

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra sociální pedagogiky

Závislost na alkoholu se zřetelem k transgeneračnímu přenosu

Diplomová práce

Autor: Bc. Jana Novotná
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika
Vedoucí práce: Mgr. Gabriela Slaninová, Ph.D.
Oponent práce: PhDr. Václav Škop, CSc.

Hradec Králové

2019



Zadání diplomové práce

Autor: **Bc. Jana Novotná**

Studium: P17K0336

Studijní program: N7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika

Název diplomové práce: **Závislost na alkoholu se zřetelem k transgeneračnímu přenosu**

Název diplomové práce AJ: The alcohol addiction with regard to the transgenerational transmission

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce se zabývá tématem závislosti v kontextu transgeneračního přenosu v rodových liniích žen. Cílem práce bude s oporou o odbornou literaturu popsat a analyzovat závislost na alkoholu s akcentem k ženskému alkoholismu, mezigenerační přenos, včetně rodinné resilience a vulnerability v rámci přenášení vzorců na další generace a ve výzkumném šetření zjistit osobní zkušenosti žen a jejich matek s alkoholovou závislostí. Bude zvolen kvalitativní výzkumný design, metodou sběru dat bude polostrukturovaný rozhovor, data budou analyzována za využití prvků zakotvené teorie.

Garantující pracoviště: Katedra sociální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Gabriela Slaninová, Ph.D.

Oponent: PhDr. Václav Škop, CSc.

Datum zadání závěrečné práce: 6.11.2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala pod vedením vedoucí diplomové práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 9. 4. 2019

podpis

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Gabriele Slaninové, Ph.D., za odborné vedení, konzultace a podnětné připomínky, kterými provázela psaní této diplomové práce.

Anotace

NOVOTNÁ, Jana. *Závislost na alkoholu se zřetelem k transgeneračnímu přenosu*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2019. 79 s. Diplomová práce.

Diplomová práce se zabývá tématem závislosti v kontextu transgeneračního přenosu v rodových liniích žen. Cílem práce je s oporou o odbornou literaturu popsat a analyzovat závislost na alkoholu s akcentem k ženskému alkoholismu, mezigenerační přenos, včetně rodinné resilience a vulnerability v rámci přenášení vzorců na další generace a ve výzkumném šetření zjistit osobní zkušenosti žen a jejich matek s alkoholovou závislostí.

Zvolen je kvalitativní výzkumný design, metodou sběru dat je polostrukturovaný rozhovor, data jsou analyzována za využití prvků zakotvené teorie.

Klíčová slova: závislost na alkoholu, transgenerační přenos, ženský alkoholismus, rodinná resilience, vulnerability

Annotation

NOVOTNÁ, Jana. *The alcohol addiction with regard to the transgenerational transmission*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2019. 79 pp. Diploma Dissertation.

The diploma thesis deals with the topic of dependence in the context of transgenerational transmission in women's lineages. The aim of this work will be to describe and analyze alcohol dependence with emphasis on alcoholism in women, intergenerational transmission, including family resilience and vulnerability within the framework of transferring formulas to future generations, and to identify personal experiences of women and their mothers with alcohol dependence.

I have chosen qualitative research design, the method of data collection will be semistructured interview, the data will be analyzed by using elements of grounded theory.

Keywords: the alcohol addiction, the transgenerational transmission, female alcoholism, family resilience, vulnerability

Obsah

ÚVOD	8
1 STAV POZNÁNÍ A TEORETICKÝ BACKGROUND	10
2 RODINA A JEJÍ VÝZNAM	13
2.1 TRANSGENERAČNÍ VAZBY V RODINĚ	14
2.2 FUNKCE A SMYSL RODINY	15
2.3 TYPY RODINY	17
2.4 TRANSGENERAČNÍ PŘENOS RODINNÉ RESILIENCE A VULNERABILITY	18
3 TRANSGENERAČNÍ PŘENOS VZORCŮ CHOVÁNÍ	21
3.1 TRANSGENERAČNÍ PŘENOS VZORCŮ RODINNÉHO TRAUMATU	22
3.2 MEZIGENERAČNÍ UČENÍ.....	23
4 PROBLEMATIKA ALKOHOLOVÉ ZÁVISLOSTI	23
4.1 TYPOLOGIE ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU	25
4.2 STÁDIA ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU	26
4.3 FAKTORY A PŘÍČINY OVLIVŇUJÍCÍ VZNIK ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU	28
4.4 ALKOHOLISMUS A RODINNÉ VZTAHY	29
5 SPECIFIKA ŽENSKÉ ALKOHOLOVÉ ZÁVISLOSTI	31
5.1 FAKTORY A PŘÍČINY OVLIVŇUJÍCÍ VZNIK ALKOHOLISMU U ŽEN	32
5.2 ŽENY OHROŽENÉ ZÁVISLOSTÍ NA ALKOHOLU	33
5.3 FETÁLNÍ ALKOHOLOVÝ SYNDROM	34
5.4 DĚTI ALKOHOLIKŮ.....	35
6 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	39
6.1 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	39
6.2 VÝZKUMNÝ DESIGN	40
6.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU A KRITÉRIA VÝBĚRU PARTICIPANTŮ VÝZKUMU, PRŮBĚH ŠETŘENÍ	42
6.4 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝZKUMNÝCH ŠETŘENÍ	44
6.5 DISKUZE VÝSLEDKŮ	61
ZÁVĚR	68
POUŽITÉ ZDROJE A LITERATURA	70

Úvod

Diplomová práce se zabývá tématem závislosti na alkoholu s akcentem k ženskému alkoholismu v kontextu transgeneračního přenosu v rodových liniích žen. Závislost na alkoholu obecně je nejenom zdravotním problémem, ale i celospolečenským, jak uvádí Vágnerová (2008) v okamžiku, kdy začne požívání alkoholických nápojů výrazně a negativně intervenovat do všech osobních oblastí pijícího člověka, který se i přes povědomí všech možných důsledků alkoholu nehodlá vzdát. Existuje mnoho publikací, které se zabývají závislostí na alkoholu, samotným alkoholikem, typologií či stádií závislosti na alkoholu, ale méně často jsou už však popisovány a zprostředkovávány příběhy lidí, kteří jsou v nejbližším kontaktu s alkoholikem, např. životní partner, nejbližší rodina a samotné děti alkoholika. A právě na ženy, dcery matek závislých na alkoholu klade tato diplomová práce důraz, protože právě ony musí v tomto období snášet obrovský psychický a sociální tlak, jenž se později projevuje v jejich vlastních životech, jelikož „*matky, které samy nedostaly od svých matek, musí dát svým dětem i to, co jim samotným chybělo. Jinak se dluh neodčiní*“ (Chvála, Trapková, 2008, s. 18).

Výběrem tématu bychom chtěli poukázat na problematiku alkoholové závislosti u žen nejenom proto, že má úzkou souvislost s oborem Sociální pedagogika, ale také proto, že se výskyt tohoto fenoménu u žen v posledních letech zvyšuje. Ženy již tvoří třetinu všech českých alkoholiků, která čítá půl druhého milionu lidí. Závislost na alkoholu u žen vzniká dvakrát rychleji než u mužů a je vysoká pravděpodobnost dědičnosti této závislosti (Žena aktuálně [online] 2015). 30 % žen alkoholiček má otce nebo matku, kteří byli nebo stále jsou závislí na alkoholu a pokud nezačnou samy pít, berou si často alkoholiky za své životní partnery, a tím se neustále opakuje pití v rodině (Léčba alkoholismu u žen [online] 2014). Výzkumy v této oblasti prokázaly, že alkoholismus je přenášen z matek na dcery a z otců na syny a ženy užívající alkohol v těhotenství se samy narodily matkám, jež v době těhotenství také konzumovaly alkohol. Pravděpodobnost u potomků alkoholiků, že se alkoholiky stanou také je 10x vyšší díky psychosociálním faktorům tzn. nápodobou rodičů a vzorců jejich chování. Dále hrají určitou roli i genetické faktory, které mají vliv

na vztah ke konzumaci alkoholu a vznik závislosti, ale nejsou samotnou příčinou. Vedle genetiky velký vliv na rozvinutí alkoholismu má také biologický vývoj mozku před narozením, sociální prostředí, do něž se jedinec narodí, výchova a osobnostní rysy, tedy se jedná o bio-psycho-sociální přístup (Dědičnost látkových závislostí. [online] 2007).

Cílem diplomové práce je s oporou o odbornou literaturu popsat a analyzovat závislost na alkoholu s akcentem k ženskému alkoholismu, mezigenerační přenos, včetně rodinné resilience a vulnerability v rámci přenášení vzorců na další generace a ve výzkumném šetření zjistit osobní zkušenosti žen a jejich matek s alkoholovou závislostí. S ohledem k cíli práce si klademe tyto otázky: Jaká je jejich retrospektiva dětství se závislou matkou? Jak je ovlivnilo soužití s matkou závislou na alkoholu v jejich současném dospělém životě? Jaký zaujímají postoj ony samy k alkoholu? Jak závislost na alkoholu matky ovlivnila výběr jejich životního partnera? Jaký měla závislost matky na alkoholu vliv na vztahy a fungování v rodině?

Vycházíme z předpokladu, že respondentky mají konkrétní zkušenosti s alkoholismem jejich matek a že tyto zkušenosti ovlivnily, případně stále ovlivňují jejich život ve vybraných oblastech. Vědecko-výzkumným problémem je transgenerační přenos alkoholismu u žen. V tomto kontextu s cílem práce pak vyvstává hlavní výzkumná otázka: Jaké jsou osobní zkušenosti žen a jejich matek s alkoholovou závislostí? V rámci HVO budeme sledovat konkrétní aspekty zkušenosti respondentek, které jsou uvedeny v otázkách výše a bude nás zajímat, jak dcery matek alkoholiček interpretují dopad této závislosti na jejich vybrané životní oblasti. Vzhledem k cíli práce je zvolen kvalitativní výzkumný design. Metodou sběru dat je polostrukturovaný rozhovor a data jsou analyzována za využití prvků zakotvené teorie.

Tato práce by mohla být přínosem nejen studentům sociálně-pedagogických oborů, ale i odborníkům, kteří se o danou tematiku zajímají nebo do ní chtějí získat určitý vhled. Mohla by být také užitečná těm pomáhajícím pracovníkům, kteří se ve svém životě setkávají s ženami závislými na alkoholu, zejména z důvodu

pochopení motivů a rodinné historie, která chování těchto žen výrazně ovlivňuje a dokázat je tak na základě tohoto efektivně nasměrovat na profesionální pomoc.

1 Stav poznání a teoretický background

V následujícím textu jsou vymezeny stěžejní pojmy a témata, které souvisí s cílem práce. Součástí kapitoly je výčet vybraných výsledků výzkumu z českého prostředí, a to opět v kontextu zvoleného tématu.

V různých fázích nedávné minulosti byla závislost definována různě, a i v současnosti existuje v odborné i laické literatuře mnoho definic, které se částečně překrývají, neboť se jedná o komplexní sociálně definovaný konstrukt spíše než fyzickou entitu s jasně vymezenými hranicemi (West, 2016, s. 19).

Dle Vágnerové (2008, s. 548) je závislost definována „*jako soubor psychických i somatických změn, které vznikají v důsledku opakovaného užívání návykových látek.*“ Další definice je vymezena jako opakované užívání psychoaktivní látky nebo látek v takové míře, že uživatel (označovaný jako závislý) bývá pravidelně či chronicky intoxikován, projevuje se u něj nutková potřeba užití preferované látky (nebo látek), nedaří se mu přestat s užíváním návykových látek, případně jejich užívání korigovat a vykazuje odhodlání opatřit si psychoaktivní látky téměř jakýmkoliv způsobem. Typická je nápadná tolerance a při přerušování užívání látky se často projevuje syndrom z odnětí. Užívání psychoaktivní látky může život závislé osoby opanovat natolik, že v podstatě vytlačí všechny jiné činnosti a povinnosti. Termín závislost v sobě rovněž obsahuje představu, že takové užívání psychoaktivních látek má kromě jedince škodlivý dopad také na celou společnost; v souvislosti s užíváním alkoholu je ekvivalentním výrazem alkoholismus (World Health Organization Lexicon of Alcohol and Drug Terms. [online] 2018).

A právě díky WHO v roce 1951 začal být alkoholismus oficiálně považován za medicínský problém (Kalina, 2003). Závislost na alkoholu (nově užívaný pojem pro alkoholismus) je podle WHO psychická nemoc, která je zařazena mezi duševní poruchy a poruchy způsobené užíváním alkoholu. Podle MKN (Mezinárodní klasifikace nemocí) se jedná o nemoc označenou kódem diagnózy F10.2, kdy závislý

jedinec dává přednost užívání látky před jiným jednáním, kterého si dříve cenil více (Kučerová, 2013).

Profous (2011, s. 16) uvádí zdaleka nejdůležitěji toto zcela stručné konstatování PhDr. Vladimíra Pohla, že „*alkoholismus začíná tam, kde se již alkohol platí něčím jiným než penězi.*“ Alkohol neničí jen toho, kdo pije. Nemocí trpí celá rodina. Slovo alkoholik je pro člověka, který pije přes míru, stejně jako pro členy jeho rodiny, tabu. Je poznamenán hanbou a pocitů viny, a tak se ho nikdo neodvážá vyslovit mnohdy celá léta. Ať již jde o životního partnera alkoholika, jenž se usilovně snaží hledat řešení, ale pokaždé naráží na bariéru nepochopení či děti, které se uzavírají do sebe nebo utíkají z domova, aby nemusely přihlížet nesnesitelným scénám. Trpí všichni bez výjimky. Proces vedoucí k závislosti může trvat i několik let. Stejně tak může uplynout i několik let, než si manžel nebo rodič uvědomí závažnost situace (Ühlinger, Tschui, 2009, s. 13-15).

Ve vztahu k cíli práce nás zajímá alkoholová závislost žen. Na alkoholovou závislost u žen se však musíme dívat jiným pohledem než u mužů, ačkoli jsou rysy v mnohém shodné, rozdílnost se vyznačuje především sociokulturními aspekty, které určují pozici ženy ve společnosti (Vigué, 2006). Se změnou postavení žen v moderní společnosti se změnil i jejich vztah k požívání návykových látek. Rozdílnost pohledu společnosti na muže užívající alkohol a na ženy mají pravděpodobně své kořeny v dlouhodobém vývoji lidstva a pochopitelně i jeho kultury. Alkoholová závislost u žen ovšem existovala vždy. Dříve byla dramatičována a také byla zdůrazňována její větší psychopatologie ve srovnání s muži. Zmenšující se společenská kontrola týkající se pití žen vedla po druhé světové válce k výraznému vzestupu počtu žen alkohol zneužívajících a na alkoholu závislých. Tento jev není způsoben jen zlepšující se životní úrovní, ale souvisí především se sociálními a psychokulturními změnami (Skála, Blahoš, 1986). Na rozdíl od muže je žena závislá na alkoholu společností vnímána jako deviant, který zklamal ve své ženské a mateřské roli. Tím je vytvářen tlak, který zabraňuje ženám, aby se ke své závislosti veřejně přiznaly, a to je také důvod, proč mnohdy pijí samy, ve skrytu, a jejich problém se stává latentním (Kalina, 2008). Jak uvádí Trávníčková (2001, s. 4) „*ze sociálního*

hlediska je důležité, že základním znakem drogové závislosti je určitá společenská degradace a sociální izolace, která v případě, že se jedná o ženu, se ještě více prohlubuje a výrazně postihuje i její okolí, zejména děti. “

Problematika mužské a ženské alkoholové závislosti se tak liší v přístupu, mužský princip pití koresponduje s bujarostí, veselostí a skupinovou zábavou, jedná se o tzv. sociogenní přístup, naopak u žen je to odkaz na historii mívající sklon k úniku, odklon od reality a jejich zvláštnímu postavení a nepochopení., jedná se o tzv. psychogenní přístup. Ženy užívají tedy alkohol většinou tajně a samostatně, protože ženám alkoholičkám záleží na tom, jak vypadají a působí na své okolí. Naproti tomu muži pijí na veřejnosti a mimo domov. Odborníci publikující v oboru tvrdí, že pokud pije žena, je tím rodina i partnerský vztah poznamenán více než pokud pije muž.

Ve vztahu k cíli práce nás také zajímá transgenerační přenos vzorců na další generace v kontextu závislosti na alkoholu v rodových liniích dcer. Rozsáhlý výzkum v České republice nazvaný Predikce ohrožení rodiny (2014-2015) v rámci projektu Primární prevence ohrožení rodiny zrealizovaný Nadací Sirius ve spolupráci se společností Median, s.r.o. v závěrečné zprávě z výzkumu Stav české rodiny, co jí chrání a ohrožuje (2016, s. 82) uvádí, že lze vysledovat i v běžné populaci silný mezigenerační přenos problémů. V rodinách, kde otec či matka byli v dětství svědkem rozvodu, hádek, alkoholismu, násilí a podobně, se častěji vyskytují analogické problémy. Mezigenerační přenos je přitom silnější přes otce. Jak se tamtéž (2016, s. 53) dále uvádí, lze tedy pozorovat, že na problémy v současné rodině má větší vliv problematické dětství otce než problematické dětství matky, a to především ve skupině rizik komunikace, závislosti a výchova. Přenos závislosti na alkoholu ze strany mužského pohlaví je dvakrát silnější než u žen. Může to naznačovat, že závislosti, problémy v rodině otce byly silnější nebo že v rodině se napříč generacemi sdílejí i jiná rizika (chudoba, jiné hodnotové orientace), která pravděpodobnost mezigeneračního přenosu alkoholismu zvyšují. Výzkum tak poskytl jedinečné informace o stavu české rodiny, které mimo jiné umožní analyzovat subjektivně vnímaná ohrožení, vyhodnotit rizika, uplatnit nové metodické postupy zaměřené na konkrétní pomoc ohroženým rodinám, včetně motivace rodiny k přijetí odborné pomoci.

Alkoholismus nemá tedy vliv pouze na jedince, ale jistým způsobem ovlivňuje také rodinu a partnerské vztahy. Následující text je proto věnován samotné rodině a jejímu významu.

2 Rodina a její význam

Humanitní disciplíny se rodinou zabývaly odedávna, soustavně až od 19. století, kdy se rodině začala intenzivně věnovat sociologie. V té době si kladla otázku o původu rodiny, jejím historickým vývojem a závislosti její podoby na podobě společnosti. Později zkoumala rodinu ve vztahu ke společenské mobilitě, podobu rodin v jednotlivých společenských vrstvách, popisovala reakce rodin na měnící se podmínky lidského života v industriálně vyspělých zemích, zabývala se reakcí rodiny na imigraci do jiné země, zkoumala vliv rodiny na sociálně patologické jevy a rodinu jako prostředí, v němž si dítě osvojuje své společenské role. Po druhé světové válce se v sociologii rodiny dostal do popředí problém „zániku“ tradiční nukleární rodiny, rodinných sítí a změněných rolí mužů a žen v moderní rodině. Psychologie a psychiatrie ovlivněna Freudovou psychoanalýzou a jeho pokračovatelé, v rodině viděli prostředí rozhodujícím způsobem programující osobnost člověka. Tento postulat o formativním vlivu rodičů (zejména o vlivu tzv. oidipovského komplexu) byl později Eriksonem rozpracován do teorie vývojových stádií, jež pokrývaly celý lidský život a také počítaly s rodinnými vztahy jako s nevlivnějším činitelem první třetiny života (Matoušek, 2003, s. 74).

