

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**FILOZOFICKÁ FAKULTA**

**Katedra psychologie**

**Dětství a dospívání s rodiči závislími na alkoholu  
(Childhood and adolescence with parents addicted on alcohol)**



**Diplomová práce**

**Autor: Lucie Mikulková**

**Vedoucí práce: doc. PhDr. Irena Sobotková, Csc.**

**Olomouc**

**2011**

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny řádně citovala a uvedla.

V Olomouci dne 23. 3. 2011

Děkuji doc. PhDr. Ireně Sobotkové, Csc. za odborné vedení a především děkuji všem svým respondentům za jejich upřímnost a otevřenost během rozhovorů.

## Obsah

ÚVOD.....	7
Teoretická část.....	8
1. Alkohol a jeho účinky na osobnost, vznik závislosti.....	9
1.1 Alkohol jako droga.....	9
1.2 Konzumace alkoholu a jeho účinky na osobnost.....	11
1.3 Závislost na alkoholu a její vznik.....	13
1.4 Fyzické a psychické komplikace závislosti na alkoholu.....	16
2. Alkoholismus jako nemoc, alkoholismus u žen a u mužů.....	21
2.1 Alkoholismus jako nemoc.....	21
2.2 Alkoholismus u žen.....	25
2.3 Alkoholismus u mužů.....	29
2.4 Léčba závislosti na alkoholu.....	31
3. Alkoholismus v rodině.....	34
3.1 Rodina jako systém.....	34
3.2 Alkoholismus v rodině.....	35
3.3 Psychické a fyzické týrání, deprivace dítěte.....	39
4. Dětství v rodině se závislou osobou.....	41
4.1 Vymezení pojmu „dětství“.....	41
4.2 Dětství v rodině s rodičem závislým na alkoholu.....	41
4.3 Postavení dítěte v rodině.....	46
4.4 Výzkum dětí z rodin alkoholiků.....	48
5. Dospívání v rodině se závislou osobou.....	51
5.1 Adolescence, nebo-li dospívání.....	51
5.2 Adolescence v rodině alkoholika.....	53
5.3 Protektivní faktory a mechanismy zvládnání zátěžových situací.....	54
Výzkumná část.....	58
6. Cíle výzkumu a výzkumné otázky.....	59
7. Metodologie výzkumu.....	60
7.1 Plán výzkumu.....	60
7.2 Výzkumný soubor.....	61

7.2.1 Výběr výzkumného souboru.....	61
7.2.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	62
7.3 Způsob získávání dat.....	64
7.4 Způsob sběru dat.....	66
7.5 Způsob zpracování dat.....	67
8. VÝSLEDKY ANALÝZY ROZHOVORU.....	68
8.1 Faktory přispívající ke vnímání alkoholismu rodiče z pohledu dítěte a dospívajících.....	68
8.1.1 Důvody a motivace k nadměrnému užívání alkoholu.....	68
8.1.2 Rozpoznání závislosti na alkoholu.....	69
8.2 Faktory popisující prožívání alkoholismu rodiče dítěte a dospívajícího.....	73
8.2.1 Prožívání alkoholismu rodiče.....	73
8.2.2 Chování závislého rodiče.....	75
8.2.3 Copingové strategie a obranné mechanismy.....	78
8.3 Faktory zachycující následky způsobené závislostí rodiče.....	81
8.3.1 Současný život dospělého jedince.....	81
8.3.2 Postoj k založení rodiny.....	82
8.3.3 Vztah dotazovaných osob k alkoholu a jiným návykovým látkám.....	84
8.3.4 Profesní či pracovní zaměření dotazovaných osob.....	85
9. DISKUZE.....	88
9.1 Vnímání alkoholismu rodičů z pohledu dětí a dospívajících.....	89
9.2 Prožívání alkoholismu dětmi a dospívajícími.....	90
9.3 Využívání obranných mechanismů a strategií zvládnání stresu.....	92
9.4 Následky způsobené alkoholismem rodiče či rodičů.....	93
10. ZÁVĚR.....	95
11. SOUHRN.....	96
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	98

## ÚVOD

Alkoholismus je v současné době považován za „nemoc“. Následky způsobené závislostí jedince na alkoholu můžeme sledovat nejen na člověku samotném, ale také na rodině, jejíž členem závislý jedinec je. Proto se také alkoholismus často označuje jako „rodinná nemoc“. O tom, jaké je dětství a dospívání v rodině, kde je matka či otec závislý na alkoholu, a též o tom, jak se s tím dítě a později adolescent vyrovnává, na to se pokouší odpovědět tato práce. Dítě, žijící v rodině se závislou osobou je od malička učeno o ničem nemluvit, nechávat si vše pro sebe, o situaci doma s nikým nemluvit. Důvod je jasný, rodina se za otce či matku alkoholika stydí, tudíž nechce, aby se o jejich situaci někdo dozvěděl. A toto je také důvod pro napsání této práce. Naučit se o tématu, jakým je „Alkohol v rodině“ mluvit. A dětem, žijícím se závislým rodičem, nebo dospělým jedincům, kteří z takovéto rodiny pocházejí, pomoci se s jejich tíživou situací vyrovnat. Protože dítě, nebo teď už dospělý jedinec, ať už chce či ne vysílá určité signály, „volání o pomoc“ a tato práce ukazuje, jak tyto signály rozpoznat.

Dalším důvodem pro napsání této práce je má osobní zkušenost. Protože já sama z rodiny se závislým jedincem pocházím, sama dobře vím, jak je těžké o této rodinné situaci hovořit a jak dlouho trvá se s rodinným traumatem vyrovnat. Jako každý, jsem alkoholismu své matky ze začátku nepřikládala velkou váhu, neuvědomovala jsem si, jak nebezpečný a silně stresující alkoholismus u rodiče je, a trvalo mi velmi dlouhou dobu, se se vzniklou situací vyrovnat. Pokud tedy o vyrovnání můžeme hovořit. Tak jako všichni mí příbuzní, i já jsem považovala vzniklou situaci za něco běžného, čemu se moc nevěnuje pozornost. A dlouhou dobu jsem si neuvědomovala, že se o alkoholismus jedná, že už to není jen náhodné pití. Proto považuji za velice důležité ve své práci zmínit příčinu alkoholismu, jeho vznik a faktory, podle kterých můžeme určit, že se o závislost na alkoholu jedná. Také jsou zmíněny důsledky, které alkohol zanechá na lidském organismu a psychice.

