problému s alkoholem zvláště ohroženy. Jedná se zejména o rodinné vztahy, rozdělení rolí, běžný chod práce, rodinné rituály, společenský život, rodinný rozpočet a komunikaci v rodině. Čím závažnější je problém s alkoholem, tím menší schopnosti a kompetence má závislá osoba plnit různé role a povinnosti jako manžel/manželka a rodič. Některé role a funkce v rodině buďto zcela chybí, nebo jsou delegovány na jiného člena rodiny, v horších případech na dítě (zejména nejstarší). Co se týče samotné závislosti rodiče, respondenti uvádí, že potíže s alkoholem u rodiče začali vnímat již ve svém raném dětství. Výstižně to popisuje R3 takto: *Co si pamatuji, tak měla máma problémy s alkoholem od mých prvních vzpomínek, tak od 4 let, ona snad pila, už když byla těhotná.*“ Csémy, Nešpor a Sovinová (2011) dokladují, že v jedné dánské studii děti uvedly, že si na problém rodičů s alkoholem pamatují od svých 4 až 5 let věku, obvykle o několik let dříve, než rodiče s nimi i spolu navzájem o tomto problému začali hovořit.

Co se týče samotného řešení problému závislosti, tak se závislost rodiče respondentů vyvíjela různě. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že v současné době jsou vztahy v rodině u všech respondentů v určité míře narušeny. U R1 vedla alkoholová závislost matky a neustálé konflikty rodičů k rozvodu. V případě R1 potíže s alkoholem matka nikdy neřešila, nevnímala ho jako problém. V případě R2 se otec s alkoholem několikrát léčil v léčebně, dokonce se snažil nějakou dobu abstinovat, bohužel nakonec své závislosti podlehl. Matka respondenta si po smrti otce našla přítele, který má také potíže s alkoholem, a sama se dlouhodobě léčí s psychikou. Z výpovědi R3 vyplývá, že její matka prošla tříměsíční léčbou v Bohnicích a nyní se téměř deset let snaží abstinovat, ačkoliv si občas alkohol příležitostně dopřeje, už s tím nemá problémy jako dříve. Velkou motivací pro ni představuje vztah s vnuky, který by jí v případě opětovného podlehnutí alkoholu byl rodinou odepřen.

**DVO 3: Jak zkušenost s alkoholovou závislostí rodiče ovlivnila dospívání a dospělý život respondenta?**

Respondenti R1, R2, R3 jako nejčastější problémy v dospívání a dospělosti uvádí psychické, emoční a existenční potíže, které se v určité míře projeví u všech. V souladu s tím Preslová (2014) uvádí, že děti závislých rodičů trpí především nestabilním prostředím, menším zájmem a proměnlivými náladami rodičů. Pokud dítě v takové rodině vyrůstá, pak podvědomě od rodičů přebírá model, jak v životě zvládat potíže, prohry, těžkosti, a podobně. V dospělosti bude mít tendenci takové chování zopakovat, protože nic jiného v rodině nezažilo. Tato skutečnost je patrná zejména z rozhovorů s R1 a R2, u kterých v dospělosti převládají psychické a existenční potíže jako odezva averzních zkušeností z dětství dodnes. U respondentů R2, R3 se potíže projeví vlastní zkušeností se závislostí, která u R3 propukla již ve 13 letech. V této souvislosti (Kuklová in Pešek, 2018, s. 32) zdůrazňuje, že u dětí z rodin alkoholiků je čtyřikrát větší riziko vzniku závislosti na alkoholu a jiných drogách než u dětí rodičů, kteří neměli problém s alkoholem. Podobně i Woititz (1998) uvádí, že děti, které vyrůstaly v rodině alkoholiků, mají vyšší riziko, že samy budou mít v dospělosti potíže s alkoholem. V případě 2, R3 lze z rozhovorů vyzorovat, že závislost otce i matky byla obzvláště silná, zatímco u R1 se jednalo spíše o pití problémového a nárazového rázu, kdy matka spíše neplnila roli matky z jiných důvodů než tím, že nadužívala alkohol. V této souvislosti Riesel (in Riesel, Kroftová, 2019) uvádí, že rodiče závislí na alkoholu mají negativní vliv na své děti, neboť vliv alkoholu narušuje jejich rodičovské kompetence v mnoha oblastech. Pokud je závislým na alkoholu otec, nemá syn adekvátní pozitivní mužský vzor v rodině a u dcery se mohou v dospělosti vyskytnout potíže v oblasti navazování intimních partnerských vztahů v důsledku negativních zkušeností s otcem. Když se syn s modelem závislého otce ztotožní, může to vést k nápodobě otce a k vlastnímu rozvoji závislosti v adolescenci nebo dospívání, podobně k tomu dochází i u dcer závislé matky. Na základě tohoto tvrzení lze říci, že se tato skutečnost do jisté míry potvrdila u R2 rozvojem vlastní závislosti na automatech, neboť odmalička postrádal zdravý mužský vzor ve svém otci, který naplno podlehl své alkoholové závislosti. Rovněž tuto skutečnost lze potvrdit v případě R3, která vlivem traumatického dětství a soužití s matkou závislou na alkoholu nakonec sama propadla alkoholové závislosti již jako dospívající dítě.

V souvislosti s příběhem R3, u níž propukla závislost již v tak mladém věku a následně díky své motivaci a osobní síle dokázala svou závislost řešit a vyřešit, lze usuzovat, že příčinu její závislosti může nalézt zejména v jejím traumatickém dětství, kterému chybělo naplnění základních lidských potřeb lásky a přijetí. V této souvislosti hovoří Ruppert (2008) o traumatu vazby, které znamená, že došlo k traumatizaci základní psychické potřeby dítěte ve vztahu

k matce či jiné primární pečující osobě. Traumatizace této základní a původní potřeby dítěte významně ovlivňuje jeho celkový vývoj osobnosti. Následek traumatické vazby může vést ke konzumaci drog jako určitému způsobu úniku a rychlé úlevě od traumatizující události. Podobnou souvislost mezi závislostí a traumatem popisuje Pešek (2018, s. 32–33), který uvádí, že k závislosti na alkoholu může jedinec více inklinovat, pokud byl sám v dětství traumatizován. Trauma u dětí způsobí silné emoce, které pravděpodobně vytěsnily a začaly se znovu objevovat v dospívání nebo dospělosti následkem dlouhotrvající stresové zátěže. Alkohol zde plní kompenzační roli za pocity, které dotyčný v dětství či dospívání postrádal, nebo má „*rozpustit vytěsněné emoce, které v minulosti dotyčného zranily a nyní se opakovaně vynořují*“.