Rodinu vymezuje Kramer in Sobotková (2012) jako „skupinu lidí se společnou historií, současnou realitou a budoucím očekáváním vzájemně propojených transakčních vztahů. Členové jsou často (ale ne nutně) vázáni hereditou, legálními manželskými svazky, adopcí nebo společným uspořádáním života v určitém úseku jejich životní cesty. Kdykoli mezi blízkými lidmi existují intenzivní a kontinuální psychologické a emocionální vazby, může být užíván pojem rodina, i když jde o nesezdaný pár, o náhradní rodinu atd.“ Rodina je také prvním životním prostředím jedince, které formuje a rozvíjí jeho osobnost svými vnitřními vztahy, strukturou a funkcí. Neméně důležité je však naplňování potřeby životní jistoty, která je

saturována právě jejími stálými vztahy. Jak uvádí (Kraus, 2008, s. 79) „ze sociálního hlediska na rodinu pohlížíme jako na strukturovaný systém, jehož smyslem, účelem a náplní je utvářet relativně bezpečný, stabilní prostor a prostředí pro sdílení, reprodukci a produkci života lidí.“ Definicí rodiny bychom v odborné literatuře našli spoustu, ale shrneme-li rodinu a její význam, rodina existuje především proto, jak uvádí (Matoušek, 2003, s. 9), aby lidé mohli náležitě pečovat o své děti, je biologicky významná pro udržení lidstva, je také základní jednotkou každé lidské společnosti a zprostředkovává člověku vrůstání do jeho kultury a společnosti. Rodina je také prvním a závazným modelem společnosti, s jakým se dítě setkává. Předurčuje jeho vývoj, jeho vztahy a orientuje dítě na určité hodnoty, vystavuje ho určitým konfliktům a poskytuje mu určitý druh podpory. Rodina je tedy unikátní a nenahraditelnou institucí, která propojuje generace, vytváří mezi nimi kontinuitu a pouta solidarity.

2.1 Transgenerační vazby v rodině

„Čím je minulost temnější, tím větší má tendenci se znovu projevit v podobných podmínkách. Je možné prohlásit, že naše rodina nám vybrala náš osud.“

(Élisabeth Horowitzová)

Vazby mezi generacemi přesahují horizont původních rodin, někdy daleko do minulosti. Každá rodina, pokud je v psychologickém smyslu rodinou, udržuje vazby mezi svými členy a udržuje svou tradici, má svůj hodnotový systém a rituály podle nichž se snaží formovat své děti. Jak uvádí (Tenenbaum, 2018, s. 116-121) opakování fragmentů rodinné historie je neodvratné. Opakování se projevuje tak, že člověk uvažuje, mluví anebo cítí jako jeho rodiče (prarodiče či dávní předkové), kteří sami opakují... Tento jev, vnímaný některými lidmi jako rodinné prokletí, se projevuje také ve volbách a rozhodnutích, které navenek přijímáme zcela vědomě, ale které jsou ve skutečnosti diktovány genealogickým nevědomím. Transgenerační ztotožnění bývá časté a vytváří právě taková opakování. Loajalita je základním prvkem pocitu příslušnosti k rodině. Ještě dnes, díky podvědomé loajálnosti k římským patriarchům, vznikly rodové patologie zkreslením otcovské role, a to přenosem zcela

absurdních představ na muže a na ženy, kteří se v tomto pojetí stali bohy. Generace žen zažívaly po staletí ze strany mužů strach, především z důvodu podřadného postavení žen jako osob určených k rození dětí a službě svému manželovi a pánu. Tato zatrpkllost přetrvala věky a přivedla ženy do stavu totální závislosti, ze kterého se dostaly až před několika desetiletími.

Rodina se v posledních desetiletích tedy dosti podstatně proměňuje ve všech rozvinutých zemích naší civilizace. Ekonomika pozdního kapitalismu a kulturní klima doby postmoderní nejsou rodině nakloněny. V poslední třetině minulého století se v reprodukčním a rodinném chování vynořily některé nové trendy, které rodinu podstatně ovlivňují. Mění se základní souřadnice jejího postavení jako sociální instituce. Změny na sklonku moderní doby se týkají i české rodiny, i když s určitým zpožděním proti evropskému vývoji, danou čtyřicetiletou izolací české společnosti od západní civilizace, což se dynamicky vyrovnává od devadesátých let, kdy se Česko znovu otevřelo světu. Přesto má manželství u Čechů stále ještě vysoký status. Výzkumy postojů ukazují, že většina nejmladší generace pokládá život v manželství za nejsprávnější formu rodiny (Možný, 2006. s. 252-256).

2.2 Funkce a smysl rodiny

V dějinách lidstva se funkce rodiny mění v závislosti na aktuálních společenských podmínkách. Můžeme se tak setkat s různým dělením funkcí rodiny. Výrost (1998) ve své knize uvádí, že rodina pozbyla některé ze svých dřívějších funkcí a jiné funkce získaly naopak na důležitosti, popřípadě se ztratily. Autor definuje funkce čtyři, a to:

- funkce materiální, která byla v minulosti významnější než nyní. Je to především z důvodu fungujícího systému sociálních podpor. Proto nejsou slabší členové rodiny tolik závislí na silnějších.
- Funkce výchovná poskytuje dítěti základní orientaci v okolním světě. Funguje jako regulátor a prevence nežádoucích činností.
- Funkce emocionální poskytuje naplnění potřeby společenských rituálů (svátky, narozeniny, tradice), podporu, pomoc a přijetí, společné plány s rodinou apod.

▪ Funkce reprodukční, která je v dnešní době spíše tématem sociologickým. Mnoho sociologů sympatizuje s názorem sexuálního soužití, které je chápáno tak, že pro reprodukci není důležité uzavření manželství. Jiní jsou zastánci reprodukce až po uzavření svazku.

Dle Šafránkové (2011) rozlišujeme funkce rodiny jako biologicko-reprodukční, výchovně-vzdělávací, sociálně-ekonomickou, ochrannou, emocionální, morální a socializační.

Jak, ale uvádí Matějček (1992, s. 29), zásadní a nezastupitelnou funkcí rodiny, která slouží jako nejdůležitější slučovací prvek rodiny, je funkce emocionální. Zastat kvalitně tuto funkci nemusí být pro každého rodiče snadné. Vytvořit pro své dítě i pro ostatní členy rodiny trvalé citové zázemí může jen dostatečně zralý a zodpovědný rodič, který je také vybavený potřebnými rodičovskými kompetencemi. Pak jsou zde vytvořeny podmínky pro rodinné soužití, kdy rodiče uspokojují psychické potřeby dítěte a dítě uspokojuje psychické potřeby rodičů. Tato funkce, jak uvádí Stašová in Kraus (2001, s. 83) je tedy „*funkcí, kterou není schopna žádná jiná sociální instituce v uspokojivé míře naplnit.*“

Co se týče výše uvedených funkcí a jejich plnění v současné rodině, má Stašová in Kraus (2001) za to, že rodina neplní tolik funkcí, jak tomu bylo dříve. Místo rodiny tento úkol převzaly jiné instituce sociálního charakteru, které ale v mnoha ohledech nemohou všem rodinným příslušníkům vyhovět a splnit veškeré potřeby a požadavky, tak jak by to dokázala rodina.

Rodina je tedy pro dítě klíčovým socializačním činitelem. Dítě potřebuje být bezvýhradně přijato rodiči, být jimi milováno, měla by mu být poskytována pomoc a opora, kdykoliv ji bude potřebovat. Naplněním výše uvedených funkcí mu zároveň rodina poskytuje potřebu klidu, potřebu sdílení zážitků, společnou historii, společné perspektivy a plány a také potřeby vztažnosti k něčemu jistému.

Tyto funkce jsou však v důsledku pití alkoholu ohroženy a konzumace alkoholu má na ně negativní dopad. Narušené rodinné prostředí může přispívat k rozvoji závislosti u dítěte či vyústit v psychickou, citovou nebo sociální deprivaci.

2.3 Typy rodiny

Základním typem rodiny dle Jandourka (2009) je rodina nukleární, kterou tvoří pouze rodiče a jejich vlastní či adoptivní děti. Rodina nukleární zahrnuje tedy pouze dvě nejbližší generace. Dnes se díky rostoucí dlouhověkosti setkáváme s rodinou rozšířenou, kterou tvoří širší příbuzenstvo rodičů, tedy více jak dvě generace stejné příbuzenské řady, kteří žijí buď ve společné domácnosti anebo sobě velmi blízko. Dále jak uvádí Střelec in Průcha (2009, s. 487-492), můžeme rozlišovat také rodinu orientační a reprodukční, kde rodina orientační je rodina, ve které jsme se narodili, vyrůstali v ní a byli vychováváni. Oproti tomu reprodukční rodina je rodina vzniklá sňatkem s partnerem, do které partneři přivádí vlastní děti. V této rodině dochází k proměně rolí, z role dítěte vstupuje jedinec do role rodičovské a manželské.

Dle Čápa (1996) se rovněž každá rodina vyznačuje určitým prostředím, stupněm soudržnosti a pospolitosti a také odlišným klimatem. Záleží tedy na tom, zdali je rodinné prostředí funkční neboli harmonické či nefunkční tedy disharmonické. Funkční rodinné prostředí se vyznačuje tím, že poskytuje podmínky pro optimální vývoj jednotlivců. Podstatným znakem harmonického prostředí je hloubka vztahů mezi dětmi a jejich rodiči, objevují se kladné emoční vztahy, trvalá péče o jedince, pocit jistoty, bezpečí a domova.

V této diplomové práci se budeme věnovat rodinám, které v určitých aspektech neplní své funkce či nejsou schopny funkce zodpovědně vykonávat, a to na základě generačního přenosu problematických vzorců ve vztahu k dětem, komunikaci a výchově.

Jak bylo tedy výše uvedeno ideálním případem je rodina funkční, která plní všechny svoje funkce. Potom je to rodina afunkční, ve které někdy dochází k poruchám jedné nebo více funkcí, které ale vážněji nenarušují a zásadně negativně nepůsobí na vývoj dítěte. Poslední je rodina dysfunkční, ve které někdy dochází k vážným poruchám rodiny, zásadně je narušován socializační proces dítěte (Kraus, 2001). Neplní-li tedy rodina některé ze svých funkcí, hovoříme o rodině dysfunkční. *„Dysfunkční rodiny vykazují některé z těchto charakteristik: popírání či neřešení problémů, chybějící intimita, vzájemné obviňování, rigidní role,*

potlačování osobní identity na úkor rodinné identity, individuální potřeby členů rodiny obětované dysfunkčnímu rodinnému systému, nejasná komunikace, chybění jasných hranic mezi členy rodiny, nejasná pravidla a kompetence“ (Sobotková, 2012, s. 35).

Dysfunkční rodinný systém může (ale nemusí) produkovat individuální psychopatologii, např. užívání návykových látek, asociální chování či neurotické obsese. Psychopatologie jednotlivých členů rodiny zpětně složitým způsobem působí na fungování rodiny jako celku (Sobotková, tamtéž).

Rodina jako systém má určitou schopnost sebeopravy. Přes přítomnost negativní události, krize či nepřízně je schopna alespoň do určité míry stabilizace, obnovy, adaptace při zátěži a nalezení nové rovnováhy. Hovoříme pak o resilienci rodiny.

2.4 Transgenerační přenos rodinné resilience a vulnerability

Definice resilience se u různých autorů odlišují. Konsensus je v tom, že jde o schopnost zvládnout konfrontaci s výrazně nepříznivými okolnostmi. Resilience u dětí se nejprve stejně jako u dospělých hledala jako osobnostní rys a charakteristika, obvykle jako schopnost vypořádat se účinně se stresem a nepřízní (Anthony, Coler, 1987, O'Grady, Metz, 1987, Grotberg, 1995 in Šolcová, 2009, s. 11). Následně se autoři sjednotili v názoru, že se jedná o určitý proces, interakci mezi dítětem, rodinou a prostředím, které ho obklopuje. Tento proces není stabilní v čase a odráží vnější faktory. Rozhodující je pozitivní adaptace, tedy *„podstatně lepší adaptace, než jak by se dalo očekávat při znalosti nepříznivých okolností, kterým je subjekt vystaven“* (Luthar in Šolcová, 2009 s. 11). Z původních teorií, které tedy definovaly resilienci jako individuální vlastnost či osobnostní rys, se pojetí resilience transformuje v multidimenzionální komplex, který zahrnuje širokou škálu zdrojů, atributů, vlivů a mechanismů, které nejsou neměnné. Jedná se o interaktivní, dynamický vývojový proces, který lze tedy rozvíjet, ovlivňovat a podporovat tak schopnost jedince obstát v rizikových situacích. Mezi nejznámější teorie resilience patří např. Sense of control – pocit kontroly jako osobnostní atribut, podle kterého se volí copingová strategie podle míry vnímané kontroly nad situací (Cohen & Edwards, 1989, s. 235-283).

Hardiness poukazuje zejména na postoje k životu, vnímání smyslu, hodnoty a potenciálu růstu ve stresových situacích (Maddi, et al., 2006, s. 575-598).

V literatuře se mezi pojetími psychické odolnosti vztahující se především k osobnostním předpokladům a dispozicím objevuje v posledních cca dvaceti letech též zájem o resilienci rodiny. Zdrojem podnětů pro koncipování resilience rodiny bylo pojetí rodinného vnímání a zvládání stresu, popsaného v rámci tzv. modelu FAAR (Family Adjustment and Adaptation Response). Tento model předpokládá vyrovnanou bilanci mezi požadavky kladenými na rodinu a rodinnou kapacitou k jejich zvládání (Šolcová, 2009, s. 66).

Dle Sobotkové (2001, s. 80-81) je resilience schopnost rodiny rychle se zotavit z krize nebo z přechodné události, která vyvolala změny v rodinném fungování. Je to taková vlastnost rodiny, která umožňuje udržet si zavedené vzorce fungování, i když je konfrontována s rizikovými faktory. Pro srovnání uvádíme definici dle Břicháčka in Šolcová (2009, s. 68), který charakterizuje resilienci rodiny jako dynamickou rovnováhu mezi udržením funkcí rodiny v zátěžových situacích a kapacitou jednotlivých členů rodiny vzájemně se podporovat, komunikovat a vyrovnávat se s obtížemi. Resilience je podle Břicháčka proměnlivou charakteristikou, na jejíž vývoj působí některé významné rizikové a protektivní faktory.

Mezi protektivní faktory patří rodinná koheze, flexibilita rodinných rolí a vztahů, srozumitelná a otevřená komunikace všech členů rodiny navzájem, schopnosti, dovednosti a ochota řešit a zdolávat konflikty i krizové situace a shoda v pojetí smyslu a úkolů rodiny (Šolcová, 2009, s. 68).

Mezi rizikové faktory patří nízký socioekonomický status, chronicky působící negativní podmínky (změny životního stylu, nemoci, rozpory), traumatizující události, proměnlivost nároků současné společnosti (Šolcová, 2009, s. 68).

Resilience rodiny je tedy určována jak sociálními a přírodními charakteristikami, ale i dávnou zkušeností lidského rodu, jakož i vnitřními procesy, které se v rodině odehrávají. Sobotková (2001, s. 90-91) popisuje dvě fáze přízpůsobení, adjustace a adaptace rodiny. Adjustaci chápe jako bezprostřední reakci

rodiny na vyšší nároky a stres, kdežto adaptace představuje již komplexnější a dlouhodobější procesy přizpůsobování aktivizované v okamžiku, kdy adjustace nebyla úspěšná a rodina se dostala do stavu krize. Má-li být adjustační fáze úspěšná, musí rodina dosáhnout rovnováhy mezi působícími nároky a svými možnostmi. Úhrn všech požadavků či nároků představuje rizikové faktory ohrožující fungování rodiny. Patří mezi ně závažnost stresoru a aktuální vulnerabilita rodiny. Závažnost stresoru je určována tím, do jaké míry stresor ovlivňuje stabilitu rodiny a jak vysoké nároky představuje vzhledem k reálným možnostem rodiny. Stresor je tedy určitý nárok, požadavek, který vyvolává nebo má tendenci vyvolávat změny v rodinném systému. Vulnerabilita (zranitelnost) rodiny je dána především interpersonálními vztahy a organizační strukturou rodiny. Chápeme ji jako okolnost, která se mění v souvislosti se všemi změnami v rodině. Závisí na kombinaci aktuálních nenormativních nároků kladených na rodinu (finanční nesnáze, zdravotní problémy, změny v zaměstnání, vážná nemoc, záplavy a jiné přírodní katastrofy) a normativních požadavků vyplývajících ze stadia životního cyklu rodiny.

Pojem rodinné resilience, jak uvádí Tóthová (2011, s. 55-57) zásadním způsobem rozšiřuje a prohlubuje představa, která se jeví jako schopnost udržet si i přes působení rizikových faktorů zavedené vzorce fungování nebo schopnost zotavit se ze zátěžových událostí, jež vyvolaly změny v rodinném fungování. V roce 1989 Steven E. Hobfoll představil model rodinné resilience známý pod názvem „teorie zachování zdrojů“ (angl. COR theory), kterým ukázal, že pro proces zvládnutí je důležité nejen získávání nových a zachovávání existujících zdrojů, ale i předcházení ztrátě rodinných sil. Tato teorie jako první upozornila na to, že v rámci rodiny může dojít ke ztrátě zdrojů následkem „ztrátové spirály“ (angl. loss spiral) nebo k jejich získání v důsledku „růstové spirály“ (angl. gain spiral). Koncept transgenerační ztrátové spirály a růstové spirály zdrojů, umožňuje překročit hranice nukleární rodiny a nahlédnout do transgenerační dynamiky rodinné zranitelnosti a resilience. Resilience se tedy jeví jako schopnost rodiny vytvářet nové, posilovat existující a obnovovat vyčerpané zdroje během optimálního fungování tak, aby v zátěžové chvíli mohla aktivizovat růstovou spirálu zdrojů. Skutečná odolnost rodiny je vždy

dvoudimenzionální, což znamená, že je formovaná intrageneračním rozměrem rodinné resilience (formuje se na pozadí existujících zdrojů zranitelnosti, které při vychýlení rodinného systému z rovnováhy vedou ke spuštění růstové nebo ztrátové spirály zdrojů) i transgeneračním rozměrem rodinné resilience (formován predispozičními faktory zdrojů sil a zranitelnosti dvou vertikálních os, kterými rodinný systém protíná multigenerační dědictví obou původních rodin rodičů). Koncept transgenerační rodinné resilience nám pak pomáhá vysvětlit, proč v některých rodinách dochází k udržování traumatického cyklu po generace, zatímco jiné rodiny dokážou i přes rozsáhlé dědictví traumatických zranění aktivizovat zdroje regenerativních sil.

3 Transgenerační přenos vzorců chování

Trans znamená přes, transgenerační je tedy to, co se předává přes generace. Přestože mnoho našich vzpomínek vyprchá, zůstávají zapsány v naší nevědomé paměti. Epigenetika, která popírá ideu osudového předurčení, je odvětvím vědeckého výzkumu v oblasti genetiky. Studuje působení okolního prostředí na genovou expresi a odpovídá také na otázky s tímto zvláštním typem dědičnosti. Pokud tedy jedinec prožije rané trauma, ať už se jedná o násilí, zneužívání, zanedbávání nebo opuštění v dětství či v dospělosti, následující generace prožívají deprese, poruchy osobnosti, asociální chování, sklon k závislostem či sebevražedné sklony. Genealogické přenosy tedy představují duševní a tělesné dědictví jedince. Jsou to neviditelné otisky. Otisk je jako prohlubeň, která mění to, co vyhloubila. To vysvětluje, jak funguje přenos. Transgenerační přenos se odvíjí ze dvou rodových linií, patrně od počátku věků. Praprарarodiče našich praprарarodičů hrají stejně jako naši rodiče velkou roli v tom, co se z nás stane. Právě z této rodové dědičnosti je ukována naše psychika, osobnost i naše zdraví. Výchova je pak nosičem genealogických přenosů (Tenenbaum, 2018, s. 71-81).

Dle Tóthové (2011, s. 49-51) by tak smysl rodiny z biologické perspektivy mohl být naplněn genetickým předáváním dědičných informací z rodičů na potomky. Ale skutečná podstata vzájemného zřetězení generací spočívá v předávání vícevrstvé sítě emočních, sociálních, psychologických a duchovních významů, které mohou být

vetkány do explicitních narativních tradic i skrytých rodových příběhů. Pokud tedy v rámci transgeneračního přenosu došlo k somatické konverzi neuzdravených témat rodinné minulosti, nestačí vyléčit genetický materiál v nové generaci, ale je třeba uzdravit vzorce rodinné dynamiky. Dá se říci, že se jedná o širokospektrální škálu vzájemných zisků a dluhů, závazků a povinností, jimiž jednotliví členové přispívají do rodinného systému, transformují, obohacují nebo naopak ochuzují existující rodové struktury, a tím připravují nový rodinný kód pro další mezigenerační přenos. S našimi předky jsme tak svázáni na nevědomé úrovni, rodovou vazbou, která obsahuje minimálně čtyři generace. Jak uvádí Trapková, Chvála (2004, s. 164), jde o jakési rodové nevědomí.