Újma, způsobená dětem alkoholismem rodiče není snadno popsatelná. To, jaké následky alkoholismus rodiče na dítěti zanechá, se v mnoha případech projeví až v dospělosti. Ve své práci se tudíž zabývám pouze dětstvím a dospíváním, neboť právě v těchto obdobích je dítě na rodičích zcela závislé a narušení rodinného celku jej velmi poznamená. Tato práce by měla též přinést vhled do prožívání dítěte a dospívajícího, do situace, kdy je veškerá pozornost věnována pouze osobě závislé na alkoholu a ostatní členové, ti, co nic nezavinili, si musí pomoci sami.

## **Teoretická část**

# 1. Alkohol a jeho účinky na lidský organismus, vznik závislosti

Požívání alkoholu je považováno za něco běžného nejen v naší kultuře, ale také v ostatních zemích. Jedinec, požívající alkohol, v mnoha případech nemá ani ponětí o tom, jaké účinky má alkohol na lidský organismus. Následující kapitola tedy pojednává o tom, jaké účinky má alkohol na lidský organismus a na lidskou psychiku, poslední část je zaměřena na faktory, které vedou ke vzniku závislosti a také jsou zde zmíněny psychické a fyzické komplikace způsobené nadměrným užíváním alkoholu.

## 1.1 Alkohol jako droga

Alkohol je nejrozšířenější návyková látka, která ve větším množství a nevhodné kombinaci (s některými nemocemi či léky) může člověku velmi ublížit. „Je to droga, která je široce užívána pro svoje příjemné účinky, ale má potenciální vážné následky. Mnoho lidí užívá alkohol v malých dávkách po celý život bez vážných důsledků. Mohou vypít dvě whisky každý den, když přijdou z práce, a nic víc. Tito lidé tvoří většinu společnosti a není potřeba nic měnit na tom, co dělají“ (Cohen, 2002, str. 26). Ale pak je tu druhá skupina lidí, skupina, která alkohol vyhledává neustále a to nejen pro jeho účinky, ale proto, aby v něm našli zapomnění, a proto, že alkohol ve svém organismu „potřebují“. Tuto skupinu tvoří lidé, kteří jsou na alkoholu závislí. „Škodlivým užíváním či závislostí na alkoholu trpí přibližně 6-10% obyvatelstva. Závislost na alkoholu přináší závažná zdravotní rizika pro jedince a značné materiální ztráty pro společnost. Česká republika se v konzumaci alkoholu zařadila v roce 2003 na druhé místo v Evropské unii za Lucemburskem.“ (Svoboda a kol., 2006, str. 160).

„Název slova alkohol pochází z arabského slova al-ka-hal, což je označení pro zvláštní jemnou látku. Chemicky se jedná o čirou, bezbarvou tekutinu, která má charakteristický zápach a palčivou chuť. Alkohol vzniká zkvašením cukru působením kvasinek, lze ho získat z jakékoli formy škrobu nebo cukru.“ (Skála, 1988, str. 9). Je to tedy „jednoduchá chemická látka, která snadno proniká k různým orgánům včetně mozku. Její obsah v alkoholických nápojích kolísá zhruba od 2-3% (pivo) do asi 40% v destilátech. Důležitá není jen koncentrace alkoholu v tom kterém nápoji, ale i jeho množství. V jednom 12° pivu je zhruba stejně alkoholu jako ve 2 „deci“ vína nebo půl „deci“ destilátu.“ (Nešpor, Csémy, 1995, str. 58). Účinky, jaké alkohol má, jsou téměř okamžité a návyk na něj může vzniknout během několika dní. „Nepříznivý účinek



alkoholu trvá po dobu, kdy alkohol koluje v krvi, výkonnost člověka je však snížena i po jeho odbourání“ (Záškodná, 1998, str. 30). Radíme jej mezi látky tlumivé, „stejně jako např. barbituráty, ačkoliv jeho účinky jsou velmi všestranné. Prakticky žádná jiná droga nenabízí tak široké spektrum účinků, jako alkohol, který poskytuje chuťové požitky, dodává vodu, elektrolyty a do jisté míry i živiny, ale především je vyhledáván pro své působení na lidskou psychiku.“ (Heller a kol., 1996, str. 55). „Alkohol se po požití vstřebává, dostává se do krve a krevním oběhem do celého těla. Jeho koncentrace v krvi stoupá a dosahuje maxima asi za hodinu po požití. Likvidace alkoholu v těle probíhá jednak oxidací, jednak se vydechuje a částečně se vylučuje močí. Oxidace alkoholu probíhá v játrech a svalové tkáni. Aby oxidace mohla probíhat, potřebuje organismus jaterní ferment alkoholoxidázu.“ (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, str. 207).

Alkohol, nebo spíše alkoholické nápoje se vyznačují vysokým obsahem ethanolu. Jejich požití způsobuje v menších dávkách (v závislosti na metabolismu jedince) uvolnění a euforické stavy, ve větších dávkách útlum, nevolnost až otravu. „Euforizační působení alkoholu je lokalizováno v centrálních adrenergeních receptorech hypotalamu. Aktivační působení se vysvětluje působením asociační dráhy mozkové kůry, retikulární formace a somatosenzorického kortexu“ (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, str. 207). Právě tento zmiňovaný stav euforie je prvotním počinem k tomu, že alkohol znovu vyhledáme. Chceme znovu zažít ten bezstarostný pocit, kdy problémy jako mávnutím kouzelného proutku zmizí a naše starosti a obavy odplynou. Ale přitom netušíme, že „alkohol zasahuje do vegetativních funkcí jak centrálně v hypotalamu, tak na periférii sympatického nervstva. A tyto psychotropní efekty mohou být rozhodující pro vznik závislosti. Nepříznivý vliv na lidský organismus a zejména na některé orgány má tkáňová aktivita acetaldehydu, který vzniká při rozkladu etylalkoholu“ (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, str. 207).

„Alkohol je droga, která ovlivňuje centrální nervový systém takovým způsobem, že oslabuje jeho aktivitu. Při intenzivním užívání po různě velkých dávkách ochromuje selektivně různé části mozku. Zpočátku zasahuje inhibiční centra, což vede k disinhibici. To je efekt, po kterém mnozí touží, a také důvod, proč alkohol spoluurčuje povahu mnoha sešlostí.“ (Cohen, 2002, str. 26). Neuvědomujeme si však, že „alkohol postupně poškozuje mozkové buňky, což vede k funkčním poruchám, jako jsou poruchy chování s narušením integračních schopností, k poruše kontroly pití. Následkem užívání alkoholu se uvolňují a narušují mezilidské vztahy, rodinný život, přiměřená přátelství, přičemž se navazují nové, degradované“ (Miššík, 1986, str. 7). U člověka dochází ke škodlivému užívání alkoholu, což je způsob užívání, které poškozuje zdraví. „Poškození může být somatické (např. u

případů hepatitidy při intravenózní aplikaci látek), nebo duševní (např. epizody depresivní poruchy, objevující se sekundárně při těžkém pití)“ (MKN-10, 2006, str. 75). Škodlivé užívání je často kritizováno okolím a vyvolává různé nepříznivé sociální důsledky. „Navíc při užívání ve velkých dávkách a v delších časových obdobích zapříčiňuje poškození všech tělesných systémů: kardiovaskulárního (tuková atrofie srdečního svalu, vysoký krevní tlak), zažívacího (vředová choroba, zánět trávicího traktu), jaterního (cirhóza), pohybového (např. dna), nervového (např. epilepsie, periferní neuropatie) a duševního (alkoholová závislost, úzkostné poruchy, depresivní poruchy, demence)“ (Cohen, 2002, str. 26).