Emoční potíže se vyskytují v odpovědích všech dotazovaných respondentů a nejčastěji se projevují: sníženou sebedůvěrou, nízkým sebevědomím, potížemi s přijetím kritiky. Ačkoliv jsou všichni dotazovaní jedinci inteligentní a schopní v práci či řemesle, tak si v důsledku toho, co prožili v dětství, nedůvěřují. Obzvláště citlivě a výstižně to popisuje R3: „*Mně to vlastně do života nepřineslo nic pozitivního, zvykneš si na všechny podmínky. A jsem teď vděčná za to, co mám. Doma nebyla žádná motivace, slyšela jsem často, z tebe nic nebude, ty budeš tamhle krmička prasat, když jsem třeba přinesla na vysvědčení trojku. Čím více jdeš nahoru, nahoru se svým vzděláním, tak tím více se rozvíjíš, ale ty jdeš s tím nízkým sebevědomím, a pak stačí, aby se někdo na mě ohradil, a já se sesypávám a řeším to třeba i týden...*“ Sdělení R3 je v souladu s tím, co uvádí Woititz (1998), která na základě vlastního průzkumu dochází ke zjištění, že věk sledovaného dítěte není určující pro vytváření **sebehodnocení**, pokud nedojde k určitému zásahu. Proto je velmi důležité zaměřit pozornost na pomoc dospělým dětem alkoholiků.

V případě R1 se sice neprojevil žádný rozvoj alkoholové ani jiné závislosti, ale zkušenosti, které v dětství a dospívání prožil, výrazně přispěly k rozvoji psychického onemocnění, s nímž se už desátým rokem léčí. V této souvislosti (Riesel, Kroftová, 2019) uvádí, že skutečnost toho, že dítě vyrůstá v alkoholické rodině, ještě nemusí nutně znamenat, že se u něj **rozvine závislost, ale jedná se o významnou predispozici tohoto rozvoje nebo vzniku jiného anomálního či patologického rozvoje osobnosti.**

Z šetření rozhovorů dotazovaných respondentů lze v souladu s Woititz (1998) konstatovat, že rodinné prostředí je pro děti **bazálním zdrojem** k vytvoření vzorců v přístupu k alkoholu, tzn. co v dospělosti budou považovat za akceptovatelné pití. Děti často opakují vzory svých rodičů, což ale nemusí platit ve všech případech. Někteří dospělí, ač vyrůstali v alkoholovém prostředí, konzumují alkohol v omezené míře nebo ho nekonzumují vůbec.

U mnoha případů dětí rodičů alkoholiků bylo zjištěno, že u nich často přetrvávají emoční i další problémy až do dospělosti, což bylo naším výzkumem potvrzeno. Častým zjištěním je to, že děti rodičů alkoholiků měly později v životě potíže při vytváření a udržování partnerských vztahů. Nejvýznamnějším zjištěním bylo, že hlavním prediktorem psychických problémů v časném dětství nebylo to, že měly jednoho, nebo dokonce oba rodiče alkoholiky, ale disharmonické podmínky v rodině.

Z výpovědí respondentů není zcela evidentní, zda potíže v dospělosti jsou zapříčiněny nenaplněným a traumatickým dětstvím v důsledku absence vřelého citového vztahu s rodičem, nebo samotnou závislostí rodiče. V souladu s odbornou literaturou je pak zcela klíčové to, jak se dospělý člověk ke svému problému postaví. A jak v této souvislosti Woititz (1998) zdůrazňuje, že dospělý člověk, který nepracuje na svém vývoji a změně, zůstává fixován na své rodiče nebo na partnera. Ve svém zaměstnání reaguje jako dříve ve škole, prožívá pocity izolace i v přítomnosti druhých a má strach umožnit jim, aby jej blíže poznali. V tomto případě se zvyšuje riziko, že se takový dospělý sám stane alkoholikem, bude mít partnera alkoholika, nebo nastanou oba případy. To může vést k tomu, že se začarovaný kruh znovu opakuje.

#### **DVO 4: Jak alkoholová závislost rodiče ovlivnila respondenta při vytváření jeho současné rodiny a při výchově dětí?**

Matoušek a Pazlarová (2014) uvádí, že velkým ohrožením pro děti závislých rodičů je *tzv. transgenerační přenos závislosti*, který znamená, že pokud dítě vyrůstalo v prostředí alespoň jednoho závislého rodiče, má větší pravděpodobnost, že buď se samo stane závislou osobou, nebo si vybere životního partnera se závislostí. Problém se přenáší do další generace a podílí se na genetických i negenetických faktorech. V případě R1, R2, R3 se tato zkušenost do jisté míry potvrdila. V případě R1, R2 nalézáme podobné vzorce, a sice: R1 vyrůstal s matkou závislou na alkoholu, v dospělosti se následkem těžkých situací a traumatu u něj rozvinulo duševní onemocnění, za partnerku si vybral ženu, která nadužívala alkohol, což následně řešila ambulantní léčbou. V případě R2 se jedná o podobný vzorec s jinou dynamikou, R2 vyrůstal se závislým otcem, následně sám byl závislý na hracích automatech a našel si partnerku, která trpí duševním onemocněním. V případě R2 došlo k volbě partnera, který netrpí závislostí ani jinou patologií. Zatímco ale v případě R1 se rodiče přes krize dokázali přenést a rodinu svými vlastními silami sanovat, v případě R2 se toto nepodařilo a děti jim byly odebrány. R2 spolu s partnerkou již druhým rokem spolupracují se sociálně-aktivizační službou pro rodiny s dětmi,