3.1 Transgenerační přenos vzorců rodinného traumatu

K objasnění transgeneračního přenosu vzorců rodinného traumatu, musíme nejdříve v transgeneračním dědictví rodiny rozlišit dvě rodové transmise, a to vědomou transmissi, jež představuje přenos všech verbalizovaných či jinak artikulovaných zkušeností předchozích generací, tradovaných příběhů a rodinných mýtů, zděděných zvyků, rituálních obřadů a duchovních tradic. Nevědomá transmise je naopak tvořena mnohgeneračním přenosem všech životních zkušeností rodinné minulosti, které zůstávají neuzdravené, neukončené, nevypovězené nebo skrývané. Uzdravení nevědomého přenosu traumatu, je proto více než čímkoli jiným, prací na kultivaci těžišť vědomého přenosu transgeneračního dědictví rodinných zdrojů sil (Thóthová, 2011, s. 76-77).

Dle Van Ijzendoorna in Thóthová (1992) bývá tedy transgenerační přenos definován jako proces, jehož následkem jsou vědomě nebo nevědomě přenášeny vzorce chování do další generace.

„Někdy jsou následky traumatizace tak silné, že mohou být přenášeny transgeneračně a objevit se v generaci dětí, které dokonce v době samotného traumatu ještě nebyly na světě“ (Catherall in Thóthová, 2004, s. 5).

Dle Schützenbergerové (1998, s. 48) se jedná o neviditelnou oddanost předchozím generacím způsobenou neukončenými aspekty emoční či psychosociální

dynamiky, kterou označuje jako „syndrom předků“ (angl. ancestor syndrome), který může opakovaně vést nové generace k přehrávání zapomenutých, ale nikdy neodpuštěných či neuzdravených životních příběhů původně patřících rodinám rodičů a prarodičů. Syndrom předků chápala jako narušení rodinné genealogie.

3.2 Mezigenerační učení

Mezigenerační učení je chápáno jako proces získávání dovedností, znalostí, postojů a hodnot skrze generace všeho věku pomocí každodenních zkušeností ze všech zdrojů lidského života. Dříve starší generace učila mladší. S nástupem ICT se tato role otočila, ale nevymizela. Pro potřeby diplomové práce uvádíme definici mezigeneračního učení v kontextu k rodině, jelikož rodina je obvykle prvním prostředím, ve kterém se jedinec začíná nejprve nevědomě a později i vědomě a záměrně učit, je tedy klíčovou součástí celoživotního učení.

„Mezigeneračním učením v kontextu rodinného života máme na mysli jevy a procesy, které napomáhají obousměrnému (vzájemnému) přenosu poznatků, zkušeností a postojů v rodině. Jedná se o součást sociálního učení uskutečňovaného v konkrétních situacích rodinného života, v interakcích a společných činnostech zúčastněných generací (děti, rodiče, prarodiče)“ (Rabušicová, Klusáčková, Kamanová, 2009, s. 134). Mezigenerační učení v rodině je tedy do značné míry ovlivněno vztahovou sítí rodiny, tedy konkrétními rodinnými vazbami.

4 Problematika alkoholové závislosti

Jak uvádí Profous (2011, s. 11) alkoholovou závislost, ale stejně tak i ostatní lékové a drogové závislosti s oblibou nazýváme nemocí popírání či vylhávání. I blízké okolí bývá zprvu zatížené stejnou chybou v náhledu choroby – přes vstupní popírání se nakonec probolí až k přiznání její existence, ač ta hlavnímu aktérovi zůstává stále skryta. Tvrdošíjnost toho popírání je často k uzoufání, stejně jako bezmoc jejich nejbližších.

Zpočátku člověk pije alkohol pro jeho pozitivní účinky, jako jsou družnost, uvolnění, euforie. Opilost mu dává pocit pohody, ta je však iluzorní. Maskuje tak úzkosti a každodenní problémy. Návyk na pití pak ale mnohdy přetrvává, i když příčiny úzkosti zmizely. Jelikož mezi tím již vznikla závislost. Člověk už nepije pro to, aby se zbavil stísněnosti, ale aby zmírnil abstinenci příznaky. Alkohol hraje po celá tisíciletí roli společenského pojítka, je synonymem pro oslavu, radost a pohostinnost. Zároveň má farmakologické vlastnosti, které působí na úrovni mozku změny vědomí a nálady. Tyto vlastnosti povzbuzují chuť k pití (Ühlinger, Tschui, 2009, s. 19-20).

Závislost na alkoholu tedy znamená, že pití alkoholických nápojů vychází z tělesné potřeby jeho konzumenta. Rozhodujícím motivem pití alkoholu ve všech svých modifikacích je nutnost pro své tělo získat vnitřně odměřenou dávku alkoholu. Může být však podmíněna i geneticky získáním somatické vnímavosti jedince, která je u jednotlivých lidí značně odlišná. U alkoholismu se nedědí nemoc, ale dispozice. Alkohol, farmakům a drogám podléhají převážně lidé citlivější povahy, psychicky méně stálí a vnitřně nevyrovnaní. I když nejsou automaticky předurčení propadnout alkoholu. Alkoholikem se nenarodíte, alkoholikem se teprve můžete stát. Výraznou roli hraje také prostředí, v němž postižený žije. Existuje tedy hodně faktorů, které se prosazují silným vlivem na formování alkoholické závislosti každého jedince, avšak ani jeden z nich není natolik všemocný, aby mu myslící tvor nebyl schopen úspěšně vzdorovat (Hosek, 1998, s. 10-12).

Současné moderní pojetí vzniku závislosti se opírá o široké výzkumné pole. Shoduje se na mnohočetné podmíněnosti vzniku závislosti (multifaktoriální etiologie). Nepotvrzuje předpoklad nějakých jednoznačných specifických oblastí, vychází z toho, že rizikové faktory mohou být v oblasti biogenetické, sociální, etnické, antropologické i psychologické. V oblasti rodinných vztahů se tradičně předpokládá narušený vztah matka-dítě, na základě novějších výzkumů se pozornost začala upírat také na vztah otec-dítě. Samotný fenomén závislosti, jeho vznik, vývoj a udržování jsou pak výsledkem interakce mnoha faktorů (Kalina, 2015, s. 187).

4.1 Typologie závislosti na alkoholu

V souvislosti se závislostí na alkoholu je nutné rozlišovat mezi běžným, společensky obvyklým užíváním alkoholu a chronickým alkoholismem. Na základě toho lze klasifikovat konzumenty alkoholických nápojů do čtyř typů, které dělí Hosek (1998, s. 17) na:

1. *běžného konzumenta*, který pouze využívá příležitostí, které se mu k pití naskytnou i s tím, že někdy své pití vystupňuje a prožije si následující den známou kocovinu.
2. *Iniciativního konzumenta*, který záměrně vyhledává kromě běžných příležitostí (oslavy svátků, narozenin, večírků atd.) ještě další příležitosti. Jde ještě stále o bezproblémového konzumenta, avšak s rizikovou mírou pití. Na této úrovni příležitostného pití může tento konzument balancovat dlouhá léta, aniž by svou pozici změnil, avšak to je spíše výjimkou. Z této pozice je již jenom krůček k vyšší formě konzumace.
3. *Stop alkoholik* se oddává nevázanému pití v souvislých, avšak časově limitovaných intervalech přesahujících jeden den. Je to již závislý konzument. Několikadenní pijácké tahy jsou prolínány přestávkami trvajících i několik týdnů či měsíců.
4. *Nonstop alkoholik* se vyznačuje permanentním pitím, a to pokud u něj nenastane překážka, v podobě vynucené abstinence (hospitalizace, odnětí svobody, nedostatek finančních prostředků apod.).

Závislost na alkoholu můžeme pozorovat také dle znaků, které vykazuje. Pro účely této diplomové práce postačí stručné vymezení. Tyto znaky vymezuje Nešpor (2011, s. 16-25) jako silnou touhu nebo pocit puzení užívat látku (craving, bažení), potíže v sebeovládání, somatický (tělesný) odvykací stav, růst tolerance, zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů, pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků.

Dle Jellinekova dělení existuje vztah mezi stádií závislosti, kterým se věnuje podkapitola 4.2 a typy závislosti. Prvním typem je *alfa*, který je charakteristický občasným užitím alkoholu pro prožití psychických stavů, které jedinec jinak navodit neumí.

Častokrát bývá alkohol pomocníkem v navazování mezilidských vztahů. U typu *beta* hraje roli sociální chování, člověk se často napije proto, že alkohol požívá celé jeho okolí a pokud by on sám nepil, tak by to mohlo působit divně. V případě typu *gama neboli anglosaského typu* je možné hovořit o psychické závislosti. V této době je jeho metabolismus poznamenán alkoholem natolik, že si jedinec nikdy nemůže být jistý kontrolou nad svým abúzem. Intervaly mezi abstinencí a opilostí se přiklánějí na stranu každodenní opilosti. Naopak *delta typ*, který bývá označován jako románský, je řazen spíše pod somatickou závislost, protože jedinec si udržuje v krvi jistou hladinu alkoholu po celý den. Alkohol hraje v každodenním životě nezaměnitelnou roli, pokud svoji denní dávku nedostane, může se vyskytnout i delirium tremens. Posledním typem je *typ epsilon*, který je význačný takzvaným epizodickým pitím, což zjednodušeně znamená, že člověk může pít i více dnů za sebou a poté naopak několik měsíců abstinovat. Závislostní typ epsilon někdy provází *maniodepresivní psychóza*, která je charakterizována periodickými změnami nálad, vitality, psychických funkcí a celkového normálního fungování organismu (Kvapilík, 1985).

Jednotlivé typy závislostí na alkoholu se nevyskytují zdaleka jako čisté, jak uvádí Skála a Blahoš (1986), u nás se léčí častěji jednotlivci s převahou typu *gama*, méně často s převahou typu *delta*.

4.2 Stádia závislosti na alkoholu

V odborné literatuře jsou nejčastěji uváděny čtyři stádia závislosti na alkoholu. Nejčastěji se můžeme setkat s dělením dle amerického alkoholologa českého původu E. M. Jellineka, který označuje první stádium jako tzv. *počáteční neboli prealkoholické*, ve kterém alkohol již začíná působit jako droga. Přináší euforii a schopnost navazovat nové společenské kontakty. Zpočátku je užíván pro chuť, později pro účinek. V tomto stádiu se začíná zvyšovat tolerance k množství alkoholu a vytváří se psychická závislost. Jde o stadium, kdy je člověk schopen přestat s pitím bez odborné pomoci.

Druhé stádium označuje jako *prodromální neboli varovné*, zde je typická častá podnapilost a opilost jedince. Jedinec má narušenou kontrolu nad množstvím a pitím.

Zatím nemívá výpadky paměti (*palimpsesty*). V tomto stádiu si obvykle hledá pro své pití společnost, kterou bude později označovat za původce závislosti. V tomto stádiu je ještě možné přestat pít, i když většinou za cenu odborné pomoci.

Třetí stádium označuje jako **rozhodné neboli krucální**, kdy narůstá tolerance organismu vůči alkoholu a vzniká vlastní nemoc. Pro tuto fázi jsou již výpadky paměti charakteristické. Piják už alkohol neovládá, naopak je sám ovládán alkoholem. Dalším typickým projevem tohoto období jsou sliby vůči svému okolí i sobě, že s pitím přestane, ale toho už jedinec není schopen. Závislý jedinec si neuvědomuje, že vlivem častých, opakovaných dávek alkoholu si jej organismus zařadil do svého metabolismu a stal se na něm závislým. Mění se také osobnostní vlastnosti jedince, jeho hodnoty, zájmy a často dochází k rozpadu interpersonálních vztahů. V tomto stádiu lze závislost na alkoholu léčit pouze odbornou pomocí.

Poslední čtvrté stádium označuje jako **terminální, konečné**, pro které je charakteristické, že tolerance k alkoholu je změněna. K dosažení původních účinků potřebuje alkoholik stále větší množství alkoholu, frekvence opilostí narůstá. Závislý jedinec pije několik dní v kuse, s pitím začíná hned ráno. Charakteristickým znakem konečného stádia je poškození celého organismu pacienta, ať už se jedná o tělesné či duševní zdraví. Jediným smyslem života pro závislého je získat alkohol (Fischer, Škoda, 2009, s. 101-102).

Kohoutek (2007, s. 212) také uvádí, že „v tomto stádiu hrozí alkoholikovi onemocnění některou z duševních poruch a chorob, včetně deliria tremens, což jsou poruchy vědomí, optické přeludy, halucinace, nejčastěji hmyzu a drobných zvířat, iluze, motorický neklid, třes apod.“ Opakovaná deliria tremens pak mohou přejít v tzv. Korsakovovu psychózu (amnestický syndrom), která začíná většinou jako akutní psychotická porucha (delirium tremens, paranoidně halucinatorní syndrom), v jejímž průběhu se objevují hrubé poruchy paměti. Tento stav je doprovázen také dezorientací, halucinacemi, neschopností se radovat, trvalým poškozením intelektu, závažnou vadou krátkodobé paměti, člověk si není schopen něco vštípit do paměti a nervovými záněty. Léčba je možná, ale pouze odborníky

v příslušném zařízení. Pokud se alkoholik podrobí léčbě, doporučuje se doživotní abstinence (Mlčoch[online] 2008).

Kritický bod, kde začíná závislost potom záleží nejenom na závislostním potenciálu určité psychoaktivní látky, ale i na vnitřním nastavení uživatele a na kontextu užívání, kdy se změna prožívání stává záměnou za změnu reality samotné. Vytváří se pozitivní zpětná vazba a touha zážitek opakovat. Na podkladě pozitivní zpětné vazby se logicky fixuje celý komplex očekávání, užití, změny prožívání a v souvislosti s tím se mění úsudek, myšlení a jednání. Pokud by do vědomí měly pronikat některé nelibé pocity (pocit viny, deprese, bezmoc), svou aktivitu okamžitě startuje nutkavá touha po ovlivnění. Závislý jedinec užije drogu dříve, než by se celý komplex nepříjemných pocitů stačil rozvinout (Kalina, 2015, s. 110-111).

4.3 Faktory a příčiny ovlivňující vznik závislosti na alkoholu

Lidé konzumují alkohol již od dávných dob, a to za účelem dosažení příjemných účinků z požití alkoholu, dále aby se stimulovali, uvolnili, či zlepšili své vnímání, a to stejné se děje i v době dnešní (Mühlpachr, 2008, s. 56).

Jak uvádí Ühlinger, Tschui (2009, s. 22-23) příčin alkoholismu je mnoho. Nadměrné pití alkoholu podporuje několik faktorů, mezi něž lze řadit charakteristické rysy osobnosti jedince, psychoaktivní vlastnosti alkoholického nápoje a konečně prostředí, v němž k jeho konzumaci dochází. Každý člověk má také nějakou anamnézu, která ho může v dalším životě nějakým způsobem oslabovat. Bývají to například tragické události, ztráta blízké osoby nebo duševní poruchy. Existuje i předpoklad dědičné biologické dispozice závislosti. Množství studií uskutečněných na základě sledování adoptovaných dvojčat ukazuje, že alkoholismus biologických rodičů podporuje závislosti na alkoholu i u těchto dětí, poté co dospějí, třebaže vyrůstaly odděleně a k jejich adopci došlo krátce po narození. Ke vzniku alkoholismu mohou přispět také vnější faktory, jako je výchova, narušená atmosféra v rodině nebo společenské a pracovní prostředí.

Na vzniku závislosti se tak podílí mnohé faktory a vždy jde o jejich vzájemnou interakci. Závislost je tedy komplexní chronické onemocnění CNS, jehož příčiny vzniku jsou multifaktoriální. Existuje množství rozdílných pohledů na vznik a původ závislosti jako nemoci. Závislost je složitým interdisciplinárním problémem, proto se v odborné literatuře nenachází jen jedno vysvětlení vzniku závislostního chování. I když je v dnešní době dávána přednost biologickým teoriím, i ostatní teze hrají důležitou roli v hledání predispozičních faktorů nemoci zvané závislost (Váchová, Janů, Racková, [online] 2009).

4.4 Alkoholismus a rodinné vztahy

Některé problémy v rodinných vztazích se považují za možné faktory, které vedou ke vzniku nebo častěji k udržování závislého chování dětí či rodičů. V propojení charakteru rodinného prostředí a povahy závislého chování uvádí Cancrini (1985) čtyři typy závislosti, kterým odpovídají určité znaky rodin, ve kterých dotyční vyrůstali. Jde o zjednodušenou klasifikaci, která ale jasně ukazuje různorodost rodinné etiologie i odlišný dopad na vznik a povahu závislosti:

1. Závislost traumatického typu (trauma, zneužívání, nezpracované úmrtí, psychická porucha v rodině). Může jít o reakci ve formě závislého chování, která zpracováním traumatizace odezní.
2. Neurotická závislost (nahromaděné napětí, nejasné vztahy plné viny a křivdy, partnerské obtíže rodičů). Nejčastěji živná půda pro rozvoj závislosti.
3. Přechemodová závislost (vážná duševní porucha v rodině, bizarní vztahy, tabuizace, dvojná a manipulativní komunikace v rodině). Může jít přímo i komorbidity – souběžnou hraniční poruchu osobnosti nebo hraniční organizaci osobnosti závislého.
4. Sociopatická závislost (lhostejnost, kriminalita, fyzické násilí a asocialita v rodině). Závislost není primárním problémem, tvoří součást životního stylu a zapadá organicky do osobnosti závislého.

Teorie zabývající se systémem rodinných vztahů předpokládají, že rodina a vztahy v ní mohou přispět ke vzniku závislosti. Závislost chápou jako jev, který není izolovaný, ale existuje v systému vztahů dotyčného člověka. Stává se tak dočasně nutným prvkem, který umožňuje určité fungování, postoje a udržuje rovnováhu. Takový proces bývá zřetelný v rodině, kde je například závislý jeden z rodičů. V rodinách sociálně stabilizovaných alkoholiků se můžeme setkat s tím, že pití se stane součástí kultury a zajišťujícím prvkem, bez něhož to nejde. Jde o proces interakcí, které se navzájem posilují (cirkulární kauzalita). V důsledku toho pak může docházet ke specifické emocionální zátěži, která již představuje rizikové faktory, které mohou směřovat k nadměrnému využívání psychoaktivních účinků návykových látek. Tento přístup a chápání závislosti v rodině bývá označován jako „model nemoci rodiny“ a úzce souvisí s konceptem spoluzávislosti. Spoluzávislost je termín, který je v posledních letech používán ve stále širším významu. Původně měl tento termín nejbližší k tzv. umožňování, kterým se označovaly postoje a chování členů rodin závislých, jež zjevně či skrytě vlastně udržovaly závislé chování jednoho ze svých členů. Na základě toho se začala zjišťovat významnost role rodinných příslušníků ve snaze o abstinenci. Spoluzávislost označuje souhrn motivů, postojů, komunikace a chování, kterým rodina či partner nebo partnerka závislost spíše podporují, rozvíjejí, anebo naopak sabotují či zlehčují snahu o vyléčení. Lze ji chápat jako důsledek chronického patologického vztahového prostředí rodiny. Model spoluzávislosti vlastně předpokládá, že partner nebo rodina závislé chování umožňují (Kalina, 2015, s. 173-174).

V rámci rodinných vztahů je tedy patrné, že alkohol má vliv na rodinu a potažmo i na vzájemné vztahy mezi partnery. Tedy i na partnerství. Hosek (1998, s. 23) uvádí, že *„destrukce partnerství z důvodu alkoholické závislosti jednoho z partnerů nebývá zpravidla dilem krátké doby. Naopak, trvá velmi dlouho, někdy i do konce života jednoho z aktérů. Obětí se samozřejmě stává alkoholik, ale současně na předním místě je to jeho partner.“*

Závislostí na alkoholu trpí také děti alkoholiků, u kterých se mohou objevovat traumata, která si přenášejí i do dospělosti. Neučí se totiž to, co se v rodině učí ostatní

děti v průběhu svého zrání, tedy ten správný postup, jak žít. Konzumace alkoholu u rodičů se tak projevuje nepříznivě především v utváření osobnosti dítěte. Na tento fakt má vliv převážně nevhodné utváření základních sociálních vztahů v rodině se závislostí, nedostatečné vytváření základní potřeby životní jistoty, nedostatek vhodných identifikačních vzorů a posunutý model rodinného soužití (Mühlpachr, 2008, s. 83).