„Z hlediska medicínského se obvykle rozlišuje úzus, který znamená požívání alkoholu při různých společenských událostech nebo jako doplněk jídla. Alkohol je požíván v takových dávkách, které nemají podstatnější vliv na psychickou a fyzickou činnost člověka, jde tedy o pití alkoholu v takovém množství a v takových časových odstupech, že se nevytváří závislost. Dalším stupněm je abúzus, který je již charakterizován jako zneužívání či nadměrné užívání nebo užívání v nevhodnou dobu a v nevhodném množství. Obdobným termínem je misúzus, ten se však užívá spíše v souvislosti se zneužíváním jiných drog než alkoholu“ (Janík, Dušek, 1990, str. 58). Ve své práci se budu zabývat abúzem, tedy závislostí na alkoholu, a jaké důsledky tato závislost má pro rodinu.

## **1.2. Konzumace alkoholu a jeho účinky na osobnost**

„Alkohol působí na lidský organismus v několika směrech. Nejcitlivěji na alkohol reaguje mozková kůra, rektikulární systém mozkového kmene a míšní motorické neurony. Alkohol působí významně i na činnost kardiovaskulárního systému, ovlivňuje metabolismus některých látek (např. narušuje metabolismus tuků), ovlivňuje endokrinní systém, trávicí ústrojí (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, str. 207-208). Svým typem účinku se blíží látkám, které na lidský organismus působí sedativně. Potlačuje úzkost, depresi, některé nepříjemné tělesné příznaky. V malých dávkách uvolňuje napětí, navozuje stav spokojenosti, veselosti, výřečnosti, zvýšeného sebevědomí, lehce se uzavírají přátelství, problémy jako zázrakem po požití alkoholu zmizí. Právě tyto příjemné duševní stavy jsou často nejsilnějším impulsem k opakovanému pití. Člověk chce znovu zažít ten stav bezstarostí, štěstí a nachází v alkoholu útěchu a zapomnění. „V oblasti psychiky nabízí alkohol pocit zvýšených schopností – jde pouze o subjektivní pocit, nepodložený skutečným zvýšením výkonnosti. Dále odstraňuje špatnou náladu a nahrazuje ji dobrou, uspává, odstraňuje úzkost, tlumí vnímání bolesti.“ (Heller a kol, 1996, str. 55). „Nicméně

při větších dávkách oslabuje další části mozku a způsobuje lidem zpočátku plačtivost, ale poté, co sníží úroveň vědomí, může vést ke kómatu, a dokonce ke smrti. Také ztráta zábran má svůj negativní aspekt, spíše než veselostí se může projevovat podrážděností nebo agresivitou, vést ke rvačkám, zraněním hlavy a zlomeninám kostí.“ (Cohen, 2002, str. 26). Toto vše můžeme označit jako první stádium opilosti.

„V dalším průběhu opilosti (druhé stádium opilosti) se pijící člověk stává nekritickým, netaktním, začíná křičet, zpívat, nedbá o své okolí. Jeho chování a jednání je impulsivní, nepromyšlené. Pohyby jsou neuspořádané, opilý snadno porazí sklenici, má závratě, při chůzi vrávorá, vidí dvojité“ (Skála, 1988, str. 13). „Chování uživatele alkoholu v dané situaci je ovlivněno nejen osobností, ale i schopností orientace osobou, časem a místem a stavem vědomí. Jedním z hlavních projevů chování je řeč. Může být zpomalená, zrychlená, zabíhavá, neodklonitelná, plynulá nebo zadržávající, s přestávkami, s poruchou výslovnosti, s různým přízvukem. Může jít o mnohomluvnost – logorheu nebo naopak o tvrdošíjné mlčení“ (Sovinová a kol., 2002, str. 7). Tady vidíme, že požití alkoholu ovlivňuje nejen řeč, ale i vegetativní a motorické projevy.

„Vegetativní a motorické projevy lze pozorovat zejména v oblasti očí a hybnosti. Jde o mimiku, polohu očních víček, frekvenci mrkání, slzení, lakrimace, stav spojivek, zejména jejich překrvení, ztrátu konvergence, horizontální a vertikální nystagmus. Změny hybnosti se projevují chůzí s odchylkami, se širokou bází, s nejistotou“ (Sovinová a kol., 2002, str. 7-8). Ve třetím, konečném stádiu opilosti se dostavuje únava, spavost, často zvracení. Pokud člověk s konzumací alkoholu nepřestane nebo zvýší její množství, může dojít až k těžké akutní otravě alkoholem. „Při velkých dávkách alkoholu se opilost podobá narkóze: dochází k úplnému bezvědomí, necitlivosti a mimovolnému močení a pokálení. Někdy je člověk zmatený, blouzní, zmítá s sebou a tropí povyk. V těžkých případech a při nedostatečné pomoci může zemřít i následkem ochrnutí tzv. dýchacího centra v prodloužené míše“ (Skála, 1988, str. 13-14).

„Alkoholické nápoje jsou požívány v podstatě ze dvou důvodů – společenských a individuálních. Je možno říci, že lidé začínají požívat alkoholické nápoje především z oněch společenských důvodů, ale že časem vznikají i důvody či motivace individuální“ (Kvapilík a kol., 1985, str. 30). „Lidi, kteří požívají alkoholické nápoje, můžeme rozdělit do čtyř skupin podle toho, co od těchto nápojů žádají: do skupiny abstinentů, konzumentů, pijáků a do skupiny osob závislých na alkoholu“ (Skála, 1988, str. 6). „Abstinent je člověk, který nepil alkoholický nápoj nejméně tři roky“ (Záškodná, 1998, str. 31). Jde o osoby, které samy od sebe mají k alkoholu odpor či „umějí uhasit žízeň, i uspokojit svou chuť

kteroukoli tekutinou, v níž není žádný alkohol, protože požití této drogy v sebemenším množství odmítají, ať už je k tomu vede jakýkoli důvod“ (Skála, 1988, str. 6). Většinou se jedná o osoby, které byly závislé na alkoholu a jsou v procesu léčení, či již léčbu úspěšně dokončili, nebo se může jednat o druhou skupinu lidí, kteří se s alkoholem setkali již jako děti v rodině, kde matka či otec byli na alkoholu závislí. Díky této neblahé zkušenosti mají k alkoholu vytvořen vnitřní odpor.