kteřá jim napomáhá udržovat a posilovat kontakty s dětmi, a pracují na tom, aby se k nim jednou děti mohly navrátit. V souladu s příběhem R2 Winnette (2019, s. 136) uvádí, že pokud je prožívání dospělého v souvislosti s jeho blízkými vztahy vyřešené a nezpůsobuje mu stres, tak je sám citlivějším rodičem a svému dítěti nabízí dostatek bezpečí, podpory a ochrany. Pokud u dospělého dojde v dětství k narušení citové vazby (attechmentu) a jeho rané vzpomínky z dětství jsou úzkostné, stresující, posttraumatické, stává se často rodičem, který není schopen dítě adekvátně ochránit a podpořit. Shrneme-li výsledy šetření, jak závislost rodiče ovlivnila respondenta při vytváření jeho současné rodiny a výchově dětí, lze konstatovat, že ovlivnila všechny respondenty zejména v rodičovské roli. Což je patrné zejména z příběhu R3, kdy došlo z důvodu nezvládnutí rodičovských rolí k odebrání dětí do pěstounské péče. Nutno sdělit, že alkoholová závislost rodiče respondenta na to nemusela mít přímý vliv, ale v důsledku nezdravých vzorců v rodině mohla vést k volbě partnerky a samotné závislosti respondenta. Rovněž v případě R1 došlo k dočasnému narušení rodičovských kompetencí v době, kdy měla partnerka potíže s alkoholem. Situace v rodině se pak výrazně zlepšila tím, že partnerka svůj problém s alkoholem začala léčit. V současné době oba intenzivně pracují na svých problémech. A jak uvádí Csémy, Nešpor a Sovinová (2021), riziko negativního působení na dítě se rovněž snižuje, pokud druhý (nepijící) partner/ka je schopna/schopen poskytnout podpůrné a stabilní zázemí. Z rozhovoru s dr. Váchou vyplynulo, že pokud si dítě alkoholika najde partnera, který vyrůstal v optimálním prostředí, tak hodnoty může předávat dál, což je v případě obou rodičů alkoholiků mnohem složitější. Výstižně to uvádí R2 takto: *„Dělám teď vše pro to, aby se děti mohly vrátit zpátky. ... Kdyby se děti vrátily, bylo by to jinak. Hlavně hodně lásky a klidu, a kdyby partnerka prosazovala své zájmy nad zájmy dětí a mě, šli bychom od sebe kvůli dětem. Vinu na tom, že nám je vzali, neseme oba. Od mámy jsem viděl systém, disciplínu, nějaký řád, ale od táty vůbec, jak jeden se snaží a druhý ne, tak to nikdy nemůže fungovat.“* V případě R3 je riziko přenosu závislosti nižší zejména z důvodu stabilního partnera. Z toho lze vyvozovat, že pro optimální fungování rodiny je velmi důležité, aby alespoň jeden partner byl fungující a stabilní, což tak nebylo v době, kdy R3 byly odebrány děti.

#### **DVO 5: Jak lze v rodině předcházet riziku TG přenosu alkoholové závislosti?**

Nešpor (2011) uvádí, že se rodina může přímo či nepřímo podílet na vzniku a rozvoji závislosti u dětí. Rovněž může předcházet vzniku závislosti a na dítě působit ochrannými (protektivními) činiteli, které riziko závislosti snižují. Přehled protektivních a rizikových

faktorů jsme popsali v teoretické části v kapitole 3.6. Autoři Csémy, Nešpor a Sovinová (2001) dále zdůrazňují, že pro přerušení cyklu problémového pití u dětí v jejich vlastní dospělosti je významným faktorem naplňování rituálů, plánování a realizování společných aktivit a vytvoření podpůrného prostředí v rodině. S ohledem na přítomnost či nepřítomnost uvedených faktorů lze lépe pochopit, proč některé rodiny ohrožené alkoholovou závislostí přenáší problémy na další generaci, zatímco u jiných se cyklus přerušuje. Protektivní faktory ve výchově se ve sdělení R3 objevují zejména v souvislosti podporou aktivit a zájmů u dítěte, otevřenou komunikací a zdravou ventilací v rodině. R3 to uvádí takto: „*Ventiluji zátěž sportem a dcera ví, že např. teď jsem měla špatný týden, tak si jdu zaběhat, komunikuji s ní, pojmenovávám emoce, teď mi není dobře, teď jsem naštvaná... Mluvím s ní o tom, jak se cítím. Už když jsem měla poporodní deprese, tak jsem jí říkala, že ji miluji... Od začátku vyrůstá v otevřených emocích, říkám jí, co se děje. Jsme otevření, snažíme se v ní probouzet zájmy...*“ A rovněž se protektivní faktory objevují ve sdělení R1, který uvádí, že společně s partnerkou tráví s dětmi volné chvíle, jezdí na výlety, do přírody a podporují je ve školních a zájmových aktivitách a věnují jim svůj čas a pozornost. Z výpovědí všech našich respondentů bylo shodně zjištěno, že zdroje podpory, které chybí a mohou vést k riziku přenosu, jsou zejména narušené mezigenerační vztahy v rodině. Neboť, jak uvádí Nešpor (2011), jedním z protektivních vzorců ve výchově jsou kvalitní mezigenerační vztahy a dobrá spolupráce mezi generacemi. Z rozhovorů s respondenty bylo dále zjištěno, že v důsledku alkoholové závislosti rodiče byly a jsou vztahy všech dotazovaných s jejich původní rodinou výrazně narušené. Evidentně to vyplývá z mapování zdrojů současné rodiny respondentů, zejména v případě R1 a R3, kteří výslovně uvádí, že podporu v rodině nemají a partneři se spoléhají hlavně jeden na druhého. Což v budoucnu může vést k riziku v případě, že je rodina oslabena nějakou krizí a nemůže čerpat ze svých vlastních zdrojů sil. V této souvislosti Matoušek (2014) uvádí, že schopnost rodiny vychovávat děti a zvládat různé životní těžkosti výrazně ovlivňuje to, jaký vztah má rodina ke svému sociálnímu okolí, tzv. sociální síť rodiny (přátelé, známí, profesionálové pomáhající rodině). Vazba rodiny na její širší rodinu je velmi významná a působí na mnoho aspektů její prosperity. V případě R2 převládly ve výchově rizikové faktory, které následně vedly k odebrání dětí z rodiny. Ze sdělení R2 vyplývá, že si v současnosti tyto souvislosti uvědomuje a s pomocí sociální služby dělá všechny kroky pro to, aby pro své děti byl fungujícím otcem. Ač se nedá zpětně vzít to, co už nyní dětem odloučení od rodičů způsobilo, přesto mohou rodiče maximálně usilovat o to, aby své děti učinili šťastnějšími v jejich přítomném a budoucím životě. Ze sdělení R1, R3 lze vypožorovat určitou