5 Specifika ženské alkoholové závislosti

Je nepochybné, že k alkoholismu mužů je společnost mnohem tolerantnější než k alkoholismu žen. Ten vyvolává všeobecné opovržení. Proto většina žen konzumuje alkohol skrytě a svou závislostí se odsuzuje k hanbě a izolaci (Ühlinger, Tschui, 2009, s. 40).

Výše uvedené skutečnosti souvisí patrně s úlohou a funkcí, kterou ženy zastávají v rodině, ale namnoze je to také vliv letité předpojatosti. Zvláště odmítavý postoj zaujímá veřejnost k těhotným ženám a matkám alkoholičkám, kde negativní tlak společnosti neumožní často ženě vyhledat a přijmout léčbu. Kulturní tabuizace a stigmatizace vedou k tomu, že problémy se závislostí na alkoholu si nepřipouštějí ženy samy, ale ani jejich rodinní příslušníci. Za podstatu genderové specifičnosti je považován fenomén tzv. dvojí deviace, kdy žena je deviantní nejen pro své užívání návykových látek, ale zklamává i ve své ženské, případně mateřské roli. Pokud však žena doopravdy propadne alkoholu a je současně matkou nezletilých dětí, jsou důsledky na rodinu téměř vždy silně destruktivní a katastrofální. Specifika žen v klientele uživatelů návykových látek však nespočívá pouze v jejich mateřské roli a ve všem co s tím souvisí, ale jak ukazují výzkumy, vznik závislosti a průběh užívání se u žen výrazně liší. Závislost u nich vzniká rychleji, po nižších dávkách, kdy i při běžné konzumaci alkoholických nápojů je u žen naměřena vyšší hladina alkoholu v krvi oproti mužům. Vysvětluje se to menšími játry, které ve větší míře metabolizují hormony. To vede spolu s nižší hmotností, vyšším obsahem tuku v těle a dalšími faktory k tomu, že alkohol působí u žen silněji než u mužů. Zdravotní škody u žen tak nastávají zpravidla dříve. Mají také diagnostikován dvakrát vyšší výskyt

deprese než u mužů a více si na depresivní prožitky stěžují. Čím dál více se potvrzuje, že příčiny závislosti žen často korespondují s řadou traumat a psychických potíží, častá je spojitost s psychickým a fyzickým zneužíváním v dětství a dospívání. S tím souvisí i fakt, že v dospělosti přejdou pod nadvládu jiného dominantního muže, často násilnického, vůči čemuž nemají a neznají mechanismus obrany, anebo jim to vzhledem k anamnéze připadá normální. Vytváří se uzavřený kruh dětství, dospívání a následné opakování stejného modelu jako v původní rodině (Kalina, 2015, s. 560-561).

Jak uvádí Šedivý, Válková (1988) ženy alkoholičky si z řady důvodů zasluhují stejnou pozornost jako alkoholičtí muži. Zdravotníci se ohledně žen s patologickým vztahem k alkoholu shodují, že léčba těchto pacientek je obtížnější než u mužů, protože k ní často dochází až v rozvinutých stádiích alkoholové závislosti, kdy škody na psychosomatickém zdraví i selhávání v sociální sféře jsou již nápadné.

5.1 Faktory a příčiny ovlivňující vznik alkoholismu u žen

Okolnosti zneužívání alkoholu a závislosti na něm mohou být různé. Nadměrnou konzumaci podporuje několik faktorů. Od charakteristických rysů osobnosti jedince, psychoaktivních vlastností alkoholického nápoje, ale i prostředí, v němž k jeho konzumaci dochází. Každý má ve svém životě nějakou anamnézu, která ho může určitým způsobem oslabovat. Může se jednat například o tragickou událost, ztrátu blízké osoby nebo duševní poruchy. Existuje však i předpoklad dědičné genetické dispozice (Nešpor, 2011).

K faktorům, které mají vliv na vznik alkoholismu u žen, bychom mohli zařadit neklidné a sociálně nestabilní prostředí, potíže a konflikty v práci, zaměstnání, které je neuspokojuje a nefunkční vztahy s partnerem, rodiči či dětmi. Za možnou příčinou častější konzumace alkoholu u žen může být, jak uvádí Trávníčková (2001) nezvládnutí těžkých životních situací nebo úzkostné a depresivní stavy. Samotné ženy závislé na alkoholu uvádějí jako příčinu své nadměrné konzumace alkoholu partnerské a psychické problémy, starosti s výchovou dětí, pocit osamění a méněcennosti, syndrom opuštěného hnízda a s tím související nízké sebevědomí, ale také zde může

být problematický konflikt rolí, zaměstnaná žena, role matky a ženy v domácnosti. „Mnoho žen si vytváří závislost na alkoholu vedle nebezpečně pijících mužů“ (Nešpor, 2006, s. 110).

Nešpor, Csémy (1996, s. 153) potvrdili častější převážně psychogenní etiologii závislosti na alkoholu u žen oproti častější převážně sociogenní etiologii (např. životní styl, nevhodná společnost apod.) u mužů.

Prvním viditelným příznakem výše uvedených faktorů a příčin je pak změna vzhledu, kdy jindy upravená a pěstěná žena přestává dbát o svůj zevnějšek, oblečení, a později i osobní hygienu, reaguje podrážděně až hystericky, zanedbává své povinnosti a běžné denní úkoly doma i v zaměstnání.

5.2 Ženy ohrožené závislostí na alkoholu

Lze konstatovat, že existují skupiny osob, v porovnání se zbytkem populace, které jsou závislostí na alkoholu ohroženy více, jedná se o děti a dospívající, ženy, seniory a osoby na okraji společnosti (Fischer, Škoda, 2009). Z těchto skupin ohrožených závislostí na alkoholu se pro potřeby naší diplomové práce zaměříme na ženy. Jak uvádí Mikitová ([online] 2006) jedná se o:

- ženy, které začaly pít v období dospívání, pijí v partě s lehkovážným přístupem k životu, experimentují, snaží se držet krok se svými mužskými partnery. Alkohol je pro ně stmelujícím prvkem, chybí jim pracovní návyky, mají oslabený smysl pro zodpovědnost, jsou finančně nesoběstačné.
- Ženy, které pijí ve společnosti, kde jde o časté nedisciplinované společenské pití (bohémský způsob života) spojené s vysokou tolerancí k alkoholu, pití souvisí s prací (navazování kontraktů, alkohol na pracovišti, mužské kolektivy).
- Ženy, které prožívají odchod dospělých dětí z domu tzv. syndrom prázdného hnízda, kdy nastává vakuum bez jiného způsobu seberealizace, uplatnění svých citů.
- Manželky podnikatelů, společensky významných mužů, kde jejich zaneprázdněnost způsobuje u ženy zátěž, pocit samoty, méněcennosti,

přenesení zodpovědnosti za výchovu dětí, domácnost a zároveň reprezentaci manžela, bez naplnění vlastních potřeb.

- Ženy, které jsou v domácnosti, nezaměstnané ženy, ženy na mateřské dovolené. Všechny může spojovat osamělost, pocit nedocenění, frustrace v dosahování jiných cílů, než je rodina.
- Ženy, které prožily životní ztrátu, např. rozvod, nevěru, smrt partnera, dítěte, s níž se nemohou dlouhodobě vyrovnat.
- Ženy alkoholiků, které přijmou partnerův životní styl. Závislost ženy můžeme vnímat i jako příznak spoluzávislosti (spoluzávislost je soubor psychických problémů vyplývajících ze soužití se závislým členem rodiny), kdy původně alkohol pomáhal při zmírňování problémů, byl úlevou v beznaději a neschopnosti pomoci.
- Ženy, které prožily v dětství týrání, sexuální zneužívání, kdy závislost je důsledkem neléčené traumatické události, narušení pocitu jistoty k blízkému člověku a přenesení se do dospělosti.
- Ženy žijící v násilném vztahu, kdy alkohol pomáhá zvládat násilí ze strany partnera, následné pocity bezmocnosti a nenacházení řešení. Bohužel, oběť dává ještě víc záminek násilníkovi tím, že se závislost stává jednou z omluv jeho násilí.

5.3 Fetální alkoholový syndrom

K specificky ženským problémům patří riziko poškození plodu v těhotenství v důsledku užívání alkoholu nebo jiných návykových látek. Jelikož mezi ženami požívajícími alkohol tvoří významnou část těhotné ženy, je nutné zmínit rizika, která hrozí nenarozenému dítěti v důsledku nadměrného pití. V těhotenství se proto doporučuje úplná abstinence. Nadměrné pití může mít pro dítě velmi vážné důsledky. Jedním z nich je fetální alkoholový syndrom, který se projevuje anomáliemi na úrovni tváře, opožděným růstem, problémy na úrovni mozku a poruchami učení a chování. Závažnost symptomů vyplývá z kvantity a frekvence požívání alkoholu. Jak dítě roste, mohou se u něj projevovat potíže se sociálním zařazením, ve škole a ve společnosti

vůbec, včetně známého syndromu hyperaktivity a poruch soustředění. Ve srovnání s ostatními mladými se ho bude týkat i zvýšené riziko náchylnosti k užívání psychoaktivních látek (Ühlinger, Tschui, 2009, s.40).

Fetální alkoholový syndrom (FAS) byl poprvé medicínsky popsán ve Francii v roce 1968 a jedná se o označení pro celý komplex znaků charakteristických pro poškození plodu alkoholem v době jeho vývoje. Fetální alkoholový syndrom je trvalý a nevyléčitelný. Jedná se o nevratné poškození plodu u žen, které konzumují alkohol během těhotenství, a to v celém průběhu těhotenství, i když plod je nejvíce ohrožen v prvním trimestru, tedy často ještě před tím, než žena ví o těhotenství. Alkohol v prvním trimestru těhotenství zvyšuje i v malých dávkách riziko potratů. K známkám uvedené poruchy, jak již bylo výše popsáno, patří vrozené vady v oblasti hlavy a obličeje, nižší porodní váha a poškození mozku projevující se poruchami chování a nižším intelektem. Poškození mozku plodu alkoholem, aniž by došlo k jiným znakům fetálního alkoholového syndromu se někdy označuje jako “ARND“ (alcohol-related neurodevelopmental disorder). Ten se může projevovat některým z následujících znaků: menší velikost hlavy při narození, strukturální změny mozku, různé neurologické příznaky a/nebo poruchy v oblasti chování a vnímání (špatný prospěch, nedostatečné sebeovládání, neschopnost správně vnímat sociální situaci, poruchy řeči, malá schopnost abstrakce, deficity při počítání a v matematice, poruchy paměti, pozornosti a úsudku). Právě alkohol se považuje ve vyspělých zemích za nejčastější příčinu mentální retardace. Moderní zobrazovací metody prokázaly u dětí prenatálně vystavených alkoholu řadu abnormalit v CNS. Expozice alkoholem také působí těmto dětem řadu problémů v pozdějším životě (Nešpor [online] 2014).

5.4 Děti alkoholiků

Vzhledem k tomu, jak uvádí Matějček (1994), že člověka formuje prostředí, ve kterém vyrůstá, hraje svoji roli i způsob výchovy. Pokud rodina neplní svoji funkci a dítě nemá dostatek přízně a přijetí, může to ovlivnit další aspekty osobnostních charakteristik. Když dítě nemá přísun informací a množství zkušeností, jako jeho vrstevníci vyrůstající ve funkčních rodinách, tak nemá možnost se učit věcem

typickým pro dané období či si vypěstovat zájmy. Nevhodné sociální učení, které přebírají od modelu pití svých rodičů, potvrzuje i Kohoutek (2007, s. 211) jež uvádí, že hodně dětí a mladých lidí se učí pít alkohol ve svých rodinách. Důležité je také vědět, že dítě problémy se závislostí na alkoholu v rodině rozpozná. Potom bude charakter postižení dítěte problémy rodičů, pravděpodobně záviset na jeho věku v době, kdy problémy začnou. Dítě mladší pěti let je citlivé na zhoršení tělesné péče, zatímco starší dítě může být zranitelnější v oblasti psychické (Sovinová, Csémy, Nešpor, 2001, s. 20).

Pro děti z prostředí, kde nemají potřebné citové zázemí, je typická nejistota, úzkosti, ale také přecitlivělost a agresivita. Zásadní je ale vysoké riziko vzniku závislosti u dětí v pozdějším věku, tedy reprodukování chování, kterým byly v dětství obklopeny. V domácím prostředí narušeném jakoukoliv závislostí matky postrádají děti základní pocit jistoty, nemají vzory ani návyky související se zvládnutím náročných životních situací. Ve školním věku se tak stávají tím, kdo mívá horší prospěch i problémy s chováním a přijímáním autorit. Závislost matky se pak v dlouhodobém horizontu promítá i v horším uplatnění v pracovním životě, může být příčinou komplikovaných osobních vztahů i problematického formování vlastní rodičovské role (Závislost na drogách u žen specifika a rizika. [online] 2018).

Tyto děti jsou i více ohroženy návykovými nemocemi, bývají často zatěžovány nepřiměřenými úkoly, zanedbávány, někdy i týrány. Klíčové je zde překonání návykové nemoci u rodičů. Děti je třeba orientovat k záležitostem, které odpovídají jejich věku, nečinit je odpovědné za problémy dospělých, poskytnout jim dobré a bezpečné prostředí, posilovat jejich zdravé sebevědomí a učit je nacházet zdravé hranice toho, co je vhodné a co už ne. Při abstinenci problémového rodiče se stav dětí zpravidla pronikavě zlepšuje (Nešpor [online] 2014).

Závislost na alkoholu v rodině může způsobovat dětem psychické problémy, nejčastěji se jedná o neurózy, poruchy chování, snížené sebehodnocení, vyšší úroveň introverze a nižší míru sociability. Nešpor, Csémy (1996) zdůrazňují ohrožení dětí v rodině tím, že je velká zodpovědnost přenášena především na starší sourozence, kterým je předčasně vnucena role dospělého. Je od nich očekáváno převzetí role

rodiče, což může být pro dítě stresující, jelikož se jedná o situaci, která je nad jeho síly. Spousta dětí alkoholiků si pak vytvoří jakýsi krunýř, aby příliš netrpěly. Ale právě tento krunýř jim v dospělosti brání navazovat autentické vztahy, obzvláště v milostné oblasti (Ühlinger, Tschui, 2009, s. 72).

Jak uvádí Hosek (1998, s. 24) „*děti se s daným stavem nedokáží vyrovnat. Trpí jím, stydí se za postiženého rodiče alkoholika a nepříznivě to poznamenává jejich duševní vývin.*“ Někdy se uvádí, že děti v rodině s problémovým pitím mohou být postiženi různě a přecházejí na ně různé role podle jejich věku. Podle jedné teorie je prvorozené dítě „hrdinou“ rodiny (přebírá role a povinnosti dospělých), druhé je „obětním beránkem“ nebo „rebelem“ (problémy se vztahy, delikvence), třetí je neviditelným „ztraceným“ dítětem (nárokuje málo od ostatních členů rodiny, vždy hraje druhé housle) a čtvrté je „vtipálek“ (nezralý, náročný). Není ovšem jasné, jak solidní jsou základy této typologie (Sovinová, Csémy, Nešpor, 2001, s. 21).

Dospělé děti alkoholiků si tak z dětství přinášejí dědictví vzteku, deprese, neschopnosti radovat se, podezřívavosti, narušených mezilidských vztahů, přehnaně rozvinutého smyslu pro odpovědnost. Rovněž byly vybaveny „návodem“, jak se s tímto odkazem vyrovnat: pitím (Forwardová, Buck, 2008, s. 92). Vliv na dospělé děti alkoholiků shrnuje Profous (2011, s. 72), který uvádí, že si:

- nejsou jistí tím, jaké chování je správné,
- mají těžkosti při dotahování úkolů do konce,
- lžou v situacích, kde by bylo stejně snadné říci pravdu,
- posuzují samy sebe bez slitování,
- mají problém se bavit,
- berou samy sebe velice vážně,
- mají problém s důvěrnými vztahy,
- reagují nepřiměřeně na změny, které nemohou ovlivnit,
- neustále hledají a vyžadují pochvalu a ujištění,
- obvykle cítí, že jsou jiní než ostatní lidé,
- jsou buď mimořádně odpovědné, nebo mimořádně nezodpovědné,

- jsou extrémně loajální, a to i tehdy, když vidí, že jejich loajalita je nezasloužená,
- jsou impulzivní, mají sklon nechat se vtáhnout do průběhu nějaké události, aniž by vážně uvažovaly o jiných alternativách chování nebo o možných důsledcích. Tato impulzivnost pak vede k vnitřnímu chaosu, k averzi vůči vlastní osobě a ke ztrátě kontroly nad svým prostředím. Kromě toho musí vynakládat velké úsilí, aby věci daly zase do pořádku.

Jak uvádí Woititzová (1998) tyto charakteristiky nemusí platit pro všechny děti dospělých alkoholiků, některé se na ně mohou vztahovat jen do určité míry. Tyto charakteristiky nejsou výsledkem vědeckého průzkumu. Jsou to výroky, na nichž se dospělé děti alkoholiků shodly, že nejlépe popisují je samotné.

Dospělé děti z rodin závislých mají také tendence brát si zase závislé jedince. Na význam zažitých vzorů rodinného chování poukazují i výzkumy zaměřené na vliv závislosti některého z rodičů na pozdější vztah k alkoholu u dětí. Rozhodující význam pro přenos závislosti do další generace, ale i pro výběr závislého partnera má, jak uvádí Kvapilík (1985) míra závislosti. Závislost pak může postihnout kohokoliv a může nepříznivě zasáhnout do společenského prostředí jedince.

Skála (1986) také uvádí, že v důsledku narušení vztahů v rodině jsou jedinci ohroženi v psychosexuálním vývoji. Vzniká zde nebezpečí, které se tzv. nazývá patologie třetí generace. Rodiny, ve kterých se vyskytuje závislý jedinec, přináší společnosti jako celek ekonomickou zátěž a podílejí se na sociálně nežádoucích jevech jako je např. rozvodovost. Závislost rodiče působí na dítě nepříznivě. Postižení jsou chlapci i děvčata. Chlapci především ve sféře pracovní a společenské, dívky ve společenských postojích a v psychosexuálním vývoji. Nejvíce jsou závislostí v rodině postižené děti ve věku 9-11 let.

Ale je také pravdou, že nadměrné pití ani závislost na alkoholu nemusí nutně vést k narušení vztahů v rodině, ani vyústit v násilí nebo jiné formy zneužívání partnera či dítěte, v mnoha případech děti, trpící pitím alkoholu rodičů, nepřestávají navzdory všemu své rodiče milovat a zůstávají vůči nim loajální. Stejně tak mnoho

problémových rodičů pijáků, má opravdovou starost o své děti. Ostře si uvědomují, jak svým dětem ubližují.

6 Výzkumné šetření

Na úvod výzkumného šetření představíme stručná teoretická východiska výzkumu. Závislost na alkoholu a zejména škody způsobené alkoholovou závislostí se neomezují zdaleka jen na alkoholiky samotné, poškození mohou být i všichni kolem. Partner je však dospělý jedinec, který chápe konsekvence průběhu této nemoci na rozdíl od dítěte, které tuto výhodu nemá. A tak dětství prožité v takové rodině může znamenat léta naplněná strádáním, často skrytým navenek. Těmto dětem se pak často nedostává sycení jejich potřeb, vyplývajících ze základních funkcí rodiny. Problémové pití naruší také rodinné rituály, komunikaci a běžné činnosti zajišťující zdravé fungování rodiny. Děti rodičů závislých na alkoholu si tak nesou zvýšené riziko problémů, ale ne všechny děti zažijí významné problémy na různé úrovni závažnosti, ať již jako děti či jako dospělí. Práce se zabývá touto závislostí v kontextu mezigeneračního přenosu v rodových liniích žen. Otázkou tedy je, zda emoční a jiné problémy přetrvávají až do dospělosti. Zda tyto problémy ovlivňují životy dcer matek závislých na alkoholu v dospělosti, zda se ony samy stanou závislými na alkoholu a naplní předpoklad transgeneračního přenosu nebo zda uniknou svým zážitkům z dětství s matkou alkoholičkou.

Tato kapitola dále popisuje postup, jímž bylo prováděno výzkumné šetření. Zahrnuje cíl výzkumu a výzkumné otázky a současně s tím je v rámci kapitoly uveden i popis metody, techniky sběru dat a následný postup zpracování a analýzy dat.