Druhou skupinu tvoří tzv. konzumenti, „kteří od alkoholického nápoje chtějí opravdu jen tekutinu a chuť a až na nějakou zanedbatelnou výjimku ani vlastně nevědí, jaké účinky na nervový systém má alkohol obsažený v nápoji“ (Skála, 1988, str. 7). Konzumenti pijí alkohol příležitostně, pro chuť či zažehnání žízně a nepotřebují alkohol nutně k životu. To však neplatí o třetí skupině, do níž patří tzv. pijáci. „Pijákům nestačí alkoholické nápoje ani jako zdroj tekutiny, ani je neuspokojuje jen jejich chuť. Žádají si již účinků alkoholu obsaženého v nápoji, žádají si alkoholickou euforii“ (Skála, 1988, str. 7). Někteří autoři rozlišují tři druhy pijáků. „Prvním z nich je tzv. sociální piják, který pije v určitých mezích a jeho pití mu nezpůsobuje problémy, kvůli nimž by se dostal k lékaři. Pokud alkohol zapříčiňuje zdravotní nebo sociální potíže, potom je osoba posuzována jako „problémový piják“. Je důležité to rozlišit, jelikož mnoho lidí, jimž užívání alkoholu způsobuje potíže, to bude bagatelizovat prohlášením, že nejsou na alkoholu závislí. Třetím typem pijáka je „závislý piják“. Tato osoba je postižena syndromem alkoholové závislosti. O té budu pojednávat dále.

„Příčiny zneužívání a závislosti na alkoholu jsou mnohočetné: genetické, biologické, psychologické a sociální. Děti z rodin alkoholiků se daleko častěji stávají závislými na alkoholu a tyto sklony se udržují i v několika generacích. Také novější studie prokazují významný genetický podíl na vytvoření závislosti na alkoholu, touze po alkoholu a poruchách vědomí během excesů u jedinců z rodin alkoholiků“ (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, str. 207). Není tedy výjimkou, když jedinec, který vyrůstal v rodině, ve které se objevila závislost na alkoholu, se později také stanem závislým na alkoholu.

### **1.3. Závislost na alkoholu a její vznik**

„Závislost na drogách byla dříve definována Světovou zdravotnickou organizací jako stav fyzické a psychické vazby jedince na jednu nebo více drog, užívaných průběžně, se škodlivými následky jak pro jedince, tak pro společnost“ (Marhounová, Nešpor, 1995, str. 56). V současné době je syndrom závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí definován jako „skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů,

v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednosti než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více“ (MKN-10, 2006, str. 75). Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák. Tato touha se označuje jako tzv. craving, nebo-li bažení, či dychtění po alkoholu. Podle Světové zdravotnické organizace můžeme definovat bažení jako „touhu pociťovat účinky psychoaktivní látky, s níž měla osoba dříve zkušenost“ (Nešpor, 1999, str. 79). „Bažení je nejsilnější v situaci, kdy je jeho předmět dostupný. Nejsilnější je v počátcích abstinence (např. první den po té, co závislý na alkoholu přestane pít) než po delší době, negativní duševní stavy (např. úzkost nebo deprese) zvyšuje sílu bažení“ (Nešpor, 1999, str. 79). Existují dva typy bažení, tělesné a psychické. V případě tělesného bažení dochází k útlumu aktivity mozkových center, k němuž dochází po odeznívání účinků návykové látky. Psychické bažení se pak objevuje při pohledu na alkohol nebo v nebezpečném prostředí. Psychické bažení je nejčastější po absolvování odvykací léčby.

„Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů- silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving), potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek nebo ukončení nebo množství látky a tělesný odvykací stav. Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky“ (Nešpor, 2003, str. 14). „Odvykací stav zahrnuje příznaky vyskytující se po úplném nebo částečném odnětí látky následující po jejím trvalém užívání; pro odvykací stav je běžný termín abstinenční syndrom a jeho projevy jsou nazývány abstinenčními příznaky“ (Svoboda a kol., 2006, str. 160). Mezi tyto příznaky patří např. třes, zvracení, zvýšené pocení či nespavost. Je to způsobeno tím, že „každá droga, která má vliv na mozek a která je dlouhodobě užívána, zvláště ve velkých dávkách, bude vyvolávat reakci, jejímž účelem je minimalizovat účinek drogy. Počet receptorů drogy bude omezen („kvantitativní redukce“) nebo se receptory mohou adaptovat tak, že už nejsou na drogu citlivé („receptorová adaptace““ (Cohen, 2002, str. 27). Výsledkem je, že když droga již v organismu není přítomna, objeví se již zmíněný abstinenční syndrom. Mezi další jevy potvrzující diagnózu závislosti můžeme uvést výskyt průkazu tolerance k účinku látky, vyžaduje se vyšší dávkování alkoholu nebo drog, aby se dosáhlo tíženého efektu, kterého bylo dříve dosaženo s menší dávkou, postupné zanedbávání jiných zájmů, rodiny, či práce a pokračování v užívání i přesto že, jsou

přítomny jasné důkazy škodlivých následků.

Existuje několik teorií popisujících vznik závislosti a její příčiny. Záškodná se ve svém díle domnívá, že „závislost na alkoholu vzniká až po dlouhodobějším nadměrném pití. Příčiny závislosti mohou být vnitřní (psychologické a biologické)) a vnější (společenské). Biologické příčiny (např. genetické, metabolické) se uplatňují prostřednictvím psychologických mechanismů. Např. u některých lidí vyvolává alkohol velmi silné příznivé reakce, které jej činí přitažlivým. Účinky alkoholu posilují náklonnost k opakovanému pití. Psychologické příčiny mají charakter snížení strachu a úzkosti z některých situacích, někteří lidé pijí alkohol k odstranění neklidu, pocitu méněcennosti, jako prostředku usnadňujícího sblížení s lidmi. Společenské příčiny se uplatňují u jedinců žijících v prostředí, ve kterém je pití alkoholu běžné nebo dokonce vynucované“ (Záškodná, 1998, str. 32).