hřejivou emoci, s jakou o svých dětech mluví a ze které je znát, že své děti milují. Jak v případě R3, která kvůli své dceři přehodnotila celý systém hodnot, změnila přístup k alkoholu a nejvíce svého času tráví s ní, tak v případě rodiny R1, který společně se svou partnerkou dochází do partnerské poradny, aby léčili své traumata z dětství a sami mohli být lepšími rodiči. V případě R1 a R3 lze v souladu s odbornou literaturou uvést, že dalším významným faktorem, který snižuje riziko přenosu, je semknutí rodiče a dětí, známé jako „plánování“ (planning) nebo „uvážlivost“ (Velleman: Resilient and Un-Resilient Transitions to Adulthood: The Children of Problem Drinking Parents. In Alcohol Problems in the Family. IAS Conference Report, 1995). Dle autora se uvážlivost projevuje rozhodnutím při zakládání vlastní rodiny, a to uvědoměným plánováním, jak se ztotožnit či odlišit od jeho/její původní rodiny. Pokud rodina nedovede nastartovat svou sebeúdravnou funkci (nedokáže rozvinout dostatek protektivních faktorů, aby ochránila své děti před rizikem přenosu alkoholové závislosti, nebo je sama v důsledku krize či nedostatku zdrojů sil vulnerabilní), lze rodině v obecné rovině pomoci prostřednictvím sanace rodiny za pomoci sociální služby v úzké spolupráci s dalšími odborníky. V této souvislosti (Hurová, 2016) uvádí, že do **sanace rodiny jsou doporučovány takové rodiny, které samy často nesou po generace neřešená břemena svých osudů**. Proto je velmi přínosné, pokud se najde takový způsob podpory všech členů rodiny, aby byli schopni postupně své těžkosti odkládat. V rámci sociální prevence pomáhá sanace rodiny nejčastěji s posilováním rodičovských schopností a dovedností. Dále podporuje motivaci rodičů zejména v oblasti uplatňování rodičovských kompetencí, řešení vztahových a výchovných problémů v rodinách. Sanace rodiny, tak může pomoci rodině, kde je např. rodič ohrožen tím, že vyrůstal v prostředí závislého rodiče, v současné rodině se závislost neopakuje, ale protože ve své rodině sám nezažil zdravé výchovné vzorce, tak nemá osvojeny kompetence a dovednosti pro výchovu vlastních dětí, a tím selhává ve své rodičovské roli. V takovém případě lze rodině pomoci osvojit nebo posílit rodičovské kompetence v rámci preventivních sociálních služeb: například sociálně aktivizační službou pro rodiny s dětmi, která rodinu sanuje v praktických oblastech života v rozsahu úkonu dle paragrafu 30 vyhlášky č. 505/2006 Sb., nebo při práci dětmi v rámci nízkoprahových služeb pro rodiny s dětmi v rozsahu úkonů dle paragrafu 27 vyhlášky č. 505/2006 Sb., ale i v rámci psychoterapeutické práce s dospělými dětmi alkoholiků, při které lépe mohou zpracovat svá traumata z dětství. Z rozhovoru s dr. Váchou bylo zjištěno, že k tomu, aby sanace rodiny vůbec mohla být zahájena, je zapotřebí, aby závislý člen rodiny podstoupil

léčbu. V takovém případě lze v rámci sociální práce pracovat se závislým členem na motivaci k léčbě, kterou jsme popisovali ve čtvrté kapitole teoretické části.

### **HVO: Jaká je osobní zkušenost současné generace potomků rodičů závislých na alkoholu při vytváření vlastní rodiny a jak lze v rodině předcházet riziku transgeneračního přenosu alkoholové závislosti na další generaci potomků?**

Shrneme-li výzkumné šetření, lze dospět k závěru, že osobní zkušenost s alkoholovou závislostí rodiče ovlivnila naše respondenty výrazně ve všech oblastech. Z rozhovorů zřetelně vychází najevo, že v jejich dětství došlo k narušení optimálního vývoje, traumatickým zkušenostem, zanedbávání základních potřeb a narušení bazálního pocitu bezpečí a jistoty v důsledku závislosti rodiče. Zvláště patrné je to u respondentů R1 a R3, kteří vyrůstali se závislou matkou. Jak uvádí Matoušek a Pazlarová (2016), alkoholová závislost výrazně narušuje psychický, fyzický i sociální vývoj dítěte, přičemž nepříznivý vliv na dítě má především závislost matky. Rodiče pod vlivem alkoholu často opomíjejí potřeby dětí, jejich chování vůči dítěti se projevuje různými formami a stupni zanedbání v oblasti základních životních potřeb. Rovněž všichni respondenti shodně sdělovali, že prožili dětství v konfliktním soužití rodičů a nestabilním zázemí, jež mělo vliv i na jejich partnerské vztahy v dospělosti. Tato skutečnost má oporu v odborné literatuře, neboť jak uvádí Matoušek a Pazlarová (2016), závislost na alkoholu v rodině narušuje dvě základní role, roli rodičovskou a partnerskou. Tyto role závislá osoba zvládá kolísavě, nebo je nezvládá vůbec a selhává. Závislost ohrožuje partnerský vztah a může vzniknout i u partnera, který původně závislý nebyl, závislost u partnera toleroval, nebo se ho snažil před ní ochránit. V dětství našich respondentů byl závislý jen jeden rodič, druhý jí nepodleh, ale závislost svého partnera velmi těžce snášel, což se potvrdilo u všech respondentů (v případě závislé matky u R1 a R3 otcové utíkali do zaměstnání, často nebyli doma až nakonec došlo k úplnému rozpadu jejich vztahu). V případě R2 sice matka se závislým otcem zůstala, aby rodinu udržela, ale na úkor vlastního zdraví. Respondenti také shodně vypověděli, že osobní zkušenost s alkoholovou závislostí měla negativní dopad na jejich dospívání a dospělost, kde v různé míře způsobila potíže v oblasti navázání intimních partnerských vztahů (projevující se nestabilitou), existenční potíže (projevující se finančními problémy, dluhy, bytovou problematikou), tak v případě R2, R3 rozvojem vlastní závislosti a v případě R1 rozvojem duševních potíží. Hlavním vědecko-výzkumným problémem bylo popsat transgenerační přenos alkoholové rodinné závislosti. V našem případě se do určité míry potvrdil