6.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumného šetření je zjistit osobní zkušenosti žen a jejich matek s alkoholovou závislostí. Matky budeme šetřit pouze zprostředkovaně, prostřednictvím výpovědí dcer, jelikož ve většině případů nejsou již mezi živými. Snažíme se tedy využít dosud nabytých teoretických poznatků k získání

co nejkvalitnějšího výzkumného materiálu, pramenícího z výpovědí těch, které se závislosti na alkoholu pojí vlastní osobní historie.

Jak bylo uvedeno, vědecko-výzkumným problémem je transgenerační přenos alkoholismu u žen.

HVO zní: Jaké jsou zkušenosti žen a jejich matek s alkoholovou závislostí? Konkrétní aspekty zkušenosti respondentek s alkoholismem matek jsou zjišťovány s ohledem na vybrané životní oblasti a témata. Zajímá nás, jak dcery matek alkoholiček interpretují dopad této závislosti na tyto oblasti života. V souladu s hlavní výzkumnou otázkou jsme formulovali následující dílčí výzkumné otázky, které na tyto oblasti poukazují:

DVO1: Jaká je retrospektiva dětství respondentek se závislou matkou?

DVO2: Jak ovlivnilo respondentky soužití s matkou alkoholičkou jejich současný dospělý život?

DVO3: Jaký měla závislost matky na alkoholu vliv na vztahy a fungování v rodině?

DVO4: Jak ovlivnila matčina závislost na alkoholu výběr životního partnera respondentek?

DVO5: Jaký zaujímají respondentky postoj k alkoholu?

DVO6: Jaké vykazují respondentky charakteristiky dospělých dětí alkoholiků?

Tazatelské položky, respektive struktura rozhovoru – viz příloha.

6.2 Výzkumný design

Vzhledem k povaze a cíli práce byla pozornost v rámci výzkumu soustředěna k subjektivním zkušenostem respondentek s alkoholovou závislostí jejich matek a dopad této závislosti na jejich vybrané životní oblasti a jejich samotný postoj k alkoholu. Jedná se o téma velice citlivé, kde je zapotřebí určitý stupeň důvěry, a tedy individuální přístup. Z tohoto důvodu byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie, jež jak uvádí Švaříček, (2014, s. 17) je definována jako *„proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený*

na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a prezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.“

Záměrem bylo získat určité spektrum informací od menšího počtu respondentů, zaměřených však do hloubky tak, aby bylo možno lépe porozumět jejich konkrétním zkušenostem. Důraz byl kladen na detailní a komplexní informace o studovaném jevu (Švaříček, 2014, s. 13), při čemž nebylo cílem získat kvantum poznatků od mnoha respondentů v podobě pouze plochých čísel.

Jako nejvhodnější metoda sběru dat byl vybrán polostrukturovaný rozhovor, který se vyznačuje tím, jak uvádí Reichel (2009, s. 111), že má připraven soubor otázek, který bude jeho předmětem, aniž by bylo předem striktně stanoveno jejich pořadí a formulace pokládaných otázek může tazatel částečně modifikovat. Jistá volnost polostrukturovaného rozhovoru se tak jeví jako vhodná k vytvoření přirozenějšího kontaktu tazatele s informantem, jehož cílem je získat důvěru a atmosféru otevřenosti důležitou pro validitu výpovědi respondenta.

Pro autentické vyjádření respondentů, tzn. výzkumného materiálu, bylo použito audiozáznamu, který získané rozhovory zafixoval ve zvukové podobě. V této podobě rozhovory obsahovaly přesné projevy emocí jako např. povzdech, smích atp., které byly při pozdějším zpracování dat nápomocné. A také v tomto kontextu dle Miovského (2006) si tazatel není nucen tvořit poznámky v plném rozsahu, má možnost lépe naslouchat a vnímat i nonverbální komunikaci respondenta tzn. jeho gestiku a mimiku.

Po nashromáždění výzkumného materiálu v podobě audiozáznamů byla provedena transkripce údajů, jejich přepis do písemné formy, s kterou jsme dále pracovali. Data byla analyzována pomocí prvků zakotvené teorie (grounded theory), za využití otevřeného kódování. Dle Reichela (2009, s. 166-167) se jedná o komplexní a poměrně podrobně propracovaný postup při práci s kvalitativními údaji, jehož cílem je hledání specifické teorie platné pro zkoumaný problém. Základními prvky jsou zde tzv. koncepty (teoretické pojmy), kategorie (základní prostředky budování teorie) a propozice (zobecněné vztahy mezi koncepty a kategoriemi a mezi kategoriemi

navzájem). Analytický postup směřuje ke zjištění ústřední kategorie zkoumaného souboru údajů, která se potom stává středem hierarchické sítě dalších kategorií. Dále uvádí, že při práci s datovým materiálem probíhá kódování, které pořadí údaje pro další nakládání s nimi. V zakotvené teorii se rozlišuje trojí druh kódování, a to kódování otevřené, které se provádí při prvních analýzách údajů. Axiální kódování, které představuje hledání příčin, důsledků, interakcí ad., jež odhalují vztahy mezi různými kategoriemi a případně je navzájem propojují. Posledním kódovacím krokem je selektivní kódování, jímž začíná integrace výsledků. V zakotvené teorii končí kódování a sběr empirického materiálu, jestliže se již nepřinášejí nové výsledky a je dosaženo teoretické saturace.

6.3 Charakteristika výzkumného vzorku a kritéria výběru participantů výzkumu, průběh šetření

Jak uvádí Švaříček (2014) výzkumný vzorek je v kvalitativním výzkumu konstruován záměrně a je odvozen od výzkumného problému a také výzkumných otázek. V této diplomové práci jsou ve středu zájmu dcery matek alkoholiček, což bylo prvním kritériem pro výběr respondentek v souladu s hlavní výzkumnou otázkou. Všechny respondentky pojí se závislostí na alkoholu vlastní osobní historie, tzn. osobní zkušenost v podobě soužití s matkou závislou na alkoholu v průběhu jejich dětství až do dospělosti.

Dalším kritériem pro výběr cílové skupiny byla věková hranice respondentek 40-50 let. Nešpor (1996) uvádí, že alkoholu propadají nejčastěji ženy mezi čtyřicátým až padesátým rokem života.

Posledním kritériem bylo, aby respondentky již prošly partnerským vztahem, jelikož závislost na alkoholu se promítá nejenom do oblasti rodinné, ale i partnerské a případný dopad této závislosti může mít mimo jiné vliv na tuto životní oblast v podobě výběru jejich životního partnera.

Při výběru respondentek jsem kontaktovala nejprve své známe, o kterých vím, že je pojí zkušenost se závislostí na alkoholu jejich matky a splňují daná kritéria, a poté na doporučení svých známých, jsem kontaktovala další respondentky. Bohužel

ne všechny oslovené respondentky splňovaly daná kritéria. V některých případech se matky respondentek potýkaly s alkoholovou závislostí až v jejich dospělém věku, kdy s nimi již nesdílely společnou domácnost. Celkem se mě podařilo sehnat pět respondentek, které splňují výše uvedená kritéria. Pro větší přehlednost jsou základní údaje uvedena v tabulce:

Tab. 1. Charakteristika výzkumného vzorku

Označení respondentky	Věk	Rodinný stav	Nejvyšší dosažené vzdělání
R1	50	rozvedená	úplné střední s maturitou
R2	45	rozvedená	vysokoškolské
R3	47	rozvedená	úplné střední s maturitou
R4	42	rozvedená	střední odborné bez maturity
R5	49	vdaná	úplné střední s maturitou

Rozhovory byly uskutečněny v prostředí s ohledem na potřeby respondentek, pro všechny byla tímto prostředím odsouhlasena kavárna, tedy ani jeden z rozhovorů nebyl ovlivněn jiným prostředím. Všechny rozhovory probíhaly individuálně z důvodu zachování anonymity a současně i navození maximální otevřenosti. Před zahájením rozhovorů byly informantky seznámeny s tím, že bude rozhovor nahráván. Všechny s touto variantou záznamu rozhovoru souhlasily. Dále byly upozorněny na možnost neodpovědět na otázku či popřípadě kdykoliv ukončit rozhovor. Rozhovory probíhaly v časovém horizontu od 30 do 45 minut v klidné a přátelské atmosféře bez rušivých podnětů. Přestože se jednalo o citlivé téma rozhovoru, všechny respondentky zodpověděly všechny tazatelské položky. Zároveň všechny respondentky poskytly ústně informovaný souhlas s tím, že jejich výpovědi mohou být využity v této diplomové práci, pokud budou jejich osobní údaje uchovány v anonymitě. Respondentky budou tedy dále pro potřeby této diplomové práce uvedeny pod zkratkou (viz tab. 1) a budou použity pouze fragmenty rozhovorů tak,

aby nebylo možno identifikovat konkrétní informantku. Doslovný přepis rozhovorů je uložen k nahlédnutí u autorky práce.

6.4 Analýza a interpretace výzkumných šetření

Na základě analýzy dat, kterou jsme získali z uskutečněných rozhovorů a otevřeným kódováním, vzešlo třináct kategorií. V následující kapitole budou tyto kategorie představeny v pořadí dle dílčích výzkumných otázek, poté je zodpovězena hlavní výzkumná otázka.

DVO1: Jaká je retrospektiva dětství respondentek se závislou matkou?

Kategorie č. 1: Nejistota, strach, neustálý stres a pocit studu jako nejčastější emoce prožívané v dětství.

Kódy:

- Styděla jsem se za ni.
- Nechtěla jsem, aby ji kámošky viděly.
- Nestarala se o nás.
- Byly to neustálé nervy.
- Nepořádek, hádky, jaká ostuda přijde.
- Snažila jsem se s nikým o tom nemluvit.
- S obavou jsme čekali, v jakém stavu zase přijde.
- Bylo mi ji líto a zároveň jsem ji nenáviděla.
- Někdy nebylo co jíst.
- Někdy přišla domů a zmlátila nás.
- Měla jsem strach, že je mrtvá.
- Měla jsem strach, jestli se vzbudí.
- Nemohla jsem si domů vodit kamarádky.
- Musela jsem lhát a vymlouvat se na to či ono.
- Musela jsem brzy dospět, na hraní nebyl čas.

V této kategorii, se respondentky shodují v tom, že jako nejčastější emoci v dětství prožívaly nejistotu, strach a neustálý stres. Což je velmi patrné z výpovědi R5, která k tomuto dodává: „*Byly to neustálé nervy, co bude, nepořádek, hádky, jaká ostuda přijde, kdo bude volat, aby táta někam pro ni dojel, nebo kde se válí, žádné vánoční cukroví, no prostě hrůza.*“ A také z výpovědi R1: „*Nikdy jsem od ní neslyšela slova pochvaly, jen samá slova ponižení.*“ Tyto výše uvedené emoce bývají nejčastěji popisovány v důsledku závislosti na alkoholu nejenom matky, ale kteréhokoliv z rodičů, jelikož jeho chování se stane nepředvídatelným a rušivým. Jak uvádí R1: „*Byly i dny, kdy jsme s obavou očekávaly, v jaké náladě, a hlavně v jakém stavu se vrátí z práce.*“ A zároveň dodává: „*Někdy přišla domů a zmlátila nás vodítkem na psa. Stačilo třeba, aby nebylo umyté nádobí.*“ R3 k tomuto dále uvádí: „*Křičela na mě a já si nedovedla vysvětlit, proč se tak děje, co jsem udělala nebo neudělala špatně.*“ Z výpovědi R1 vyplývá, že také často v důsledku závislosti na alkoholu jednoho z rodičů dochází ke změně rolí členů rodiny, kdy nejčastěji nejstarší dítě, může být nuceno převzít role a povinnosti dospělého: „*Po příchodu ze školy jsem musela nejdříve obstarat domácí zvířata, domácnost, potom ohřát sestřím jídlo ... tedy ovšem, když bylo, co k jídlu.*“ Nebo jak popisuje R2: „*Už jako malá jsem si uměla uvařit k obědu smažený vajíčka, když mamka „spala“, chodila jsem nakupovat, uklízela jsem, vařila jsem.*“ Rodinu alkoholika také provázejí pocity nejistoty a úzkosti. R2 k tomuto uvedla: „*Bylo mi ji líto, ale zároveň jsem ji nenáviděla, za všechno, hlavně za to, že taťka odešel. Myslím, že to byla hlavně její vina.*“ R3 k tomuto dodává: „*Dodnes ji vidím opilou, je to pro mě pořád hodně, hodně nepříjemné a deprimující.*“ R4 vypověděla: „*Když jsem potom byla v pubertě, styděla jsem se za ni. Těšila jsem se, až budu plnoletá a odejdu z domu.*“ Opilecké chování je ostatními členy rodiny pokládáno za trapné a zahanbující. R4 uvádí: „*Nechtěla jsem, aby ji kámošky viděly.*“ K problémům provázejícím pití alkoholu patří také manželské konflikty, což se odrazí na psychice dětí, jak uvádí R1 „*Vrazil ji facku, matka upadla na zem a zranila si hlavu. Následně byla odvezena do nemocnice na ošetření. Jako pro dítě, to byl pro mě hrozný zážitek.*“

Kategorie č. 2: Narušení subjektivního vnímání sebe sama.

Kódy:

- Připadala jsem si taková „průhledná“.
- Cítila jsem se zbytečná, sama, bezmocná.
- Že jako nikoho nezajímám, taková nepřijatá.
- Hodně jsem se uzavírala do sebe.
- Vytvářela jsem si svůj svět.
- Měla jsem pocit, že mě nemá ráda.
- Neustále mě ponižovala.
- Nikdy mě nepochválila.
- Připadala jsem si k ničemu.
- Vyhledávala jsem samotu.
- Byla jsem na vše sama.

Kategorie, kde můžeme pozorovat na základě výpovědí respondentek, že narušení subjektivního vnímání sebe sama v důsledku pijícího rodiče, je mezi respondentkami velmi zastoupená. Z našeho šetření vyplývá, že toto narušení v dětství je dále základem nízkého sebevědomí v dospělosti v souvislosti s jejich psychosociálním vývojem. Jak vyplývá z výpovědi R4: *„Připadala jsem si taková „průhledná“, že jako nikoho nezajímám, taková nepřijatá ze strany matky, ale i táta byl takový svéráz a nás děti a výchovu moc neřešil. Hodně jsem se uzavírala do sebe a vytvářela jsem si svůj svět.“* R2 k tomuto dodává: *„Cítila jsem se pořád sama. Prostě jsem byla zavřená sama v pokojíčku, pořád, na televizi jsem se nesměla koukat, protože tam byly pořád nějaké návštěvy, s kterými matka „oslavovala“. Cítila jsem se zbytečná, pořád se tak cítím, zbytečně. Jako něco, co překáží, je k ničemu.“* Soužití s matkou alkoholičkou a vliv na nedostatečný vývoj vztahu k sobě a ukotvení svého zdravého sebevědomí, vystihuje výpověď R5: *„Jsem špatně oblečený chudák, na kterého se všichni soucitně dívají.“* A také R1 obdobně uvádí: *„Připadala jsem si k ničemu, zbytečná. Byla jsem také dost uzavřená a spíše vyhledávala samotu.“*

Naopak z výpovědi R3 vyplývá, že nadměrné pití matky nemusí vždy nutně vést k narušení subjektivního vnímání sebe sama, R3 uvádí: „*Myslím si, že jsem se nijak zvlášť neodlišovala od svých vrstevníků, možná že jsem se snažila okolí dokázat, schovat se za svou dominantnost, nevím ...*“

Kategorie č. 3: Deprivované dítě.

Kódy:

- Ubrečený táta.
- Její pokus o sebevraždu, našla jsem ji.
- Potlučená máma.
- Vrazil ji facku a zranila si hlavu.
- Mlátila mě vodítkem na psa.
- Našla jsem ji úplně opilou.
- Leží rozmlácená v kaluži krve.
- Myslela jsem, že je mrtvá.

V této kategorii jsme měli možnost vypořádat, že respondentky shodně vykazují ve svých výpovědích silnou negativní vzpomínku z dětství v souvislosti s alkoholovou závislostí jejich matky, kterou si nesou až do dospělosti, která je ovlivnila a zároveň v nich zpětně vyvolává traumatizující pocity, sebeobviňování, negativní přístup k rodičům, ale i k sobě samým. Například R5 v této souvislosti uvádí: „*Vzpomínám si na tátu, jak sedí ubrečený v obýváku a vedle na gauči sedí potlučená máma, protože se někde válela a táta pro ni zase musel dojet, sedí v pokoji a jí je to úplně jedno, je na mol ... potom se pokusila o sebevraždu ... a já ji našla.*“ R2 dále k tomuto uvádí: „*Pamatuju si, to bylo asi v sedmé třídě. Našla jsem mamku úplně opilou na zemi a nemohla jsem ji uzvednout, abych ji odnesla do postele. Cítila jsem se bezmocná, že ji nemůžu pomoci a taky jsem měla strach, jestli se vzbudí. Já na ni křičela a ona se nechtěla vzbudit, myslela jsem, že je mrtvá.*“ R1 doplňuje výše uvedené výpovědi o svojí negativní vzpomínku, ve které uvádí: „*Matka byla zase opilá, nejdříve na mě křičela a potom mě mlátila hlava nehlava, do toho se vrátil otec*

po týdnu z práce (jezdil na montáži) a viděl co se děje, nejdříve se ji snažil slovně domluvit, aby toho nechala a když nereagovala, vrazil ji facku až upadla na zem.“
Ve shodě s ostatními respondentkami R4 dodává: *„Přišla jsem ze školy, nikdo nebyl doma a já našla mámu rozmlácenou v kaluži krve na podlaze v kuchyni, nákup rozházený všude kolem. Strašně jsem se vyděsila, nevěděla jsem, co mám dělat, cloumala jsem s ní, ale vůbec nereagovala. Nakonec jsem běžela k sousedům, a ti se o mámu postarali. Byla samozřejmě na mol, ale já jsem se o ni strašně bála, ale potom jsem na ni měla hrozný vztek, jak nám to může dělat, možná by bylo tenkrát lepší, kdyby umřela.“* Poslední R3 na závěr uvádí: *„Dodnes vidím, a hlavně si pamatuji prakticky na každý moment z toho dne co se dělo, ale nemohu to teď a tady popsát ... ne nezlobte se, nemůžu o tom mluvit.“*

Kategorie č. 4: Pocit bezmocnosti, beznaděje a zklamání aneb přenesená tíha zodpovědnosti.

Kódy:

- Nadávala jsem jí, vyhrožovala.
- Nemohla jsem ji vystát.
- Dávala jsem jí za vinu, že tat'ka odešel.
- Měla jsem na ni hrozný vztek.
- Prosila jsem ji, nepamatovala si to.
- Nechtěla si to přiznat.
- Nebyla schopná si pomoci.
- Léčit se jí nechtěla.
- Nechtěla o tom ani slyšet.
- Křičela na ni.
- Brečela jsem.
- Slíbila a nikdy to nedodržela.
- Hrozně jsem se o ni bála.

V této kategorii se respondentky shodly, že nejčastějším pocitem, který zažívaly jako děti rodiče závislého na alkoholu, byla bezmocnost, beznaděj a zklamání. R2 k tomuto uvádí: „*Křičela jsem na ni, nadávala jsem jí, vyhrožovala, ale ona si to většinou stejně nepamatovala.*“ A dále R2 dodává: „*Nemohla jsem ji vystát. Odešla jsem z domu hned po maturě.*“ Z výpovědi R4 vyplývá, že s tímto pocitem souvisí tíha zodpovědnosti, kterou musely převzít za svojí nefungující matku ať již ony samy, či některý ze sourozenců: „*Jako malá jsem ani netušila, co všechno musela sestra za mámu zastat. Máma, taková ta klasická, to tedy nebyla. Nestarala se o nás, a jak by taky mohla, když byla pořád mimo. Taková otupělá. Těšila jsem se až budu plnoletá a odejdu z domu.*“ Nebo odpovědnost přebral partner, jak uvádí R5: „*Táta se snažil zastat i její povinnosti. Celý život bojoval, ale marně. Byl zoufalý a doufající, divím se, že to vydržel a nepraštil ji.*“ R1 k tomuto dodává: „*Nezvládala to, když byla opilá, nebyla schopna ničeho. Nedělala nic. V týdnu jsem se musela starat sama o vše a potom, když byly sestry větší, mě pomáhaly. O víkendu práci i starost o nás přebíral táta.*“ Výše uvedené pocity také vystihuje výpověď R4: „*Když jsem byla malá, tak jsem nejdříve nechápala, co se s ní děje, ale potom v pubertě už mě docházelo, že to není normální a hlavně, že kámošky měly normální mámy a žily si bezstarostně a já neměla s mámou možnost nic probírat, řešit, byla jsem na ni našťvaná a styděla se za ni. Nechtěla jsem, aby ji kámošky viděly.*“ Výpověď R3 tuto kategorii uzavírá svojí výpovědí: „*Tenkrát jsem tomu nerozuměla, proč maminka pije. Trnula jsem, když přijdu ze školy, v jakém stavu bude a od toho se potom všechno odvíjelo. Hrozně jsem se o ni bála.*“

Kategorie č. 5: Vybudování obranných mechanismů aneb únik z reality.