Oproti tomu Skála ve svém díle „Alkohol a jiné (psychotropní) drogy“ popisuje vznik závislosti tím, že „člověk pije, aby dosáhl příjemných účinků z požití alkoholu. Ve smyslu teorie učení je pití zpevňováno např. redukcí úzkosti. Alkohol má však i jiné účinky. Příjemné emoce vyvolává např. jen u osob, jež nejsou v tenzi a pokud konzumují malé dávky. Navíc je pak u člověka účinek alkoholu značně ovlivněn i okolností, že očekává jeho určité specifické účinky. Dále půjde o jednotlivce, kteří trpí takovým druhem fyziologické nerovnováhy, na níž má alkohol specificky normalizující vliv“ (Skála, 1986, str. 10-11). Může se jednat o jedince, kteří alkoholem řeší své psychické nebo mezilidské problémy, pitím zahánějí tělesnou bolest nebo pijí jen proto, že chtějí znovu zažít pocit euforie a přijít na jiné myšlenky, zbavit se stresu či úzkosti. „Pro chování (a případnou závislost na droze) není tedy důležitá jen míra intelektu, ale také (a někdy v převažující míře) psychická zralost a harmonická skladba osobnosti“ (Marhounová, Nešpor, 1995, str. 58). Též se uvádí, „že vznik závislosti trvá deset až patnáct let. V té době se z občasného konzumenta stává pijan. Jeho odolnost se zvyšuje, stoupá jeho sebevědomí a víra ve vlastní schopnosti. Podle mezinárodních odhadů do této fáze vývoje spadá v průmyslově vyspělých státech 30-40% dospělých mužů“ (Marhounová, Nešpor, 1995, str. 66).

Marhounová a Nešpor (1995) ve svém díle popisují „vývoj“ závislosti. Dle nich se závislost na alkoholu vyvíjí ve čtyřech vývojových stádiích. „V prvním stádiu závislosti je alkohol považován za drogu, kterou si pijan sám ordinuje, aby potlačil nepříjemné psychické stavy nebo aby dosáhl dobré nálady. Ve druhém stádiu pijan přechází od méně koncentrovaných nápojů ke koncentrovanějším a dobře alkohol snáší. Třetí stádium – tolerance organismu vůči množství alkoholu v krvi je stále dobrá, ale začínají se objevovat

poruchy paměti , tzv. okénka. A ve čtvrtém se tolerance organismu snižuje, k opilosti stačí už velmi malé množství. Pijan začíná s požíváním alkoholických nápojů už ráno a pije několik dnů po sobě, přičemž „okénka“ jsou stále častější.

#### **1.4. Fyzické a psychické komplikace závislosti na alkoholu**

Dlouhodobé a nadměrné užívání alkoholu s sebou přináší nejen komplikace fyzické, ale také psychické. Fyzickými komplikacemi může být vznik alkoholické steatózy, alkoholická hepatitida a alkoholické cirhóza. Alkoholická steatóza „je nejčastějším patologickým nálezem v játrech souvisejícím s abúzem alkoholu. Je charakterizována zvýšeným hromaděním triacylglycerolů v cytoplazmě buněk, resp. hepatocytů, a to ve formě tukových vakuol“ (Ehrmann, 2006, str.57). V tomto případě je velmi důležitá anamnéza. „Alkoholická steatóza většinou vzniká při chronické konzumaci alkoholu, i když může být i důsledkem akutního alkoholického excessu. Nemocní to často popírají nebo alespoň udávají menší množství konzumovaného alkoholu, a pokud současně trpí i jinou chorobou, která může být součástí steatózy, lze bezprostřední příčinu steatózy určit jen obtížně. Přitom je alkoholická steatóza po několikátýdenní abstinenci zcela reverzibilní“ (Ehrmann, 2006, str. 61).

„Alkoholická hepatitida může probíhat ve dvou podobách – jako akutní alkoholická hepatitida, která může mít lehký průběh, anebo může proběhnout pod obrazem jaterního selhání s velmi vážnou prognózou. Alkoholická hepatitida ale také může probíhat léta jako chronické onemocnění, kdy postupně dochází k fibrotizaci a rozvoji cirhózy“ (Ehrmann, 2006, str. 67). Samotná cirhóza jater, jinak řečeno „tvrnutí“ jater je závažné, v mnoha případech smrtelné onemocnění jater postihující jednak jedince trpící žloutenkou typu B a C nacházejících se v tzv. chronickém, tedy konečném stadia, ale v neposlední řadě taktéž jedince se silnou závislostí na alkoholu.

„Psychické poruchy na bázi zneužívání alkoholu mohou vznikat buď náhle po požití alkoholu, nebo se mohou postupně dlouhodobě rozvíjet. Projevují se poruchami vnímání (halucinózy), myšlení (bludy vztahovačnosti, žárlivecké), poruchami emotivity (depresivní poruchy), poruchami vědomí (delíria), poruchami osobnosti (povahové změny) či poruchami kognitivních funkcí různého stupně. Některé z těchto poruch vymizí po vynechání alkoholu velmi rychle (např. alkoholová halucinóza), jiné naopak mají dlouhodobý vývoj (paranoidní psychické poruchy)“ (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, str. 212). Mezi nejčastější psychické poruchy osob závislých na alkoholu patří alkoholické psychózy, k nimž patří delirium tremens, alkoholická halucinóza, alkoholická paranoidní

psychóza, Korsakovova psychóza a alkoholická demence.

Delirium tremens je alkoholická duševní porucha s nejčastějším výskytem. Je také označována jako „psychóza abuzérů“: „Vyskytuje se po několikaletém těžkém abuzu alkoholu, nejčastěji u pijáků lihovin, avšak časté je i po abúzu vína a piva. Riziko jeho vzniku zvyšuje horečnaté onemocnění (např. chřipka, zánět plic), zranění, ale i vynucená abstinence (ve vazbě)“ (Skála, 1988, str. 31). „Základní diagnostické příznaky deliria tremens v prodromální fázi jsou poruchy spánku, třes končetin a záškuby těla, pocení, pocity vyčerpání, nechut' k jídlu a další, což se kryje s příznaky odvykacího syndromu“ (Řehan, 2007, str. 66-67). Tyto příznaky můžeme označit jako somatické. Mezi psychické příznaky pak patří porucha vědomí a porucha vnímání. „Kvalitativní porucha vědomí spočívá v narušení orientace místem a časem, orientace vlastní osobou je zachována. Tato porucha vědomí kolísá, mohou se objevit lucidnější okamžiky, které jsou střídány dezorientací. Porucha vnímání spočívá ve zrakových halucinách, které mají v naprosté převaze silně nepříjemný či ohrožující charakter. Ostrost a přesvědčivost halucinací kolísá souběžně s poruchou vědomí.“ (Řehan, 2007, str. 66-67). „Delirium tremens vzniká náhle, v jedné třetině je uváděno epileptickým záchvatem. Jindy mu předchází stadium úzkosti, které trvá dny i týdny“ (Skála, 1988, str. 31). „Někdy průběh zpestřují halucinace vícesmyslové – vedle nejčastějších zrakových i taktilní, čichové a sluchové. Delirium nejčastěji propuká v noci a trvá 2-5 dní (někdy i více) a je obvykle zakončeno terminálním spánkem nebo postupným odchodem příznaků“ (Heller a kol., 1996, str. 67). Ztráta paměti na proběhlý stav je spíše částečná.