přímý transgenerační přenos rozvojem vlastní závislosti v případě R3 v souladu s tím, jak uvádí Krystal et al. (1998, in Preiss, 2019), že při přímém přenosu se dítě od rodiče učí narušené způsoby myšlení a chování. V případě R3 se projevil ve formě nezdravého copingového vzorce následkem naučeného chování v rodině, který se však R3 ještě před narozením její dcery podařilo zastavit a nahradit zdravými způsoby zvládnání stresu. Jak sděluje: *„Ještě předtím, než se dcera narodila, než jsem byla těhotná, tak jsem věděla, že tohle v rodině nechci, že nechci, aby moje dítě trpělo, jako jsem trpěla já... U nás v rodině se to prolínalo, každá negativní věc, která se ti přihodila, tak se řešila alkoholem. I když na babičku vzpomínám hezky, tak s tím měla také problém, pila třeba týden v kuse, bylo to hrozné, a pak byl klid, byla takový ten kvartální alkoholik...“* U R2 došlo k rozvoji přenesené závislosti na hracích automatech a to již v době, kdy měl se svou partnerkou děti. V současné době oba respondenti se závislostí potíže nemají, ale zkušenost se závislostí rodiče i s jejich vlastní pro ně představují zdroj obav do budoucna. Co se týče osobní zkušenosti respondentů s vytvářením vlastní rodiny a výchovou vlastních dětí, tak lze na základě rozhovorů dospět k tomu, že to významně ovlivnilo všechny tři respondenty. Což se v případě R2 projevilo fatálním způsobem, neboť mu v důsledku partnerských potíží a nevhodné rodinné výchovy byly děti odebrány. V současné době s dětmi kontakt udržuje a rodině je poskytnuta sanace rodiny v rámci udržování vazeb s rodiči. V této souvislosti Tóthová (2011) uvádí, že pokud rodina nedisponuje vlastními zdroji sil, může se navázat na trhliny rodinného zvládnání v minulosti. V tomto případě se emoční systém nukleární rodiny může napojit na emoční systém zranitelnější původní rodiny, a tím přenášet jeho nevyřešené problémy, které se dál podílejí na udržení či opakování určitého problému i v rámci nové generace. Ze sdělení R1 a R3 lze vyvozovat, že došlo k posílení protektivních faktorů ve výchově na základě vlastního úsilí a uvědomění transgenerační zátěže, a tím k odklonění od nezdravých vzorců původní rodiny. Lze tedy shrnout, že transgeneračnímu přenosu alkoholové závislosti můžeme v rodině předcházet zdravými vzorci ve výchově a uvědoměným a zodpovědným přístupem rodičů k dětem a kohezí rodiny.

## Závěr

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak transgenerační přenos alkoholové závislosti v rodině ovlivňuje dospělé děti alkoholiků v jejich životě, při zakládání vlastní rodiny a výchově dětí a jak lze v rodině předcházet riziku transgeneračního přenosu. Z výzkumného šetření jsme zjistili, že děti, které vyrůstaly v alkoholovém prostředí, jsou v dospělém životě poznamenány ve všech oblastech svého života, a tím nevyjímaje ani oblast péče o děti. Naopak bylo na základě analýzy rozhovorů zjištěno, že ve výchově dětí respondenti obzvláště citlivě vnímají negativní dopad této zkušenosti, která se nejvíce projevuje v oblasti obav a nejistoty z toho, zda své děti vychovávají správně. Nejvíce se to projevuje v rovině křehkých rodičovských kompetencí, které se naši respondenti učí takzvaně za pochodu, neboť si ve své původní rodině neosvojili zdravé vzorce toho, jak taková výchova má správně vypadat. Co se týče samotného transgeneračního přenosu závislosti, tak byl potvrzen u dvou respondentů, kdy se závislost rodiče, jako nezdravá forma naučeného vzorce chování, projevila samotnou závislostí respondenta. Pro lepší zmapování by bylo zapotřebí většího počtu respondentů.

Všichni respondenti se shodli na tom, že i po letech jsou jejich vztahy s původní rodinou v důsledku alkoholové závislosti výrazně narušeny, což spatřují jako určitý zdroj rizika zejména při absenci podpory a kvalitních mezigeneračních vztahů.

Dalším cílem diplomové práce bylo na základě výzkumného šetření zjistit, jak lze v rodině předcházet transgeneračnímu přenosu alkoholové závislosti. Bylo zjištěno, že v rámci sanace rodiny lze rodičům pomoci posílením rodičovských kompetencí, schopností a dovedností, tak by došlo k eliminaci transgeneračního přenosu samotné alkoholové závislosti nebo nežádoucích vlivů na dítě. Významný preventivní vliv, který eliminuje riziko alkoholové závislosti u potomků dospělých dětí alkoholiků, mají protektivní faktory při výchově dětí.

Autoři Csémy, Nešpor a Sovinová (2001) uvádí, že problémové pití alkoholu v rámci EU postihuje miliony rodin, dětí a dospělých a působí tak větší škody než problémy spojené s nezákonnými drogami. Autoři uvádí, že jedním z konkrétních zjištěných problémů je, že služby specializované na léčbu alkoholové závislosti nemusí být připraveny a vybaveny k řešení rodinných aspektů problému. Na druhou stranu služby péče o rodinu nemusí být připraveny a vybaveny k řešení problémů souvisejících s alkoholem. S tím souvisí i nedostatečná spolupráce mezi organizacemi služeb lidem zabývajícím se alkoholovou závislostí a organizacemi, které pomáhají rodinám. Při mapování dostupných sociálních služeb v souladu

s odbornou literaturou bylo zjištěno, že v současné době se situace v České republice výrazně zlepšila. Jako hlavní problém v oblasti práce s rodinou ohroženou alkoholovou závislostí, lze vnímat nedostatek finančně dostupných programů a služeb pro dospělé děti alkoholiků a jejich děti, a větší osvětu v oblasti transgenerační problematiky rodinné alkoholové závislosti se zřetelem k sanaci rodiny.

Jako limity výzkumného šetření vnímám počet respondentů, jelikož se výsledky šetření nedají zobecnit na celou populaci. Na druhou stranu, nám kvalitativní výzkum umožnil detailnější rozkrytí fenoménu rodinné alkoholové závislosti v kontextu transgeneračního přenosu.

Práce by mohla být přínosem pro sociální pracovníky a pracovníky v pomáhajících profesích, kteří se potýkají s rodinou zatíženou či ohroženou alkoholovou závislostí.

## Seznam použité literatury

- BARNARD, Marina. *Drogová závislost a rodina*. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-386-8.
- BECHYŇOVÁ, Věra a Marta KONVIČKOVÁ. *Sanace rodiny: [sociální práce s dysfunkčními rodinami]*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0031-4.
- CANCRINI, L. (1985). Juvenile drug addiction. A study on typology of addicts and their families. In Proceedings of the 9th World Conference of Therapeutic Communities. San Francisco, California: Walden House.
- CSÉMY, Ladislav, Hana SOVINOVÁ a Karel NEŠPOR. *Problémy s alkoholem v rodině: zpráva pro Evropskou Unii*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2001. ISBN 80-7071-189-2.
- GRAHAM, A. V., BEROLZHEIMER, N., BURGE, S. Alcohol abuse. A family disease. *Prim Care*. 1993 Mar;20(1):121-30. PMID: 8464934.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
- KALINA, Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 2, mezioborový přístup*. Vydal Úřad vlády České republiky, 2003. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. 1. vydání. Redakčně uzavřeno 15. 10. 2002. ISBN 80-86734-05-6.
- KARR-MORSE, Robin a Meredith S. WILEY. *Zraněné dětství: vliv dětského traumatu na onemocnění v dospělosti*. Praha: Triton, 2013. ISBN 978-80-7387-642-5.
- LÁBUSOVÁ, E. Mezigenerační přenos a rodičovství: Attachment. In: PREISS, Marek a Daniela VIZINOVÁ, ed. *Transgenerační přenos (nejen) traumatu*. Praha: Irene, 2019. Irene press. ISBN 978-80-906733-5-9.
- MATĚJČEK, Zdeněk. *Děti, rodina a stres: Vybrané kapitoly z prevence psychické zátěže u dětí*. Praha: Galén, 1994. ISBN 80-85824-06-X.
- MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ. *Podpora rodiny: manuál pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0697-2.

- MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-19-9.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
- NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. 4., rozš. vyd. Praha: BESIP, 1997.
- NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.
- PEŠEK, Roman. *Jak se zbavit závislosti na alkoholu: příručka pro ty, kdo mají problém s alkoholem: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta, 2018. ISBN 978-80-88290-02-5.
- PREISS, Marek. Úvod do transgeneračních mechanismů přenosu traumatu. In: PREISS, Marek a Daniela VIZINOVÁ, ed. *Transgenerační přenos (nejen) traumatu*. Praha: Irene, 2019. Irene press. ISBN 978-80-906733-5-9.
- PREISS, Marek a Daniela VIZINOVÁ, ed. *Transgenerační přenos (nejen) traumatu*. Praha: Irene, 2019. Irene press. ISBN 978-80-906733-5-9
- PROFOUS, Jiří. *Průvodce alkoholovou závislostí: především pro ženy pijících partnerů*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-820-9.
- PŘÍHODOVÁ, K., PŘÍHODOVÁ, T. Transgenerační přenos traumatu-závislosti. In: PREISS, Marek a Daniela VIZINOVÁ, ed. *Transgenerační přenos (nejen) traumatu*. Praha: Irene, 2019. Irene press. ISBN 978-80-906733-5-9.
- RIESEL, P., KROFTOVÁ, S. Transgenerační přenos závislosti na drogách. In: PREISS, Marek a Daniela VIZINOVÁ, ed. *Transgenerační přenos (nejen) traumatu*. Praha: Irene, 2019. Irene

press. ISBN 978-80-906733-5-9.

RÖHR, Heinz-Peter. *Závislost: jak jí porozumět a jak ji překonat*. Přeložil Petr BABKA. Praha: Portál, 2015. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0927-0.

RUPPERT, Franz. *Trauma a rodinné konstelace: psychické disociace a jejich léčba*. Praha: Portál, 2008. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-7367-367-3.

SAATCIOGLU, O, ERIM, R, CAKMAK, D. Role of family in alcohol and substance abuse. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2006 Apr;60(2):125-32. doi: 10.1111/j.1440-1819.2006.01476.x. PMID: 16594934.

SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-559-8.

TÓTHOVÁ, Jana. *Úvod do transgenerační psychologie rodiny: transgenerační přenos vzorců rodinného traumatu a zdroje jeho uzdravení*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-856-2.

WOITITZ, Janet Geringer. *Dospělé děti alkoholiků*. Rozš. vyd. V Praze: Columbus, 1998. ISBN 80-85928-73-6.

### **Internetové zdroje**

HURYCHOVÁ, E., 2016. *Sociální práce s rodinou aneb sanace rodiny* [online]. Šance dětem. [cit. 2021-10-05]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/socialni-prace-s-rodinou-aneb-sanace-rodiny>

MPSV. *Metodické doporučení MPSV č. 9/2009 k sociální práci s ohroženou rodinou* [online]. [cit. 2021-10-01]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/225508/Methodicke\\_doporuceni\\_MPSV\\_c-9.pdf/ba7a119a-a609-3383-dbaa-76ee24b356ee](https://www.mpsv.cz/documents/20142/225508/Methodicke_doporuceni_MPSV_c-9.pdf/ba7a119a-a609-3383-dbaa-76ee24b356ee)

PRESLOVÁ, I., 2012. *Dopady alkoholismu rodičů na děti* [online]. Šance dětem [cit. 2021-10-03]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-vproblemove-situaci/rodice-jsou-zavisli/dopady-alkoholismu-rodicu-na-deti.shtm>

SZTANDER, Wanda. *Dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym* [online]. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, 2017 [cit. 2021-10-01]. Dostupné z: <https://psychologia.edu.pl/czytelnia/126-uzalenie/1410-dzieci-w-rodzinie-z-problemem-alkoholowym-wanda-sztander.html>

### **Legislativa**

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách § 65



## Přílohy

Příloha č. 1 Rozhovor s PhDr. Petrem Váchou na téma sanace rodiny ohrožené transgeneračním přenosem alkoholové závislosti v rodině

Existují dle Vás nějaké možnosti a postupy, jak rodinu ohroženou alkoholovou závislostí efektivně sanovat, a tím předcházet nebo mírnit TG přenos alkoholové závislosti na další generaci potomků?

PhDr. Vácha: „*Myslím, že, když se přeruší ta transgenerace, což znamená, že ten závislý člen rodiny (či posloupnosti rodiny) vstoupí do nějakého léčebného procesu a nastartuje nějakou svou úzdravu, tak se nabízí, že on již to dál přenášet nebude a to trauma se nějakým způsobem zastaví. A pokud je to léčba, která je nějakým způsobem intenzivní a funguje tam nějaká psychoterapie, a zároveň práce s traumatem, a tak, což bude asi významně dlouhodobý proces, při němž je zároveň potřeba pracovat nejen s tím konkrétním klientem/pacientem, ale rovněž s celým rodinným systémem (rodinnými příslušníky). Zároveň je potřeba do toho procesu vpustit, alespoň když to jde (ono to někdy nejde) tím jak právě je ta rodina napadena nějakou patologií (někteří členové rodiny mohou být ve vězení, na ulici-tedy rodina je afunkční, nefunguje), ale když to jde, tak je potřeba, aby do toho vstoupila celá ta širší rodina, a pracuje se s celým modelem. Ale je potřeba to někde zastavit, a pokud je tam dcera (závislého rodiče), která zároveň už je také sama matkou, tak je zde reálná šance, aby došlo k zastavení toho přenosu.*

Myslíte v rámci motivace, jako že má motivaci to zastavit?

PhDr. Vácha: „*Je reálná možnost zastavit ten transgenerační problém, ale myslím, že je potřeba u těch lidí najít tu motivaci. Z mého pohledu však někdy klienti nedovedou najít tu motivaci a ta motivace tlaku zvenku je v tomto případě velmi funkční (jako např. OSPOD, kurátoři, policie, nebo restriktivní složka, např. hrozící trest odnětí svobody apod.).“*

A umí OSPOD pracovat s motivací závislého klienta, nebo ihned dochází k restriktivním opatřením v případě závislých rodičů?