Kódy:

- Nevnímat to, nestresovat se.
- Někde jsem si zalezla.
- Zavřela jsem se do pokojíčku.
- Jako větší jsem byla ráda mimo domov.
- Dělala jsem, jakože to není.

- Snažila jsem se být neviditelná.
- Četla jsem si.
- Utíkala jsem k babičce.
- Snažila jsem se schovat za svou dominantnost.
- Mezi kámoškama jsem byla za šaška.
- Těšila jsem se, až budu plnoletá a odejdu z domu.

Emoční, ale i další problémy, které děti alkoholiků prožívají, jsou pro ně výrazně nepříjemné a stresující, snaží se je za pomoci svých vlastních vybudovaných obranných mechanismů zvládnout tak, aby svoji situaci dokázaly lépe překonat a snášet. V této kategorii respondentky interpretují různě svoje způsoby, jak se snažily uniknout ze života s matkou alkoholičkou, a s tím spojenými problémy, ať již v rodině, ve škole či mezi svými vrstevníky. R4 k tomuto uvedla: *„Snažila jsem se být neviditelná. Zalezla jsem si ke svým plyšákům a nevnímala okolí. Mezi kámoškama jsem byla za šaška, nechtěla jsem, aby se mě ptaly, co se doma děje s mámou.“* R2 obdobně uvádí: *„Dělala jsem, jakože to není. Zavřela jsem se a soustředila na svoje, jako starší. Jako malá jsem se obklopila plyšákama, ty mě jako chránili. Když jsem potom byla na střední, tak jsem se chodila většinou domů jen vyspat.“* R1 také uvedla ve svojí výpovědi na otázku svých naučených obranných mechanismů, že se snažila: *„Prostě ... nevnímat to, nestresovat se ... Vždy jsem si někde zalezla a věnovala se svým koníčkům, abych zapomněla na to, co se kolem mě děje.“* Tato kategorie má tedy společného jmenovatele, a tím je únik z reality.

DVO2: Jak ovlivnilo respondentky soužití s matkou alkoholičkou jejich současný dospělý život?

Kategorie č. 6: Snížené sebevědomí jako nejčastější důsledek v dospělosti.

Kódy:

- Snad jen ten pocit méněcennosti.
- Mám snahu se každému zavděčit.

- Nemám v oblibě větší společnost.
- Nevěřím lidem.
- Jsem ráda sama.
- Nemusím moc lidi.
- Nevěřím si.
- Bojím se, že selžu jako ona.
- Nedovedu se uvolnit.
- Mám ráda osobní prostor.
- Neumím přijímat pochvalu.
- Nejsem pečlivá.
- Chybí mě pocit pořádkumilovnosti.
- Jsem přehnaně zodpovědná.

V této kategorii respondentky ve svých výpovědích nejčastěji uvádějí, že je soužití s matkou závislou na alkoholu poznamenalo co do psychosociálního vývoje v podobě nízkého sebevědomí, nepřiměřené sebekritice vůči sobě, což vyplývá nejenom z výpovědi R2: *„Hodně se podceňuji a mám snahu se každému zavděčit za každou cenu. A každá pochvala mě překvapí a nevím, jak na ni mám reagovat. Naopak, když něco zvrstám, hodně se za to sebestřkám.“* Ale i z výpovědi R1, která uvádí: *„Mám udupané sebevědomí, pocity méněcennosti a málo si věřím a také nějaké velké vychvalování mi není příjemné a rozhodně nejsem ráda středem pozornosti.“* Tuto kategorii také ve stejném duchu sytí výpověď R4, která k tomuto dodává: *„Tak nevěřím si, bojím se, že selžu jako ona. Jsem přehnaně zodpovědná, vím, že s tím unavuju okolí, ale nemůžu si pomoci. Taky se nedovedu uvolnit, tak jako relaxovat, asi čekám odkud zase něco přijde, prostě nemám k sobě ten klid.“* Kategorii, která nám poukazuje na tuto skutečnost, uzavřeme výpovědí R5, z níž je patrné, že si respondentky uvědomují, že jejich snížené sebevědomí, sebehodnocení v dospělosti se váže na prostředí, ve kterém vyrůstaly: *„Nemám pocit přehnaného sebevědomí, chybí*

mě pocit pořádkumilovnosti, nejsem pečlivá a nemohu se zbavit pocitu, že kdybych vyrostla v jiném prostředí, prostě, že to člověk přebere a má to v sobě.“

Kategorie č. 7: Subjektivní pohled na závislost matky s odstupem času aneb ne/odpustila jsem jí to.

Kódy:

- Asi tím alkoholem zaháněla stres.
- Musela toho hodně zvládnout.
- Nevládala to!
- Bylo toho na ni prostě moc.
- Když se napila bylo to prý snesitelnější.
- Nenávist vůči ní.
- Když umřela, ulevilo se mi.
- Asi si potom nemohla už sama pomoc.
- Měli s tátou nějaké partnerské problémy.
- Asi ji zneužíval její táta.
- Snažím se ji pochopit, jakože je nemocná.

Kategorie, ve které respondentky popisují svůj subjektivní pohled na závislost matky s odstupem času, tedy tady a teď. Snaží se o zpracování svých zážitků, které závisí na stupni intenzity negativity, která se odráží v jejich přijetí či nepřijetí možných příčin na základě, kterých se jejich matka stala alkoholičkou. Z výpovědi R5 vyplývá, že ne vždy u nich dojde k odpuštění: *„Společný pocit je ale dnes, stejně jako tenkrát, nenávist vůči ní, i když asi neumím přesně popsat pocity jaké jsem měla tenkrát a dneska ... je to všechno pryč. Když umřela ulevilo se mi.“* R1 k tomuto dodává: *„Jako dítě jsem nechápala, proč se tak chová. Nyní s odstupem času, když o tom tak přemýšlím, si spíše říkám, že tím alkoholem asi zaháněla stres a napětí, které měla z toho, že v týdnu se musela zvládnout postarat o dům, tři děti, zahradu a domácí zvířata. Táta byl totiž celý týden pryč na montážích. Ale nevládala to,*

což ale neznámá, že si svoji zlost ze své neschopnosti bude vybíjet na svých dětech!!“ R4 vypověděla: „Myslím, že měli s tátou nějaké partnerské problémy. Máma na něm byla citově závislá, dělala mu žárlivé scény. Když jsme se ségrama trochu pátraly, zjistily jsme, že mámu asi zneužíval její táta, ale nevíme to jistě, to víte o tom se nemluvalo, bylo to tabu. Nikdy s námi o tom nemluvila, asi měla nějaký zážitky a ty pak zapíjela. No už je to stejně jedno. Jsou oba po smrti. Já se hlavně snažím žít jinak, hlavně nebyť jako ona.“ Z výpovědi nyní v dospělosti R3 do určité míry dospěla k odpuštění: „Bylo toho na ni prostě moc, otec na montážích přes týden, někdy i déle, do toho starost o děti, stárnoucí rodiče, hospodářství, zahradu a fyzicky namáhavé zaměstnání. Rozhodla se pro léčení. Dnes s ní mám moc hezký vztah a obdivuji ji za to co dokázala, že svou závislost dokázala překonat a vyléčit se.“ R2 svojí výpovědí uzavírá tuto kategorii a dospívá k závěru: „Jako dítě jsem nechápala, proč pořád pije. Teď už vím, že je nemocná.“

DVO3: Jaký měla závislost matky na alkoholu vliv na vztahy a fungování v rodině?

Kategorie č. 8: Disharmonie rodiny aneb narušení zdravého fungování rodiny.

Kódy:

- Někdy uvařila, někdy ne.
- Pořád pila, jakože se slavilo a pak zase jakože ze žalu.
- Vánoce byly peklo.
- Byla na šrot, urážela nás i tátu.
- S mámou to bylo těžký.
- Když byla opilá, nebyla schopná ničeho.
- Když byla opilá, byla agresivní.
- Bylo to dětství a dospívání bez vzájemného vztahu s matkou.
- Musela jsem se sama starat o vše.
- Projevovalo se to i v jejím zaměstnání.
- Když byla opilá, došlo i k fyzickému násilí.

- Měla tupý výraz, motala se a bylo jí všechno jedno.
- Nebyla žádná pravidla, jakože by se třeba v sobotu pralo.
- Vzala si prášky, zapila je a usnula.
- Ale jako máma, taková ta klasická to tedy nebyla.
- Motala se, blábolila a potom usnula.
- Naši se hodně hádali.
- Nebyla schopná nám uvařit, vyprat, nachystat nás do školy.
- Nestarala se o úklid.

Kategorie, ve které respondentky vykazují obdobné výpovědi, co se týká fungování rodiny. Závislost na alkoholu matky narušila integritu a vzájemné vztahy v rodině. Jak uvádějí odborné studie nejsilnějším prediktorem psychických problémů bývá u dětí v časném dětství a později i v jejich mladistvém věku právě disharmonie rodiny. Rodinný nesoulad se potom projeví i jako příčina problémů později v životě, v našem případě u dcer matek závislých na alkoholu. Z jejich výpovědí, které nám tuto kategorii sytí uvádíme na příkladu R2: *„Pořádala doma večírky a bylo u nás hodně rušno. Přes týden chodila do práce, tak se držela, to se nikdy neopila tak, že by ráno nevstala do práce, ale co od nás odešel taťka, tak to bylo jinak, to už pak začala pít hodně.“* R3 dále uvádí: *„Snažila se, abychom nic nepoznali, pila tajně, ale samozřejmě jak se to stupňovalo, tak to prostě nezvládala jako normálně uklidit, uvařit a tak.“* R4 odpovídá ve stejném duchu jako ostatní respondentky: *„Nestarala se o nás, a taky jak by mohla, když byla pořád vožralá. Motala se, blábolila nesmysly a potom většinou usnula.“* Stejně tak odpovídá R5: *„Co k tomu říct, nebyla žádná pravidla, neustálé hádky, doma nebylo kolikrát co k jídlu, prostě psycho.“* R1 tyto výpovědi uzavírá: *„Když byla matka opilá, byla agresivní, každého napadala a slovně urážela. Nestarala se o úklid, nedělala prostě nic. Musela jsem se sama starat o všechno, potom už nebyla schopná chodit ani do práce.“* Jak již tedy bylo výše uvedeno, tato kategorie, poukazuje na fakt, který se pojí k problémovému pijáctví, které má dopad na fungování rodiny v podobě narušení její integrity, jež ohrožuje odolnost rodiny.

Kategorie č. 9: Narušené partnerské soužití rodičů aneb ne/funkční otec.

Kódy:

- On ji domlouval, ale bylo to k ničemu.
- Utíkal z domu, jak jen mohl, asi to nechtěl řešit.
- Nechal nás tam s ní a starejte se.
- Celý život bojoval, ale marně.
- Táta byl zoufalý a doufající.
- Byl na ni hrubý, ale myslím, že si s ní nevěděl rady.
- Otec byl přes týden pryč a o víkendu si dopřával pivo.
- Otec matce domlouval, ale přišlo mě, že to matka dělá tátovi naschvál.
- Matka byla tvrdohlavá a na tátovi domluvy nedala.
- Asi byl taky závislý, ale míň než ona.
- Pak to tatka vyřešil tím, že odešel. Opustil nás.

Manželský konflikt, násilí nebo rozvod patří mezi faktory, které jsou spojeny s nepředvídatelností života domácnosti s problémovým pitím. Zvýšené riziko problémů u dětí a později v jejich dospělosti, závisí na stupni negativity jejich zážitků. Tato kategorie popisuje výpovědi samotných respondentek, které si prošly životem ve společné domácnosti s matkou závislou na alkoholu. Často tak byly svědky hádek, fyzického násilí, ale i dalších silných emotivních zážitků, které narušovaly nejenom soudržnost rodiny, harmonické vztahy, ale i partnerské soužití rodičů. R1 k tomuto odpovídá: „*Otec matce domlouval, prosil ji, vyčítal, ale mě přišlo, že to tátovi dělá naschvál. Matka byla velmi tvrdohlavá, svoji závislost si nechtěla připustit.*“ Obdobně odpovídá i R5: „*Matka si nechtěla přiznat, že má problém, což se odrazilo doma tím, že se s tátou neustále hádali, někdy došlo i na facky. Vydržel s ní celý život, ale její alkoholismus nijak nevyřešili. Byla několikrát na léčení, ale zbytečně.*“ Také z výpovědi R2 můžeme sytit tuto kategorii: „*Otec byl asi taky závislý na alkoholu, ale míň než ona. S mámou to bylo těžký, pořád pila, vždycky byl důvod nějaký svátek, narozeniny, MDŽ, Mikuláš, prostě pořád bylo co slavit u nás nebo někde jinde. Potom*

ji opustil. Nenáviděla jsem ho za to. Přestala jsem se s ním stýkat. Za to, že mě tam nechal.“ R3 uvedla: „Otec závislý nebyl a není, vlastně jsem ho nikdy neviděla pod vlivem alkoholu. Otec, jak už jsem říkala nebyl moc dobrý manžel, byl na mámu někdy i zlý a hrubý, ale to bylo spíš z rozčilení, že je zase opilý, docházelo i k fyzickému násilí, ale to jen minimálně.“ R4 tuto kategorii uzavírá a k tomuto dodává: „Jak už jsem říkala, otec utíkal z domu, jak jen mohl. Nechal nás tam s ní a starejte se. Na alkoholu závislý asi nebyl, ale pivo si dal v hospodě denně, ale nechodil opilý. Asi tam tak seděl, aby nemusel být doma. A když byl, často se hádali, vyčítal ji, my jsme ji prosily se ségrama, ale bylo to k ničemu. Až umřela...“

DVO4: Jak ovlivnila matčina závislost na alkoholu výběr životního partnera respondentek?

Kategorie č. 10: Můj bývalý či současný partner ne/pije.

Kódy:

- Alkoholik nebyl, pil tak normálně.
- Nebyl abstinent, rádi jsme si popili.
- Závislý na alkoholu nebyl, byl psychicky narušený.
- Přítel si alkohol občas dopřeje.
- Ano, můj bývalý manžel byl závislý na alkoholu.
- Můj přítel naštěstí pije velice málo, příležitostně.
- Manžel není závislý, ale pivo si dá rád.
- Mám dva roky již nového přítele, ten nepije.

V odborné literatuře, jak uvádí například Kvapilík (1985) mají dospělé děti z rodin závislých také tendence brát si zase závislé jedince. Zároveň však uvádí, že rozhodující význam pro přenos závislosti do další generace, ale i pro výběr závislého partnera má míra závislosti rodičů. Tato kategorie sytí dílčí výzkumnou otázku v souvislosti s výběrem životního partnera respondentek, dle jejich odpovědí usuzujeme, že tomu tak u R4, R3 a R2 skutečně bylo, ale u R1 a R5 se toto nepotvrdilo.

R4 vypověděla: „*Jsem rozvedená a ano můj bývalý manžel pil. Teda ne od začátku manželství, to bylo nejdřív dobré. Ale co začal podnikat, tak hodně nebyl doma. A časem už chodil domů každou chvíli opilý. Myslela jsem, že to zvládneme, kvůli dětem, ale nešlo to. Měla jsem toho chlastu v dětství dost s mámou, a tak jsem požádala o rozvod. Mám už dva roky přítele, ten nepije.*“ R3 k tomuto dodává: „*Bohužel ano, můj manžel, dnes již bývalý, byl a pořád je závislý na alkoholu. Nestýkáme se, ani dcera se s ním nestýká. Naštěstí můj přítel, se kterým žiji již 17 let, není závislý na alkoholu, pije velice málo, příležitostně.*“ R2 dále uvedla: „*Můj dnes již bývalý manžel, nebyl abstinent, rádi jsme si popili.*“ R1 naopak odpověděla: „*Manžel, nyní už bývalý, závislý na alkoholu nebyl. Byl psychicky narušený. Přítel, s kterým nyní žiji mi pomohl se z toho manželství znovu postavit na nohy. On si alkohol občas dopřeje, ale dobře ví o mém postoji vůči alkoholu. Když to přežene, trvá mě hodně dlouho, než s ním dokážu navázat opět bližší, intimní kontakt.*“ R5 uzavřela tuto kategorii svojí odpovědí: „*Ne, můj manžel není závislý.*“ Z výše uvedených odpovědí můžeme také pozorovat, že čtyři z pěti respondentek jsou rozvedené.

DVO5: Jaký zaujímají respondentky postoj k alkoholu?

Kategorie č. 11: Problémové pití jako naučené chování aneb alkohol jako ventil napětí a stresu.

Kódy:

- Když mám starosti, jsem v presu, tak sahám po láhvi vína.
- Abych ze sebe to napětí dostala, dám si skleničku.
- Když cítím, že toho na mě bylo moc, dám si lahvinku vína.
- Jsem na sebe naštvaná, když se opiju.
- Někdy řeším stres skleničkou.
- Když mám někdy starosti nebo jsem ve stresu, sáhnu po skleničce.
- Dám si skleničku a uklidním se.
- Prostě si dám pár skleniček a trable jsou pryč.
- Čistí mi to hlavu.

Problémy s alkoholem mají tendence přecházet v postižených rodinách z generaci na generaci. Lze tedy konstatovat, že rizikové chování k alkoholu v případě našich respondentek koresponduje s transgeneračním přenosem. Příímí příbuzní alkoholiků mají v porovnání s běžnou populací dvakrát až sedmkrát vyšší pravděpodobnost, že u nich někdy v průběhu života vzniknou problémy s alkoholem. Příčinou pak může být problémové pití jako naučené chování a dalším možným vysvětlením je to, že existuje genetický základ problémového pití (Sovinová, Csémy, Nešpor, 2001, s. 25). Tato kategorie sytí výše uvedený teoretický základ. Respondentky R2, R3, R4 a R5 shodně vypověděly, že alkohol používají jako ventil při přemíře stresu a napětí, jak vyplývá z výpovědi R2, která uvedla: „*Bohužel, ano ... dá se říct, že je to tak. Alkohol můžu, nejsem žádný abstinent. Když mám nějaký trable, třeba v práci nebo s holkou, tak otevřu lahvinku a je to fajn. Přestanu křičet na holku, a tak. Jak už jsem říkala čistí mě to hlavu.*“ R3 odpovídá: „*Ano, někdy řeším stres alkoholem, ale rozhodně nepiji denně. Řeším tím spíš ten stres, uvolnění napětí, prostě když mám starosti. Kvůli tomu nejsem hned alkoholičkou.*“ R4 k tomuto dodává: „*Ano, někdy ta sklenička, lahvinka vína, když cítím, že toho bylo na mě moc. Prostě když mám starosti, jsem v presu, tak sahám právě po té láhvi vína, abych ze sebe to napětí dostala.*“ R5 uvedla: „*Mám ráda alkohol, ale jsem na sebe naštvaná, když se opiju. Nechci dopadnout jako ona!*“ Oproti odpovědím výše uvedených respondentek, naopak R1 uvedla, že: „*Nikdy nepoužívá alkohol jako ventil, piju jen velmi výjimečně, u příležitosti oslav, a to jen v minimální míře!*“

Kategorie č. 12: Alkohol jako obava z budoucnosti.

Kódy:

- Nesmím dopadnout jako máma.
- Alkoholička nejsem, mám to pod kontrolou.
- Prostě taková nikdy nebudu!
- Ano, obavy mám.
- K alkoholu mám negativní postoj.
- Je mě odporný!

- No bojím se, abych se neopila až tak, abych usnula na zemi.
- Myslím, že to člověk přebere a má to v sobě.