Alkoholická halucinóza je psychóza typická svými sluchovými halucinacemi, někdy s protikladným obsahem (některé hlasy pacienta obviňují, jiné jej brání). „Halucinóza často navazuje na noční děsy, nebo je uváděna hrůznými sny přetrvávajícími do doby probuzení na rozhraní mezi spánkem a bdění“ (Heller a kol., 1996, str. 68). „Vědomí nebývá porušeno. U pacientů převládá úzkostlivá nálada. Někdy se objevují i perzekuční bludy (bludy o pronásledování vlastní osoby nepřátelskými silami) a nebezpečí násilných činů. Počáteční stádium nemoci je charakterizováno úzkostmi, bolestmi hlavy a nespavostí. Stav trvá týdny i měsíce. Neodezní-li příznaky do šesti měsíců, nastupuje riziko demence nebo schizofrenní psychózy“ (Skála, 1988, str. 32). Na rozdíl od deliria tremens se rozvíjí pozvolna, plíživě. „Pravděpodobnou příčinou je narušení CNS v oblasti sluchových center v důsledku dlouhodobého abúzu alkoholu. Pozvolný nástup se ohlašuje v prodromální fázi „slyšením“ různých vytrvalých zvuků – může to být šum, pískání apod. Tyto senzace jsou velmi nepříjemné, po požití alkoholu však odeznívají“ (Řehan, 2007, str.



68). „Při alkoholické halucinaci se nemocný probouzí v noci v úzkostné náladě, halucinuje strašidelné jevy, vidí postavy, které se nad ním sklánějí apod. Po probuzení se pacient pamatuje na to, co halucinoval, a je si vědom, že se o halucinace jednalo. Přestane-li pít, halucinace mohou přejít v delirium tremens“ (Skála, 1988, str. 32).

Alkoholická paranoidní psychóza se vyznačuje velkým množstvím a různorodostí bludů, ať už se jedná o bludy pronásledování, vztahovačnosti, či bludy žárlivosti a nevěry. Proto je také občas označována jako „alkoholická bludná porucha“. Je častější u mužů a objevuje se jak porucha vnímání, tak porucha myšlení. „Vznik a rozvoj poruchy je pozvolný, ale mohou se vyskytovat i varianty s rychlejším nástupem a rychleji vzniklými projevy“ (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, str. 213). „Stav trvá často měsíce i roky, i když pacient již abstínuje. Zpravidla chybí systematizace bludů, což znamená i příznivější další vývoj nemoci“ (Skála, 1988, str. 32).

Korsakovova psychóza „se objevuje po dlouhodobém systematickém abúzu alkoholu se závislostí jako primárním onemocnění, nebo jako vyústění protražovaného či opakovaného deliria tremens“ (Řehan, 2007, str.71). Typickým příznakem je porucha krátkodobé paměti, především porucha vstřípivosti paměti, „která má za následek dezorientaci časem a místem, dávné události a starší znalosti si pacient uchovává. Na svůj stav se nemocný dívá nekriticky, ze svých rozpaků si pomáhá konfabulacemi (smyšlenkami), které jsou pro tuto psychózu typické.“ (Skála, 1988, str. 32). „Mezery v paměti vyplňuje pacient konfabulacemi, kterým sám věří. Tato psychóza se vyskytuje častěji u žen“ (Heller a kol., 1996, str. 69). Korsakovova psychóza se někdy upravuje, většinou postupuje a vyústuje v alkoholickou demenci.

Alkoholická demence se od demence stařecké liší převážně dobou nástupu, přichází okolo 50. roku a někdy i dříve. Její vznik je jasný, dlouhodobá konzumace alkoholu, dlouhodobý abúzus piva a vyskytuje se i u pacientů, jejichž celkový somatický stav není zdaleka nejhorší. „Při alkoholické demenci jsou intelektové schopnosti více nebo méně sníženy. Nápadné je při ní, že pacient není schopen se učit nové poznatky a těžko se orientuje v novém prostředí. Alkoholická demence se vyskytuje relativně častěji u žen než u mužů“ (Skála, 1988, str. 32). Netypická je i tzv. alkoholická epilepsie, kde dochází k poškození velkého množství hmoty mozkové. „Pacienti s proběhlou některou z alkoholických psychóz potřebují zásadně delší odvykací protialkoholní léčbu, v délce nejméně 4-6 měsíců“ (Skála, 1988, str. 32).

Mezi psychické komplikace vzniklé užíváním alkoholu můžeme zařadit i tzv. intoxikace. „Mírná intoxikace vede k uvolnění, hovornosti, euforii, dezinhibici, těžká

intoxikace často k agresivitě, podrážděnosti, zhoršenému úsudku, může vést až k poruše vědomí s následkem smrti. Při koncentraci 0,3-0,5 promile alkoholu v krvi nastává relaxace, uvolnění zábran a pocit lehkosti hlavy. Lidé jsou družnější, rozpínavější, motorické reakce se zpomalují. Při koncentraci 1 promile jsou sensorické a motorické funkce zřetelně narušeny – řeč setřelá, objevují se problémy s koordinací pohybu, někteří lidé jsou zlostní a agresivní, jiní mrzutí. Schopnosti jsou vážně narušeny při 2 promile a hladiny 4 promile mohou způsobit smrt“ (Svoboda a kol., 2006, str. 162)

Základní rozdělení intoxikace nebo-li opilosti může být na opilost prostou a komplikovanou. Zvláštní skupinu pak tvoří opilost patická a patologická.

„Prostá opilost je běžným následkem nadměrného jednorázového požití alkoholu, občasná prostá opilost patří u nás téměř k normě. Podkladem prosté opilosti je kvantitativní porucha vědomí, jejíž stupeň je závislý na dávce alkoholu a tedy dosažené koncentraci alkoholu v krvi“ (Heller a kol., 1996, str. 68). Komplikovanou opilost provází porucha vědomí. Vyznačuje se „výraznou neschopností sebeovládání a dlouhou dobou změny psychického stavu, u části případů se vyskytují bludy, popřípadě i halucinace při zachované orientaci v situaci“ (Heller a kol., 1996, str. 66).