PhDr. Vácha: „*Myslím si, že s tím OSPOD umí pracovat, ale je to velmi individuální... Ale myslím si, že jsou někteří pracovníci osvícení a znají různé léčebné zařízení a jsou propojeni s různými neziskovkami, apod., a vědí, co by vlastně té klientce mohlo pomoci a opravdu tou cestou jdou. Je to hodně o konkrétních pracovnících. Za tu dobu své 30 leté kariéry mám*

*zkušenost, že úřednice OSPODu vnímám tak, že je to opravdu lepší, jsou více propojené s různými neziskovkami a službami, jsou více informovanější a myslím si, že takové to „odebereme dítě“, už není na prvním místě, jak to bývalo dříve.“*

Jaká je, dle Vašeho názoru, úroveň a kvalita těchto služeb zaměřená na prevenci transgeneračního přenosu v ČR? V čem spatřujete prostor ke zlepšení a zkvalitnění služeb pro rodinu ohroženou alkoholovou závislostí? Jak lze rodině, ve které je závislý člen, v rámci prevence efektivně pomoci, aby nedocházelo k dalšímu přenosu?

PhDr. Vácha: *„Řekl bych, že první kontakt kde dochází ke zjištění, že dítě nějakým způsobem není opečované, zajištěné a že dochází k nějaké patologii v rodině, tak to jsou školy. Nejsem školní psycholog (odborník v této problematice), ale někdy mám pocit, ale že ty školy hůře komunikují a spolupracují s OSPODem, přičemž si myslím, že někdy by se dala ta problematika v rodině rozklíčovat mnohem dříve, než samo to dítě začne experimentovat s nějakými návykovými látkami, kdy už je pozdě. Ve spolupráci škol s OSPODem bych viděl prostor pro zlepšení, ale co se týče adiktologických služeb, tak když člověk opravdu chce, tak jsou dobře zasíťované i v menších městech... Myslím si, že klient se závislosti, když se „vnoří“ do sítě pomáhajících profesí, tak se uchytí a může svůj problém řešit, ta síť funguje. Před 25 lety nefungovala, ale dnes určitě ano. Ještě mě k tomu napadá, že když je rodina napadena alkoholovou závislostí, tak je někdy problém, že manželka/matka, která už má dítě a v rodině je otec alkoholik, tak **problém tají a přichází s možností řešit problém velmi pozdě**. Je to velmi specifický problém, proč se tyto ženy takto chovají, nechají se týrat a jsou svědky toho, že dítě neprospívá, protože je otec alkoholik, což je velká patologie a jsou jako „zkamenělí“ a většinou to tají a přikládají si vinu. Co se týče služeb tak je v dnešní době pro řešení závislosti pestrá nabídka, ať už se jedná o placené i neplacené služby, síť služeb je dostupná.“*

Jaký je Váš názor na sanaci rodiny, ve které se vyskytuje rodič s alkoholovou závislostí? Lze rodinu účinně sanovat, a pokud ano, za jakých podmínek?

PhDr. Vácha: *„Je potřeba si uvědomit, že tím cílem léčby člena rodiny, který je napaden tou závislostí, není abstinence, ale ta abstinence je prostředkem k tomu, aby ta rodina byla schopna nějaké sanace. Závislý člen musí skrze tu abstinenci docílit změn, kterých je potřeba docílit, což bez té abstinence nejde, ale abstinence není cílem léčby. Dříve, dle profesora Skály, byla cílem abstinence, ale v praxi je to nedodržitelné. Příklad, když 25letý muž/otec dětí pije alkohol nebo je např. na pervitinu a jeho cílem by měla být doživotní abstinence, tak se ho vystavuje cíli, který není schopen přijmout, ale už je schopen přijmout to, že skrze abstinenci*

*může nastartovat změny, které umožní sanaci rodiny skrze jeho léčbu. Ale je to o jeho rozhodnutí. Jsou, ale případy, kdy je ta patologie v rodině natolik hluboká, že není jiné východisko než dítě odebrat, neboť by dítě v rodině trpělo. Ale jak vždy říkám, že nejprve je potřeba vystřílet všechny náboje ze zásobníku, dokud tam ještě nějaký náboj je, tzn. že **pokud můžete ještě použít nějakou intervenci, tak je pro mě i z pohledu adiktologa jednoznačně primárně důležité, aby dítě v rodině zůstalo, ale v některých případech to bohužel nejde. Někdy dochází k odebrání dítěte, když závislost má symptomy toxických psychóz, tak není možné, aby to dítě u mámy bylo a je potřeba dítě přechodně umístit např. do dočasné přechodné pěstounské péče, existuje dočasné umístění dítěte., než se matka zaléčí.***

Jak vnímáte fenomén transgeneračního přenosu rodinné alkoholové závislosti? Jaký dopad má alkoholová závislost rodiče/ů na vývoj dítěte? Přetrvávají některé potíže v dospělosti při výchově jeho vlastních dětí? Vyznačují se dospělé děti alkoholiků při výchově vlastních dětí některými společnými rysy? Jak lze s nimi účinně pracovat, aby své rodičovské kompetence ve výchově dětí zvládali?

PhDr. Vácha: *„Rozhodně si myslím, že transgenerační přenos alkoholové závislosti existuje. Rozhodně si myslím, že dnes je dokázáno i to, že sklon k závislosti je geneticky daný, tzn., že jsme nositeli genů, které mohou vést k tomu že, když například začneme experimentovat s nějakýmá psychoaktivníma látkama, tak se můžeme stát rychle závislími, což někdo jiný mít nemusí. Jedná se o genetickou výbavu, která předurčuje, že je někdo mnohem více předurčený k závislosti než někdo jiný, jako i u jiných nemocí. Pokud dítě vyrůstá v rodině alkoholiků, tak se, dle mého názoru, potýká hlavně s těžkými traumaty, je tam nejistota, obrovské emoce, násilí v rodině, **nedostatek základních životních a lidských potřeb, tzn. intimacy, lásky, bezpečí, ekonomického zajištění.** To je taková zátěž, že když si to dítě převezme a v dospělosti bude mít vztah, tak se to v něm projeví, to znamená, že neumí zacházet s penězma, s intimitou, s emocema, blízkosti, bezpečím.“*

Podotázka: Existují nějaké organizace a programy, které se věnují dětem alkoholiků a dospělým dětem alkoholiků, které nemají finance na terapii a potřebovaly by tyto potíže řešit?

PhDr. Vácha: *„Myslím si, že nízkoprahová centra pro děti, tam se s tím dá pracovat, odhalovat, pomoci dětem smysluplně trávit čas, dále třeba sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi a samozřejmě klíčová je škola, kde děti tráví většinu svého času.“*

Vyznačují se dospělé děti alkoholiků některými společnými rysy?