Ve výpovědích respondentek v této kategorii můžeme pozorovat shodnou linku, kterou jsou obavy, z možného přenosu naučeného chování v podobě problematického pití, na které nám poukazuje předchozí kategorie č. 11. Respondentky zde nejčastěji uváděly, že jim alkohol slouží jako ventil při přemíře stresu a napětí. Z tohoto můžeme predikovat, že do jisté míry je zde u nich riziko v podobě vzniku závislosti, byť ještě samy nejsou závislé na alkoholu, a to vlivem transgeneračního přenosu vzorců chování, které si vědomě či nevědomě osvojily v rámci soužití s matkou závislou na alkoholu. Jelikož i jejich matky, jak vyplývá zprostředkovaně z jejich výpovědí, používaly alkohol k uvolňování stresu a napětí. Tuto skutečnost si však uvědomují, jak vyplývá z dále uvedených výpovědí. R2 k tomuto uvádí: *„No bojím se, abych se neopila až tak, abych usnula na zemi. Nebo někde venku. Nechci dopadnout jako ona.“* R3 k tomuto dodává: *„Ano, obavy mám. Ale určitě se neopijím denně, mám to pod kontrolou.“* R4 uvedla: *„No vždycky jsem si říkala, že nesmím dopadnout jako máma, že prostě taková nikdy nebudu! Ale je pravda, že když mám nějaké starosti, řeším to většinou skleničkou či lahvičkou vína.“* R5 obdobně uvedla: *„Ano, obavy mám, ale mám takového partnera, že by mě to díky bohu u něj neprošlo.“* Poslední respondentka R1 vypověděla: *„Nikdy taková nebudu, protože mám k alkoholu negativní postoj. Je mě odporný! Vždycky jsem si říkala, že nikdy nedopadnu jako moje matka a už vůbec nikdy se nebudu ke svým dětem chovat jako ona. A to se mě podařilo.“* Z našeho šetření vyplývá, že naučené chování v podobě problematického pití je určitým rizikem u respondentek R2, R3, R4 a R5 do budoucna, ale všechny se shodně snaží odlišit od způsobu fungování v jejich původní rodině. Což je zjištění, které popisuje Sovinová, Csémy, Nešpor (2001, s. 26) jako schopnost promýšlet situace, vážit alternativní možnosti a dospět k uvážlivým řešením, jež nazývají uvážlivostí, dle nich je přítomna v selektivním stažení se a opětném angažování se, považované za způsob zvládnutí potíží dětmi problémově pijících rodičů. V pozdějším stádiu jejich životního cyklu může být uvážlivost zřejmá

z výběru a rozhodnutí při zakládání jejich vlastní rodiny, z uvědomělého plánování, jak se ztotožnit či odlišit od jejich původní rodiny. Dále uvádějí, že přítomností či nepřítomností tohoto faktoru, lze snáze vysvětlit proč některé rodiny jsou přenašeči, tj. přenáší problémy na příští generaci, zatímco u jiných se cyklus přerušuje. Za optimistické zjištění považují, že tato nutnost čelit nepřízní, může toto dospělé dítě problematicky pijících rodičů posílit stejně tak jako poškodit.

DVO6: Jaké vykazují respondentky charakteristiky dospělých dětí alkoholiků?

Kategorie č. 13: Emoční problémy přetrvávající až do dospělosti.

Kódy:

- Jsem hodně sebekritická.
- Jsem zbytečně hodně zodpovědná.
- Změny nezvládám vůbec. To mě vykoleduje.
- Když mě někdo pochválí, cítím se špatně.
- Nedokážu řešit náročné životní situace. Utíkám od toho.
- Mám udupané sebevědomí.
- Změny nemám moc ráda.
- Jsem zvyklá, že mě nikdo nikdy nepomohl.
- Mám problém dotahovat věci do konce.
- No nevěřím si moc, pochybuju o sobě.
- Pořád se sleduju, nedovedu se bavit uvolněně.
- Nejsem ráda středem pozornosti.

V této kategorii, máme možnost pozorovat, jak bylo popsáno v teoretické části s oporou o odbornou literaturu, že respondentky vykazují některé charakteristiky dospělých dětí alkoholiků označovaných DDA. Jak uvádí Sovinová, Csémy, Nešpor (2001, s. 24) bylo jednoznačně prokázáno, že děti pijících rodičů mohou mít narušené a nešťastné dětství, třebaže to není zcela nevyhnutelné. Je otázkou, zda emoční i další

problémy přetrvávají do pozdějšího, dospělého života. Odpovědí je, že v mnoha případech ano. Důkaz pochází ze Spojených států, kde působí asociace Děti dospělých alkoholiků (Adult Children of Alcoholics, ACA). Na základě jejich výroků byly vypracovány charakteristiky, na kterých se shodly, že je nejlépe vystihují, jak uvádí Woititzová (1998). Na některých z těchto charakteristik, se shodly i respondentky. Nejčastěji, to bylo nízké sebevědomí, jak uvedla například R1: „*Mám udupané sebevědomí a velkou kritiku sama k sobě.*“ Obdobě vypověděla i R5: „*Nemám pocit přehnaného sebevědomí, neumím přijímat pochvalu, mám ráda osobní prostor.*“ R3 dodává: „*Moc si nevěřím a jsem k sobě hodně sebekritická.*“ R2 shodně k tomuto odpověděla: „*Jsem k sobě hodně sebekritická, když něco zvrátám, hodně se za to seabemrskám.*“ R4 tyto odpovědi uzavírá: „*No nevěřím si moc, pochybuju hodně o sobě.*“ Dále shodly, že neumí přijímat pochvalu, což je opak toho, co uvádějí charakteristiky DDA, které uvádějí, že neustále hledají a vyžadují pochvalu. Což možná souvisí s jejich nízkým sebevědomím. Nejsou rády středem pozornosti, nemají rády změny, jsou přehnaně zodpovědné a v některých odpovědích se vyskytuje i shoda v neschopnosti řešit náročné životní situace. R4 také vypověděla: „*Copak bavit se dokážu, to jo, ale pořád se sleduju, nedovedu se uvolnit.*“ Můžeme tedy konstatovat, že respondentky vykazují některé charakteristiky dospělých dětí alkoholiků, na základě kterých, u nich můžeme pozorovat emoční problémy, které si odnesly do dospělého života.

6.5 Diskuze výsledků

Stanoveným výzkumným cílem bylo zjistit osobní zkušenosti žen a zprostředkovaně jejich matek s alkoholovou závislostí. V následující kapitole je vyhodnoceno na základě dílčích výzkumných otázek empirické šetření ve vztahu k hlavní výzkumné otázce.

Ad DVO1: Jaká je retrospektiva dětství respondentek se závislou matkou? Respondentky byly v průběhu rozhovoru dotazovány na retrospektivu zážitků a zkušeností z dětství v souvislosti závislosti jejich matky na alkoholu. Respondentky se shodly na tom, že jako nejčastější emoci v dětství prožívaly nejistotu, strach

a neustálý stres. A to v důsledku nepředvídatelného a rušivého chování jejich matky. Vliv alkoholismu matky zasahoval v podstatě do každého okamžiku jejich života. Některé respondentky uvádějí, že musely převzít také povinnosti týkající se starosti o chod domácnosti či přípravy jídla nejenom pro sebe, ale i pro svoje sourozence. Tato postupná destrukce rodiny alkoholismem sytí tvrzení uváděné v odborné literatuře, že děti jsou v důsledku závislosti na alkoholu jednoho z rodičů nuceni převzít role a povinnosti dospělého. Respondentky dále uvedly, že byly často svědky hádky rodičů, která v některých případech přerostla ve fyzické násilí. Dále uvedly, že opilecké chování matky u nich vyvolávalo pocity studu a zahanbení vůči svému okolí i vrstevníkům. Všechny výše uvedené skutečnosti se odrazily v jejich psychice nejenom tehdy a tam, ale jak jsme měli možnost pozorovat i v jejich dospělém životě, a to v podobě narušení subjektivního vnímání sebe sama, které se u většiny dotazovaných projevovalo jako nízké sebevědomí, s tendencí vysoké míry sebekritičnosti, což jak se domníváme má souvislost s jejich narušeným psychosociálním vývojem v důsledku soužití s matkou závislou na alkoholu. Tato skutečnost zřejmě měla vliv na nedostatečný vývoj vztahu k sobě a ukotvení zdravého sebevědomí. Ale jak vyplývá z výpovědi R3, nadměrné pití nemusí vždy nutně vést k narušení subjektivního vnímání sebe sama a mít vliv na nízké sebevědomí v dospělosti. Dále jak jsme měli možnost pozorovat, dotazované respondentky se shodly na tom, že si nesou do dospělého života také velmi silný negativní zážitek v souvislosti s matkou závislou na alkoholu, který v nich ještě zpětně v dospělosti vyvolává traumatizující pocity, které nejsou schopny zpracovat. Tento negativní zážitek byl spojován se strachem, úzkostí a obavami ve většině případů o život matky, která si pod vlivem alkoholu způsobila zranění, které bylo nutno ošetřit v nemocnici, či se pokusila o sebevraždu nebo její opilecký stav vyústil ve fyzické násilí ze strany otce. Všem těmto skutečnostem byly dotazované respondentky svědkem a tento negativní zážitek byl pro ně i po letech, jak bylo možno pozorovat při rozhovorech, velmi stresující. Jedna z respondentek nebyla schopna ani po letech svoji zkušenost vypovědět, byť jak uvedla: „*Pamatuji si každý okamžik z toho dne.*“ Emoční, ale i další problémy, které respondentky ve svých odpovědích uvedly, byly pro ně

v dětství výrazně nepříjemné a stresující, snažily se je za pomoci svých vlastních obranných mechanismů zvládnout. Tyto obranné mechanismy respondentky interpretují různě, mají však společného jmenovatele, a to, že jim pomáhaly jejich situaci lépe zvládat, překonávat a za pomoci nich uniknout alespoň na chvíli z reality, jelikož situace, ve které doma žily, byla emočně velmi vypjatá, ale ony jako děti s tím neměly možnost nic dělat. Což jak shodně vypověděly v nich sytilo pocit beznaděje, bezmocnosti a zklamání. Závěrem k této dílčí výzkumné otázce si dovolíme konstatovat, že díky výše uvedeným zkušenostem z dětství prožité s matkou závislou na alkoholu neměly díky svým povinnostem a starostem žádné dětství, jelikož jim na to prostě nezbyl čas, což vyplynulo nejvýstižněji z odpovědi R1: „*Na hraní prostě nebyl čas, musela jsem rychle dospět.*“ Jejich myšlenky se potulovaly mezi domácími pracemi, domovem a tím, kde je právě opilá matka, co dělá a v jakém stavu bude, až přijdou domů.

Ad DVO2: Jak ovlivnilo respondentky soužití s matkou alkoholičkou jejich současný dospělý život? Respondentky v souvislosti s touto dílčí otázkou nejčastěji uvedly, že je soužití s matkou závislou na alkoholu poznamenalo co do psychosociálního vývoje v podobě nízkého sebevědomí. Což bylo zřejmě způsobeno narušením vnímání sebe sama v dětství, které jsme u nich měli možnost pozorovat v odpovědích, které sytily dílčí výzkumnou otázku č. 1. Respondentky si uvědomovaly, že jejich snížené sebevědomí, sebehodnocení v dospělosti je vázáno na prostředí, ve kterém vyrůstaly. V jejich odpovědích byl také zaznamenán jejich současný subjektivní pohled, tady a teď, na soužití s matkou alkoholičkou s odstupem času. Byly zjištěny různé způsoby zpracování svých zážitků z dětství, ze kterých usuzujeme, že závisí zřejmě na stupni intenzity negativity, která se odrazila v jejich přijetí či nepřijetí možných příčin na základě, kterých se matka stala alkoholičkou. Ne vždy na základě přijetí, došlo k odpuštění. Respondentky se shodovaly v tom, že sice pochopily příčiny, za kterých se jejich matka stala alkoholičkou, ovšem nedošlo k odpuštění a přijetí. Pouze jedna z pěti respondentek došla k přijetí a odpuštění. Tuto skutečnost si vysvětlujeme tím, že matka této respondentky jako jediná prošla úspěšnou léčbou a od té doby abstinuje. Na rozdíl od matek ostatních respondentek,

z nichž některé také prošly léčbou, ovšem neúspěšně, a tím jsou i nadále závislé na alkoholu nebo byly závislé na alkoholu až do své smrti, aniž by se, kdy pokoušely léčit.

Ad DVO3: Jaký měla závislost matky na alkoholu vliv na vztahy a fungování v rodině? Respondentky vykazovaly obdobné výpovědi, týkající se vztahů a fungování v rodině. Z tohoto důvodu si troufáme tvrdit, že závislost matky na alkoholu narušila integritu a vzájemné vztahy mezi jednotlivými členy v rodině. Příčinou toho bylo nepodnětné prostředí, kdy nebyly naplňovány jejich potřeby jako dítěte, nebyl čas ani prostor na jejich zájmy a neměly s kým řešit svoje problémy, komu se svěřit. Otcové se potýkali s nefungujícím manželstvím a zároveň se svojí rodičovskou rolí, kterou museli zastávat za oba, což nelze donekonečna. S touto nepřiměřenou zátěží se vyrovnávali různým způsobem, a to útekem od problémů mimo domov, čímž ponechali svoji odpovědnost na ostatních členech domácnosti, nejčastěji právě na našich respondentkách, které musely převzít starost nejenom o sebe, ale i o své sourozence. Nebo z důvodu pracovních povinností byli po většinu týdne mimo domov a přebírali chod domácnosti jen o víkendech, tedy po většinu týdne to byly právě naše respondentky, které musely sdílet domácnost s matkou alkoholičkou a převzít tak její roli. Nejčastěji uváděly, že závislost matky na alkoholu ovlivnila běžný chod domácnosti, matka nebyla často schopná uvařit, uklidit ani nakoupit. Neprojevovala zájem o jejich školní výsledky, nestanovovala žádná pravidla, vlivem nichž by si mohly vytvářet do dospělého života vnitřní morální normy, postoje a vzorce chování. V případě R1 se matka často projevovала pod vlivem alkoholu agresivně, často ji i její sourozence slovně i fyzicky napadala. V tomto případě bylo pozorováno na základě její výpovědi, silné narušení vzájemných vztahů s matkou, které trvá až doposud. Respondentky také shodně odpověděly, že v případě partnerského soužití jejich rodičů, docházelo i na fyzické násilí ze strany otce, který dle jejich subjektivního názoru neuměl tuto situaci řešit jiným způsobem a čehož byly často svědky. Dále vypověděly, že závislost na alkoholu matky měla vliv i na její zaměstnání. Jak uvedla R1 musela její matka z tohoto důvodu zaměstnání nakonec opustit. R5 uvedla, že její matka postupně ze své pracovní pozice ředitelky mateřské školy vlivem své závislosti

degradovala až na pozici pomocné pracovní síly v kuchyni, a to z důvodu její nespolehlivosti a poklesu zájmu o pracovní výsledky. Což je v souladu s odbornou literaturou, která uvádí, že po požití alkoholu dochází ke snížení duševní a tělesné výkonnosti způsobené oslabením pozornosti, snížením reakcí, poklesem svalové síly atd. Na otázku, zda si matky uvědomovaly svoji závislost, respondentky R1, R2, R4 a R5 odpověděly shodně, že si tuto skutečnost nechtěly připustit. V některých případech byly partnery donuceny k léčbě, ale neúspěšně. Pouze R3 uvedla, že si její matka připustila, že je závislá na alkoholu a podstoupila dobrovolně léčbu, která byla úspěšná: „*S odstupem času její závislost doléhala na chod rodiny, začalo se to projevovat i v zaměstnání, a to byl jeden z hlavních impulzů pro to, že se rozhodla jít léčit, ale tím nejhlavnějším důvodem byla vnoučata, chtěla se s nimi vídat, být s nimi, a to by se nestalo, kdyby se neléčila.*“ Všechny výše uvedené skutečnosti na ně měly negativní vliv a musejí se s nimi obtížně vyrovnávat i ve svém dospělém životě. Narušená atmosféra v rodině a prostředí, jak uvádí odborná literatura, bývá právě nejsilnějším prediktorem psychických problémů u dětí v časném dětství a později i v dospělosti, což jak si troufáme tvrdit je z jejich výpovědí patrné.

Ad DVO4: Jak ovlivnila matčina závislost na alkoholu výběr životního partnera respondentek? Rozhodující význam pro přenos závislosti na alkoholu do další generace, ale i pro výběr závislého partnera, což je tvrzení opírající se o odbornou literaturu, má míra závislosti na alkoholu rodičů. Na základě tohoto tvrzení, jak uvádí například Kvapilík (1985) mají děti z rodin závislých také tendence brát si zase závislé jedince. Jak jsme měli možnost pozorovat z výpovědí dotazovaných respondentek R2, R3 a R4 se tato skutečnost potvrdila. Za svého životního partnera si vybraly jedince, který byl závislý na alkoholu. I přes jejich životní zkušenost s matkou alkoholičkou se přenos závislosti v jejich případě opakoval. Všechny tři respondentky si tak prošly vztahem se závislým partnerem, který ukončily rozvodem. Naopak u R1 a R5 se tato skutečnost nepotvrdila. Partnerský vztah u R5 trvá již 30 let, její partner na alkoholu závislý není a jak uvádí i díky tomu ani ona, byť přiznává, že alkohol jí slouží často jako ventil napětí a stresu, možné riziko potencionální možnosti závislosti díky naučenému chování ze své původní rodiny tak dle její výpovědi ovládá. Toto připisuje

svému manželovi, který o její osobní historii ví a jak uvádí: „*Ano obavy mám, ale mám takového partnera, že by mě to díky bohu neprošlo.*“ Z výpovědi R1, vyplynulo, že její, nyní již bývalý manžel závislý na alkoholu nebyl, ale jak dodala: „*Byl psychicky narušený.*“ Dále se respondentky zmiňovaly o partnerech, se kterými v současné době žijí, ale manželství s nimi již neuzavřely. Respondentky R1, R2, R3 a R4 uvedly, že jsou rozvedené a mají v současné době nového partnera, a jak shodně odpověděly, jejich současný partner závislý na alkoholu není.

Ad DVO5: Jaký zaujímají respondentky postoj k alkoholu? Jak již bylo uvedeno, problémy s alkoholem mají tendence přecházet v postižených rodinách z generace na generaci. Jak uvádí Sovinová, Csémy, Nešpor (2001) příbuzní mají v porovnání s běžnou populací dvakrát až sedmkrát vyšší pravděpodobnost, že u nich v průběhu života někdy vzniknou problémy s alkoholem. Tedy dojde k transgeneračnímu přenosu. Vzhledem k tomu, že vědecko-výzkumným problémem této diplomové práce je transgenerační přenos alkoholismu u žen, byla tato dílčí otázka zaměřena na postoj samotných respondentek k alkoholu. Na základě odpovědí, které uvedly, můžeme pozorovat, že všechny dotazované respondentky závislé na alkoholu v současné době nejsou, byť se nacházejí ve věkové hranici, která je pro vznik závislosti riziková. Nešpor (1996) uvádí, že alkoholu propadají nejčastěji ženy mezi čtyřicátým až padesátým rokem života. Ovšem jak shodně odpověděly R2, R3, R4 a R5 alkohol často používají jako ventil při přemíře stresu a napětí. Můžeme u nich zároveň pozorovat obavy, které toto jejich naučené chování, jež přikládáme tomu, že nedostaly do vínku od svých matek jiné zvládací mechanismy, jak si s těmito emocemi poradit a opakují stejné vzorce jako jejich matky, které také při přemíře tlaku a stresu používaly alkohol jako uvolňující mechanismus, což je patrné z jejich odpovědí. Z výše uvedeného si trůfáme tvrdit, že si nesou jistou míru rizika do budoucna, což sytí jejich obavy, které uvedly, a které si uvědomují. Všechny výše uvedené respondentky se však snaží odlišit od způsobu fungování v jejich původní rodině. Tedy i přes uvedené riziko se u nich závislost na alkoholu doposud nerozvinula. Naopak R1 uvedla, že: „*Nikdy taková nebudu, protože mám k alkoholu negativní postoj. Je mě odporný!*“ Tedy riziko závislosti v jejím případě je téměř

nulové, i když závislost na alkoholu u matky dopadla i na ni v podobě různých negativních aspektů v jejím životě, které si nese i ona v průběhu svého života.