„Patická opilost je typem opilosti, který již řadíme mezi alkoholové psychózy, ačkoliv se jedná o důsledek jednorázového požití různě velké dávky alkoholu. Je to kvalitativní porucha vnímání i vědomí. Mráкотný, delirantní stav propuká náhle v doprovodu s úzkostnými či paranoidními stavy. Navenek zřetelně nejsou porušeny motorika ani artikulace řeči. Sledovatelné jsou změny ve výrazu tváře“ (Heller a kol., 1996, str.66). „Patologická intoxikace alkoholem je zajímavá hlavně z hlediska forenzního, vyskytuje se u jedinců s nízkou tolerancí k alkoholu, projevuje se extrémní vzrušeností, agresivitou s následným spánkem a úplnou amnézií na tuto epizodu. Pokud se postižený dopustí v souvislosti s patologickou intoxikací alkoholem trestného činu, je možná exkulpace (zproštění viny) pouze, pokud k této situaci dojde poprvé“ (Svoboda a kol., 2006, str. 162).

„Jako další následek dlouhodobého zneužívání alkoholu se mohou vyskytovat poruchy paměti. Může jít o narušení jak krátkodobé, tak dlouhodobé paměti, především ve všípivosti, ale i v ostatních složkách. Výpadky v paměti jsou nahrazovány konfabulacemi. Poruchy mnestických funkcí dominují nad ostatními příznaky, které se jeví jen jako doprovodné. Porucha krátkodobé paměti narušuje i učení se novým věcem, je narušena i časová posloupnost vybavování si zážitků a událostí“ (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, str. 213). Mimo poruchy paměti, se u jedinců závislých na alkoholu poměrně často

vyskytuje depresivní psychická porucha. „Začíná depresivními rozladami, poruchami spánku, nesoustředivostí, snížením zájmů, rozmrzelostí, postupně se rozvíjí do depresivního nebo anxiózně depresivního syndromu. Časté jsou suicidální tendence a dokonaná sebevražda nebývá výjimkou. Smíšené nebo manické formy jsou spíše vzácností“ (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, str. 213).

Při dlouhodobém užívání alkoholu se v ojedinělých případech může vyskytnout i alkoholická schizofrenní porucha. Vyskytují se zde bludy, halucinace, ale etiologie je alkoholická. Porucha po dlouhodobé absenci alkoholu mizí, nebo dochází k jejímu postupnému zlepšení. Obvykle vzniká u jedinců, kteří premorbidně trpěli nějakou poruchou osobnosti nebo jiným psychickým narušením.

Pro úplnost bych zde ještě uvedla FES, tzv. fetální alkoholický syndrom. Je známo, že pití alkoholu je zakázáno ženám, které jsou v raném či pokročilém stavu těhotenství. Alkohol totiž představuje ohrožení pro vyvíjející se plod. A pití matky v těhotenství může mít fatální následky. Pokud žena pije v době, kdy ví o svém těhotenství, může toto její konání vést k rozvoji FES. Neboť při pití alkoholu se alkohol dostává do naší krve, a pak placentou do krve plodu. FES je charakterizován „duševní zaostalostí a mnohočetnými deformacemi tváře a ústní dutiny dítěte“ (Svoboda a kol., 2006, str. 163). Charakteristickými znaky může být degenerativní stigmatizací zejména obličeje, srdečními vadami, postižením končetin a kloubů, poruchami zraku a sluchu, poškozením ledvin či rozštěp rtu nebo patra, poškozením mozku.

Poruchy u novorozenců spojené s požíváním alkoholu jsou stálé. Chirurgie může napravit některé fyzické problémy a školy a denní pečovatelská centra nabízejí programy pro zlepšení mentálního a tělesného vývoje. Nicméně děti narozené s FAS zůstávají podprůměrné v tělesném a duševním vývoji po celý život.

## 2. Alkoholismus jako nemoc, alkoholismus u žen a u mužů

V předchozí části jsme si ukázali, jak taková závislost na alkoholu vzniká. V další části budeme pokračovat v popisování alkoholismu jako nemoci a zakončíme ji rozlišením alkoholismu u žen a u mužů, protože je velice důležité rozlišit, jak se ve stavech opilosti chová muž, a jak žena. Každý z nich má určitá specifika a projevuje se různě.

### 2.1. Alkoholismus jako nemoc

Dlouhodobá a převážně nadměrná konzumace alkoholu vede ke vzniku závislosti na alkoholu, nebo-li alkoholismu. „Tento termín poprvé použil osobní lékař švédského krále Magnuss Huss v roce 1849. V roce 1784 popsal pijáctví jako nemoc vedoucí k rozbourání ducha a mysli americký lékař Benjamin Rush. Ke zmedicinizování problému došlo v roce 1951 Světovou zdravotnickou organizací“ (Bouček a kol., 2006, str. 34). Dle Hartla a Hartlové je alkoholismus „choroba vznikající v důsledku opakovaného, častého a nadměrného požívání alkoholických nápojů“ (Hartl, Hartlová, 2000, str. 31). Jeho vznik je podmíněný multifaktoriálně, tedy má více příčin. „Nejprve se člověk střetne s alkoholem, potom se pokouší přechodně méně pít, později následuje vyrovnané pití alkoholu, po kterém následuje ztráta míry v pití, což nazýváme abúzem. Tento zlozvyk vede k závislosti na alkoholu“ (Miššík, 1986, str. 6). Vznik alkoholismu však může být podmíněn také dědičně. „Alkoholismus samotný může být popsán užitím určitých dimenzí. Tyto dimenze jsou: pijící samotný, jehož pití má charakteristický rytmus (denní pití) a typickou úroveň intenzity (stupeň intoxikace) a charakteristický stupeň předvídatelnosti“ (Steinglass. a kol., 1987, str. 64).

„Pojem alkoholismu jako nemoci je pojem neutrální, vyhýbá se morálnímu hodnocení, získal a získává řadu lidí, aby se léčili. Ulehčuje často neúnosnou situaci těm, kdo se rozhodnou přijmout roli pacienta; tato je však nezbavuje zodpovědnosti a zavazuje ke spolupráci“ (Kvapilík, 1985, str. 32). Alkoholismus patří mezi nejzávažnější a nejrozšířenější formy závislosti. „Projevuje se přítomností problémů v práci, škole či v rodinných vztazích. „Vzniká chorobný návyk, ztráta kontroly nad pitím, dále poruchy tělesného i duševního zdraví, mezilidských vztahů, osobnosti, popř. poruchy psychotické (Hartl, Hartlová, 2000, str. 31). Je ohroženo sociální fungování, zvyšuje se tolerance alkoholu a objevuje se ztráta schopnosti abstinovat a neschopnost skončit s pitím po jedné nebo dvou sklenkách. Jedinec není schopen dodržet předsevzetí o množství

konzumovaného alkoholu, které si před začátkem pití stanovil. „Klinické projevy po požití alkoholu mohou být někdy paradoxně výraznější v době nedostatku nebo odnětí alkoholu, kdy se mohou objevit příznaky odvykacího syndromu (syndrom z odnětí). V té době může být již i nulová hladina alkoholu v krvi“ (Sovinová a kol., 2002, str. 7). Záškodná (1998) se domnívá, že ke vzniku závislosti přispívají tři faktory rozvoje závislosti, a tyto faktory působí bez ohledu na to, zda jde o látkovou či jinou závislost. Patří sem: člověk sám, jeho osobní historie, charakter problémů a těžkostí; prostředek návyku a jeho vlastnosti a nebezpečí; společnost a akceptace návykového chování.