PhDr. Vácha: „*Myslím si, že důležitým společným rysem dospělých dětí alkoholiků je zejména to, že nemají kontrolu nad emocemi, vlastní frustrace je vede k tomu, že jí předávají, neumí moc vytvářet bezpečné prostředí, myslím si, neumí vytvářet hodnotný a kvalitní vztah s opačným pohlavím, jsou nositeli možné následné patologie ve vlastní rodině.*“

Existují terapeutické programy zaměřené na dospělé děti alkoholiků, kde by terapeuticky mohli pořešit, vyčistit a zastavit potíže, aby jejich děti nemuseli znovu prožívat podobné potíže a došlo k zastavení toho transgeneračního přenosu?

PhDr. Vácha: „*Pokud si najde partnera, který vyrůstal v optimálním prostředí, tak ty hodnoty může předávat, ale jsou-li oba dva z rodin alkoholiků, tak je to velmi náročné a stává se to často. Ale šance je v tom – vždy vykurýrovat ten nemocný článek, tzn., když například otec pije, tak je důležité, aby k sanaci rodiny došlo skrze abstinenci závislého člena, která má vést k tomu, že se začne chovat jinak. To je na tom to nejdůležitější.*“

Podotázka: Ale když oba dva rodiče nepijí alkohol, ale jsou hodně poznamenáni tím, že vyrůstali v rodině alkoholiků, existují pro ně nějaké služby?

PhDr. Vácha: „*Myslím si, že to už je o psychoterapeutické práci, setkávám se s tím ve své práci, když přijde například dotyčný člověk s problémem a já cestou analýzy zjistím, že vyrůstal v rodině, kde byl otec alkoholik.*“

Setkal jste se ve své praxi s tím, že závislý rodič (matka, otec) uvedl ve své anamnéze, že jeho rodiče mají nebo měli sami potíže s alkoholem?

PhDr. Vácha: „*Ano, v současné době je už generace dětí, jejichž rodiče si sami závislostmi i léčbou závislosti prošli.*“

Jaká je úspěšnost léčby v terapeutické komunitě závislého rodiče s dítětem po návratu do běžného života? Je léčebný proces v terapeutické komunitě určen pro všechny alkoholově závislé rodiče s dítětem? Jaké podmínky musí splňovat, aby byl do léčby přijat?

PhDr. Vácha: „*Jedná se o vysoké procento úspěšnosti, myslím si až okolo 70 procent, tato léčba je velmi funkční a účinná. A to proto, že se pracuje s matkou/rodičem i dítětem, které ho má po celou dobu léčby u sebe a pracuje se s konceptem širší rodiny. Samozřejmě s tím i souvisí následná péče a doléčovací centra. Jedná se o plynulé vypouštění klientky i s dítětem do reálného běžného života. Léčba v terapeutické komunitě funguje jako takový trenážér, kde si matka může osvojit rodičovské dovednosti. Pokud klientka nevypadne během léčebného procesu brzo (neboť léčba je dobrovolná) a projde tou léčbou, tak tam je to procento úspěšnosti*

*resocializace klientky vysoké, včetně sanace její rodiny. Během toho roku v terapeutické komunitě(TK) léčbu zahájí, neříkám, že vyřeší vše, ale pak má ještě rok následné péče. Jedná se o dvouletý proces. Jsou tam různá specifika, záleží na tom, jak je to dítě velké, jestli školkové, školní, aby to dítě naskočilo do socializačních a vzdělávacích procesů. V TK si maminky mohou osvojit různé rodičovské schopnosti a dovednosti, je tam k tomu vyškolený personál, laktiční poradkyně, o ty matky je v tomto ohledu komplexně postaráno...“*

Děkuji za rozhovor.

## Abstrakt

Předkládaná diplomová práce se nazývá: Sanace rodiny ohrožené transgeneračním přenosem alkoholové závislosti. Alkoholová závislost v rodině je velmi aktuální téma, neboť může mít výrazný dopad na další generace potomků dětí, které vyrůstaly se závislým rodičem. Teoretická část se zabývá problematikou alkoholové závislosti a jejím dopadem na rodinné fungování, psychický a sociální vývoj dětí a jejich fungování v dospělosti. Dále zkoumá příčiny a projevy transgeneračního přenosu alkoholové závislosti v rodině, včetně možností, jak lze riziku alkoholové závislosti u dalších generací předcházet. Cílem empirické části je skrze rozhovory zodpovědět hlavní výzkumnou otázku: Jaká je osobní zkušenost současné generace potomků rodičů závislých na alkoholu při vytváření vlastní rodiny a jak lze v rodině předcházet riziku transgeneračního přenosu alkoholové závislosti na další generaci potomků? Z výzkumného šetření jsme zjistili, že děti, které vyrůstaly v alkoholovém prostředí, jsou v dospělém životě v různé míře poznamenány ve všech oblastech svého života, neboť v rodině nezažily zdravé výchovné vzorce. Dále bylo zjištěno, že významný preventivní vliv, který eliminuje riziko alkoholové závislosti u potomků dospělých dětí alkoholiků, mají protektivní faktory při výchově dětí. V oblasti sociální práce je vhodnou metodou sanace rodiny, která rodině ohrožené alkoholovou závislostí, může poskytnout podporu v oblasti posílení rodičovských kompetencí, výchovy a péče o dítě.

## **Abstract**

The submitted diploma thesis is called: Rehabilitation of a family endangered by transgenerational transmission of alcohol addiction. Alcohol addiction in the family is a very current topic, as it can have a significant impact on future generations of children who grew up with an alcohol addicted parent. The theoretical part deals with the issue of alcohol addiction and its impact on family functioning, psychological and social development of children and their functioning in adulthood. It also examines the causes and manifestations of transgenerational transmission of alcohol addiction in the family, including how to prevent the risk of alcohol addiction in future generations. The aim of the empirical part is to answer the main research question through interviews: What is the personal experience of the current generation of offspring of alcohol addicted parents in creating their own family and how can the family prevent the risk of transgenerational transmission of alcohol addiction to the next generation of offspring? From the research survey, we found that children who grew up in an alcoholic environment are affected to various degrees in adult life in all areas, because they have not experienced healthy parenting patterns in the family. Furthermore, it was found that protective factors in the upbringing of children have a significant preventive effect, which eliminates the risk of alcohol addiction in the offspring of adult children of alcoholics. In the field of social work, a suitable method of family rehabilitation is that it can provide support to a family at risk of alcohol addiction in the area of strengthening parental competencies, upbringing and child care.