Ad DVO6: Jaké vykazují respondentky charakteristiky dospělých dětí alkoholiků? Poslední dílčí otázka byla zaměřena na charakteristiky, které byly popsány v teoretické části jako charakteristiky na základě výpovědí Dospělých dětí alkoholiků uváděné pod zkratkou DDA, na kterých se tyto děti shodly, že je vykazují ve svém dospělém životě vlivem soužití s rodiči závislími na alkoholu. Jak uvádí například Sovinová, Csémy, Nešpor (2001) bylo jednoznačně prokázáno, že děti pijících rodičů mohou mít narušené a nešťastné dětství, i když to není zcela nevyhnutelné. Otázkou tedy je, zda si emoční a jiné problémy odnesou do svého dospělého života. Na základě těchto výroků byly vypracovány charakteristiky, na kterých se shodly, že je nejlépe vystihují, jak shrnuje například Profous (2011). Na některých z těchto charakteristik se shodují i naše respondentky. Nejčastěji uváděly, že mají nízké sebevědomí, jsou k sobě hodně sebekritické a málo si věří. Nejsou rády středem pozornosti, jsou přehnaně zodpovědné a v některých odpovědích uvádějí, že nedovedou řešit náročné životní situace. Naopak charakteristiku, kterou uvádějí Děti dospělých alkoholiků, že hledají a vyžadují pochvalu, nepotvrdily. Ve většině případů uvedly tak opak, a to že neumějí přijímat pochvalu a nejsou rády chváleny. Závěrem tedy konstatujeme, že respondentky vykazují některé z charakteristik Dospělých dětí alkoholiků, na základě kterých, u nich můžeme pozorovat emoční problémy, které si odnesly do dospělého života.

Ad HVO: Jaké jsou zkušenosti žen a jejich matek s alkoholovou závislostí? Shrneme-li vliv závislosti na alkoholu matky, můžeme konstatovat, že měl nesmírný dopad na všechny aspekty v jejich dětství. Do dospělosti si tak nesou nízké sebevědomí, vysokou intenzitu sebekritičnosti, problémy s dotahováním věcí do konce nebo problémy s navazováním důvěrných vztahů. Na základě jejich výpovědí vyplynula skutečnost, že v průběhu jejich dětství i dospívání nastaly situace, které nebyly schopny zpracovat, a které v dospělosti ovlivnily jejich psychiku. Strach a obavy, které prožívaly, je provází celým životem. Jelikož na nevědomé úrovni je prostředí, ve kterém vyrůstaly, ovlivnilo a formovalo jejich složku prožívání a chování do budoucna. Je proto důležité, aby si toto uvědomovaly a dokázaly s tím pracovat.

Přestože se transegnerační přenos alkoholismu v jejich případech v plném rozsahu nepotvrdil, nesou si do tak do svého dospělého života strachy, které mohou nabývat i racionální podoby. Což jsou právě oprávněné obavy, zda ustojí i nadále před skutečností, že by se mohly v budoucnu samy potýkat se závislostí na alkoholu. Zj. z kategorie 11 však vyplývají sklony respondentek k rizikovému chování a alkohol jim slouží např. jako ventil napětí, tlumí jim své starosti. Toto riziko má v jejich případech opodstatněný základ, jak jsme měli možnost pozorovat v jejich výpovědích a zároveň si ho uvědomují a snaží se mu čelit.

Závěr

Práce se zabývala fenoménem závislosti na alkoholu s akcentem k ženskému alkoholismu v kontextu transgeneračního přenosu v rodových liniích žen. Pokusili jsme se proniknout do vybraných životních oblastí dcer matek alkoholiček a lépe tak porozumět dopadům, které měly vliv na jejich dětství a odrazily se i v jejich dospělosti. Vybrané životní oblasti se týkaly jejich sebepojetí, výběru životního partnera, možného transgeneračního přenosu, dopadu soužití s matkou závislou na alkoholu v průběhu dětství, jejich současném dospělém životě a vliv této závislosti na vztahy a fungování v rodině.

Náš předpoklad, že respondentky budou mít konkrétní zkušenosti s alkoholismem jejich matek, a že tyto zkušenosti ovlivní jejich život ve vybraných oblastech, se potvrdil. Z kategorií je vidno zkušenosti, které jsou součástí životního příběhu dotazovaných žen, jejichž matky byly nebo jsou alkoholičkami. S tím souvisí také dopad závislosti na alkoholu matek na vybrané životní oblasti respondentek. Přestože se u našich respondentek nepotvrdil transgenerační přenos závislosti na alkoholu, shledali jsme rizikové aspekty v jejich chování, které evokují případné vyhlídky na zacyklení v tomto neadaptivním jednání a na rozvoj nadužívání alkoholu. Zajímavým a diskuzi zasluhujícím zjištěním kupříkladu spatřujeme volbu prvního životního partnera, který se k alkoholu choval rizikově či byl na alkoholu závislým a posléze volbu jiného partnera, který alkohol buď nepije, anebo jsou si jisté, že není závislý. Jak uvedla R5, u současného partnera by jí závislost na alkoholu neprošla.

Toto zjištění možno interpretovat jako sebezáchovný mechanismus, byť více méně vnějšího charakteru, kdy žena, kteréžto součástí osobní historie je setkání s dlouhodobě probíhajícím alkoholismem matky, volí alespoň na „druhý pokus“ takového partnera, který by ji v případě, že by inklinovala k těmto chování, jakým se vykazovala matka, „zastavil“.

Fenomén závislosti na alkoholu jsme analyzovali s oporou o dostatečný počet odborných zdrojů. Přiměřeně jsme se věnovali využití dosud nabytých teoretických poznatků k získání co nejkvalitnějšího výzkumného materiálu, pramenícího z výpovědí těch žen, které se závislostí na alkoholu pojí vlastní osobní historie.

Jsme si vědomi limitů, které kvalitativní typ výzkumu ve své obecnosti přináší (mezi něž řadíme mj. nízký počet respondentů, díky čemuž není možno výsledky zobecnit na celou populaci). Přesto si troufáme tvrdit, že náš cíl výzkumu byl naplněn. Zajímavým pokračováním této práce by bylo porovnání dopadu závislosti matek či otců na syny a na jejich vybrané životní oblasti v kontextu transgeneračního přenosu.

Práce tak může být přínosem pracovníkům v pomáhajících profesích, terapeutům, ale i pracovníkům v oblasti prevence a krizové intervence, kteří jsou v kontaktu s rodinami zatíženými alkoholovou závislostí, kde jim může být přínosem k lepšímu pochopení vztahů a fungování v této rodině z pohledu dcer, které si prošly soužitím se závislým rodičem. Ale zároveň může být i přínosem samotným respondentkám, pro jejich lepší pochopení sebe sama v kontextu s touto sociální realitou. A troufáme si tvrdit, že může být i přínosem pro oblast sociální pedagogiky, jelikož přispěla dalšími žitými zkušenostmi konkrétních jedinců a informacemi vztahující se k oblasti alkoholové závislosti.

Použité zdroje a literatura

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.

COHEN, S., & EDWARDS, J. R. (1989). Personality characteristics as moderators of the relationship between stress and disorder. In R. W. J. Neufeld (Ed.), *Advances in the investigation of psychological stress*. New York: John Wiley.

ČÁP, Jan. *Rozvíjení osobnosti a způsob výchovy*. Vyd. 1. Praha: ISV, 1996. 302 s. Psychologie. ISBN 80-85866-15-3.

FORWARD, Susan a BUCK, Craig. *Když nám rodiče ničí život*. Vyd. 1. Praha: Motto, 2008. 343 s. Populárně psychologická řada. ISBN 978-80-7246-417-3.

FISCHER, Slavomil a ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 218 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2781-3.

HOSEK, Jan. *Sám proti alkoholu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998. 182 s. Psychologie pro každého. ISBN 80-7169-624-2.

CHVÁLA, Vladislav a TRAPKOVÁ, Ludmila. *Rodinná terapie a teorie jin-jangu*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008. 247 s. ISBN 978-80-7367-391-8.

JANDOUREK, Jan. *Úvod do sociologie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. 231 s. ISBN 978-80-7367-644-5.

KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, ©2003. 2 sv. (319, 343 s.). Monografie; no. 1. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil a kol. *Klinická adiktologie*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 2015. 696 stran. Psyché. ISBN 978-80-247-4331-8.

KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. 388 s. Psyché. ISBN 978-80-247-1411-0.

KOHOUTEK, Rudolf. *Patopsychologie a psychopatologie pro pedagogy*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2007. 260 s. Spisy Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity; sv. č. 107. ISBN 978-80-210-4434-0.

KRAUS, Blahoslav et al. *Člověk - prostředí - výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido, 2001. 199 s. ISBN 80-7315-004-2.

KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008. 215 s. ISBN 978-80-7367-383-3.

KUČEROVÁ, Helena. *Psychiatrické minimum*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. 166 s. Psyché. ISBN 978-80-247-4733-0.

KVAPILÍK, Josef aj. *Člověk a alkohol*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1985. 237 s. Život a zdraví.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1992. 223 s. Psychologická literatura. ISBN 80-04-25236-2.

MADDI, S. R., HARVEY, R. H., KHOSHABA, D. M., LU, J. L., PERSICO, M., & BROW, M. (2006). The personality construct of hardiness, III: Relationships with repression, innovativeness, authoritarianism, and performance. *Journal of Personality*, 74 (2)

MATĚJČEK, Zdeněk. *Co děti nejvíc potřebují: eseje z dětské psychologie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1994. 108 s. Rádcí pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-7178-006-5.

MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. 161 s. Studijní texty; sv. 3. ISBN 80-86429-19-9.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 332 s. Psyché. ISBN 80-247-1362-4.

MOŽNÝ, Ivo. *Rodina a společnost*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2006. 311 s. Studijní texty; sv. 38. ISBN 80-86429-58-X.

MÜHLPACHR, Pavel. *Sociopatologie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008. 194 s. Spisy Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity; sv. č. 112. ISBN 978-80-210-4550-7.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál, 2003. 151 s. ISBN 80-7178-831-7.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011. 173 s. ISBN 978-80-7367-908-8.

NEŠPOR, Karel a CSÉMY, Ladislav. *Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. 199 s. ISBN 80-85121-52-2.

NEŠPOR, Karel. *Zůstat střízlivý: praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké*. Vyd. 1. Brno: Host, 2006. 236 s. ISBN 80-7294-206-9.

PROFOUS, Jiří. *Průvodce alkoholovou závislostí: především pro ženy pijících partnerů*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011. 108 s. ISBN 978-80-7262-820-9.

PRŮCHA, Jan, ed. *Pedagogická encyklopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009. 935 s. ISBN 978-80-7367-546-2.

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 184 s. Sociologie. ISBN 978-80-247-3006-6.

SCHÜTZENBERGER, Anne Ancelin, *The ancesor syndrome. Transgenerational psychotherapy and the hidden links in the family tree*. New York: Brunner-Routledge, 1998.

SKÁLA, Jaroslav a BLAHOŠ, Jaroslav. *Alkohol a jiné (psychotropní) drogy: abuzus a závislost / Zásady léčby glukokortikoidy / Jaroslav Blahoš; obálka Josef Týfa*. Praha: Avicenum, 1986. 90 s. Novinky v medicíně; 36.

SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. 219 s. ISBN 978-80-262-0217-2.

SOVINOVÁ, Hana, ed., CSÉMY, Ladislav, ed. a NEŠPOR, Karel, ed. *Problémy s alkoholem v rodině: zpráva pro Evropskou unii*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2001. 97 s. ISBN 80-7071-189-2.

ŠAFRÁNKOVÁ, Dagmar. *Pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. 272 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-2993-0.

ŠEDIVÝ, Václav a VÁLKOVÁ, Helena. *Lidé, alkohol, drogy*. 1. vyd. Praha: Naše vojsko, 1988. 158 s.

ŠOLCOVÁ, Iva. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 102 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2947-3.

ŠVAŘÍČEK, Roman a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6.

TENENBAUM, Sylvie. *Deprese, odkaz předků: transgenerační přenos*. Překlad Hana Holubkovová. Vydání první. Praha: Portál, 2018. 214 stran. Spektrum; 112. ISBN 978-80-262-1301-7.

TÓTHOVÁ, Jana. *Úvod do transgenerační psychologie rodiny: transgenerační přenos vzorců rodinného traumatu a zdroje jeho uzdravení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. 250 s. ISBN 978-80-7367-856-2.

TRAPKOVÁ, Ludmila a CHVÁLA, Vladislav. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Vyd. 1. Praha: Portál, ©2004. 227 s. ISBN 80-7178-889-9.

TRÁVNÍČKOVÁ, Ivana. *Specifické aspekty zneužívání drog u žen*. Vyd. 1. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2001. 83 s. Studie. ISBN 80-86008-92-4.

ŮHLINGER, Claude a TSCHUI, Marlyse. *Když někdo blízký pije: rady pro rodiny osob závislých na alkoholu*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009. 140 s. ISBN 978-80-7367-610-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

VIGUÉ, Jordi, ed. *Zdraví ženy*. Překlad Hana Knerová. 1. vyd. Čestlice: Rebo, 2006. 281 s. Knihovna zdraví. ISBN 80-7234-534-6.

VÝROST, Jozef, ed. a SLAMĚNÍK, Ivan, ed. *Aplikovaná sociální psychologie I*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1998. 383 s. ISBN 80-7178-269-6.

WEST, Robert. *Modely závislosti*. 1. vydání v českém jazyce. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, [2016], ©2016. 131 stran. Monografie; 28. ISBN 978-80-7440-157-2.

WOITITZ, Janet Geringer. *Dospělé děti alkoholiků*. Překlad Jiří Martínek. Rozš. vyd. V Praze: Columbus, 1998. 179 s. ISBN 80-85928-73-6.

Internetové zdroje

Handbook of stress, trauma, and the family [online]. New York: Brunner-Routledge, 2004. Brunner-Routledge psychosocial stress series [cit. 2018-11-18]. Dostupné z: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/natl-ebooks/detail.action?docID=321539>.

Léčba alkoholismu u žen. [online]. 2014 [cit. 2018-12-13]. Dostupné z: <https://www.womanonly.cz/lecba-alkoholismu-u-zen-problem-zacina-casto-v-rodine/>

Dědičnost látkových závislostí. [online]. 2007 [cit. 2018-12-13]. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/4609/583/Zaostreno_na_drogy_200703.pdf

Mlčoch, Zbyněk. [online] 2008 [cit. 2019-01-11] *Nežádoucí účinky a rizika pití alkoholu*. Kocovina, změny psychiky, somatiky. Dostupné z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/texty/zdravi/nezadouci-vedlejsi-ucinky-a-rizika-piti-alkoholu-kocovina-zmeny-psychiky-somatiky>

Mikitová, Martina [online] 2006 [cit. 2019-01-30] *O alkoholických*. Ministerstvo zdravotníctva SR. Dostupné z:

http://www.infodrogy.sk/ActiveWeb/c/1308/o_alkoholickach.html

Nešpor, Karel. [online] 2014 [cit. 2019-01-30] *Alkohol a jiné návykové látky u žen*. Dostupné z: <https://www.alkoholik.cz/zavislost/ke-stazeni/online-knihy/category/1-online-knihy.html?download=2%3Aalkohol-a-jine-navykovye-latky-u-zen-karel-nespor>

RABUŠICOVÁ, Milada, KLUSÁČKOVÁ, Markéta a KAMANOVÁ, Lenka. Mezigenerační učení v rámci programů a kurzů neformálního vzdělávání pro děti, rodiče a prarodiče. *Studia paedagogica: časopis Ústavu pedagogických věd FF MU Brno*, 2009, 14(2), s. [131]-153. ISSN 1803-7437. Dostupné také z: <https://digilib.phil.muni.cz/handle/11222.digilib/115383>.

Stav české rodiny, co ji chrání a ohrožuje: závěrečná zpráva z výzkumu [CD-ROM]. Praha: Nadace Sirius, 2016. ISBN 978-80-906468-1-0. Dostupné také z: <https://www.nadacesirius.cz/soubory/zaverecne-zpravy/Zaverecna-zprava-z-vyzkumu-primarni-prevence-ohrozeni-rodiny.pdf>

VÁCHOVÁ, Petra Elizabeth, JANŮ a RACKOVÁ. Patogeneze závislosti = Pathogenesis of addiction. *Psychiatrie pro praxi*, 2009, 10(6), s. 257-259. ISSN 1213-0508. Dostupné také z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/06/03.pdf>.

World Health Organization Lexicon of Alcohol and Drug Terms. [online] 2018 [cit. 2018-10-13]. Dostupné z: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

Závislost na drogách u žen specifika a rizika. [online] 2018 [cit. 2018-12-13]. Dostupné z: http://www.substitutcni-lecba.cz/dokumenty/ebook_drogy_zeny.pdf

Žena aktuálně. [online] 2015 [cit. 2018-12-13]. Dostupné z:
<https://zena.aktualne.cz/zdravi/zeny-tvori-tretinu-ceskych-alkoholiku-priznejme-si-to/r~i:article:794700/>

Příloha A

Otázky k rozhovoru

Kolik je vám let?

Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Jakou profesí v současné době vykonáváte?

Jaký je váš rodinný stav?

Jak byste popsala svoje dětství a dospívání s matkou alkoholičkou?

Zkuste si vzpomenout, kdy jste poprvé zaregistrovala, že má matka problém s alkoholem? Kolik vám bylo zhruba let?

Jak se chovala matka, když byla opilá?

Myslíte, že si matka uvědomovala svoji závislost?

Jaký vliv mělo soužití s matkou alkoholičkou na vaše subjektivní vnímání, jinými slovy, jak jste sebe sama vnímala v dětství?

Máte nějakou silnou negativní vzpomínku z dětství v souvislosti s alkoholismem vaší matky?

Zažívala jste někdy pocity ohrožení v souvislosti s její závislostí na alkoholu?

Měla jste díky tomu nějaké psychické či somatické obtíže?

Ventilovala jste v dětství nebo v dospívání svoje emoce v souvislosti s alkoholovou závislostí matky nějakým nezdravým způsobem?

Dávala jste matce vinu za to, co se dělo?

Jak dlouho je/byla matka na alkoholu závislá?

Podstoupila v průběhu své závislosti na alkoholu nějakou léčbu?

Máte sourozence? Jak oni vnímali matčinu závislost?

Přebírala jste roli za matku? Popřípadě některý ze sourozenců?

Myslíte si, že je rozdíl v tom, jak jste na její závislost nahlížela jako dítě a nyní jako dospělá s odstupem času?

Nesete si (uvědomujete si) nějaké následky nyní v dospělosti v souvislosti se soužitím s matkou alkoholičkou?

Jak ovlivnila vaše zkušenost s alkoholovou závislostí matky váš výběr životního partnera? Je nebo byl závislý na alkoholu?

Je nebo byla na alkoholu závislá vaše babička, prababička?

Máte obavy z toho, že byste sama mohla mít sklón k závislostem?

Jak byste popsala svůj postoj k alkoholu?

Pokud se uchýlíte k alkoholu, co je důvodem se napít?

Používáte alkohol jako ventil při přemíře napětí nebo stresu?

Jak ovlivnila závislost matky chod rodiny? Jak to u vás doma fungovalo?

Vědělo o její závislosti okolí? Někdo z okruhu nejbližší rodiny?

Jak reagoval otec na matčinu závislost? Byl nebo je také závislý na alkoholu?

Jak zvládali rodiče (jako partneři) řešit alkoholismus matky?

Jak byste stručně popsala vaše rodinné vztahy, když jste byla jako dítě a jaké máte s rodiči vztahy nyní v dospělosti? Váš vztah s matkou?

Jaké jste se naučila obranné mechanismy jako dítě vůči zátěži v podobě alkoholismu matky? Jak jste se s tím vyrovnávala?

Jak vás ovlivnilo dětství prožité s matkou alkoholičkou, postačí stručná odpověď:

- ve vztahu k sebevědomí, sebekritičnosti?
- ve vztahu k dotahování věcí do konce?
- ve vztahu k zodpovědnosti?
- ve vztahu k zábavě? Dokážete se uvolněně bavit?
- ve vztahu ke změnám? Jak zvládáte změny?
- ve vztahu k vnímání reality?
- ve vztahu k ocenění a pochvale? Jste ráda chválena?

Dokážete řešit náročné životní situace? Či je máte problém zvládnout?

Děkuji za rozhovor. Je něco, na co jsme během rozhovoru zapomněly?

Chtěla byste se na něco zeptat vy?