„Jedním z hlavních rysů alkoholismu jako nežádoucího společenského jevu i jako nemoci je jeho rezistence. Lidé, kteří jsou na alkoholu závislí, i jejich okolí se za alkoholismus stydí. Alkoholismus často zůstává skrytou chorobou se všemi svými nepříznivými důsledky“ (Kvapilík, Svobodová a kol., 1985, str. 33). Není tedy výjimkou, že i když muž či žena jsou závislí na alkoholu a rodina o jejich problému ví, vše zůstane jen v rámci rodiny a k léčbě nedochází.

„Začátky alkoholismu souvisí se společenským pitím, které je nenápadné a zapadá do běžných zvyklostí alkoholické subkultury. Po určitém čase vzniká pijáctví s občasným nadměrným pitím, které rodina registruje, vidí nekulturní projevy opilého člověka, na kterého není příjemný pohled ani pro dospělého, ani pro dítě“ (Miššík, 1986, str. 7). Z člověka se postupem času stává „alkoholik“. Avšak toto slovo je už zastaralé a v současné diagnostice se už nepoužívá. Bylo tedy nahrazeno termínem „osoba závislá na alkoholu“. Tímto pojmem charakterizujeme člověka, který je „závislý na používání alkoholových nápojů, což mu způsobuje problémy v životě rodinném, pracovním nebo společenském“ (Hartl, Hartlová, 2000, str. 31).

Dále Miššík (1986) ve svém díle „Alkoholik v rodině“ podrobně rozepisuje jednotlivé fáze alkoholismu spolu s tím, jak alkohol získává postupně vládu nad člověkem a taktéž podrobně popisuje chování závislého člověka. První, začáteční stádium alkoholismu se dle jeho názoru projevuje pravidelným nadměrným pitím s alkoholickými „okny“, výpadky paměti. Na některé události si člověk nepamatuje, jakoby vypadly z jeho života. Začíná tajně pít, protože si uvědomuje, že pije víc jak druzí. Jeho jediným tématem je pít či nepít, diskutuje o tom, nechává se přesvědčit, že nepije až tak moc, aby mu to mohlo uškodit. Má už pocit viny, že poškozuje rodinu, děti. Přesto však pije dál, má stále častější výpadky paměti a nechce už diskutovat o alkoholizmu, uráží se, když ho rodina upozorňuje na nadměrné pití. Pokročilé stádium alkoholismu se pak projevuje ztrátou kontroly nad pitím, organismus si totiž zvykne na denní příjem alkoholu. Při vynechání

alkoholu se hlásí nervozita, třes, tedy se dostaví abstinenci syndrom, který však po požití alkoholu ustoupí. Když pak člověk začne pít, nezná už míru, neumí se kontrolovat. V této fázi jde o chorobný stav, kde by pomohla léčba. Avšak takový člověk už nad sebou ztratil kontrolu ve vztahu k pití, je nekritický, racionalizuje, nachází zdůvodnění, proč se musí napít. „Dlouhá fáze alkoholického vývoje způsobí změny v nejbližším sociálním prostředí. Dochází ke ztrátě partnera nebo přátel, případně se navazují denivelizované kontakty. Sbližují se lidé se společnými zájmy, a tím centrálním zájmem je alkohol. Na společenském žebříčku se posouvá alkoholik neustále níž, ztrácí pozici v zaměstnání, vyhýbají se mu lidé a lepší se na něj lidé jemu podobní“ (Miššík, 1986, str. 10).

Pro poslední, konečné stádium alkoholismu jsou dle Miššíka charakteristické prolongované intoxikace, tahy v pití, dlouhodobé stavy opilosti trvající několik dní, týdnů. Toto stádium nastává po dlouhodobé a nadměrné konzumaci alkoholu, tudíž se u člověka musí dostavit toxické následky na nervový systém. „Nejprve se projeví poruchy vyšších citů, čímž se narušují rodinné vztahy, mění se hodnotový systém, alkoholik ztrácí zájmy, narušují se sociální city, dochází k asocialitě. Můžeme zde hovořit o tzv. etické deterioraci, osobnostních změnách zaviněných toxickým působením alkoholu. Pro biochemické změny v organismu, kde pod vlivem alkoholu vznikají psychotoxické látky, dochází k poruchám myšlení a alkoholickým psychózám“ (Miššík, 1986, str. 11). Jedná se o ty alkoholické psychózy, které jsem uvedla výše. Na základě výskytu těchto psychóz a faktu, že je pacient neklidný a nebezpečný pro sebe i své okolí, je nezbytně nutné ho hospitalizovat na psychiatrické oddělení.

Kromě rozčlenění alkoholismu na jednotlivá stadia se pro určení stupně nebo typu závislosti používá tzv. Jellinekova typologie závislosti. Tuto typologii roze-psal Jellinek v roce 1960 a dle ní rozděluje abusus či závislost na pět typů. Typem Alfa je označen „způsob nedisciplinovaného pití, které může jedinci způsobit společenské potíže. Jde o opakované nebo jednorázové excesy v pití“ (Bouček, 2006, str. 34). Skála (1986) tento typ Alfa popisuje jako abusus pro ulehčení v souvislosti s vnitřními konflikty. Piják alkohol používá jako anxiolytika k odstranění úzkosti, či potlačení tenze. Řehan (2007) tuto teorii podporuje, dle něj se typ Alfa objevuje u lidí s nevyváženou psychikou, kteří alkoholem „řeší“ aktuální vnitřní konflikty, problémy napětí. Jedná se tedy o typ podmíněný psychogenně. Po odeznění potíží odeznívá i abúzus, může následovat i delší období bez abúzu, ten se však znovu objevuje v případě nové psychické nepohody. Nebývá však většinou progresivní, a proto nedochází k dalšímu rozvoji a vzniku závislosti na alkoholu.

Typ Beta „se objevuje u lidí s vyšší sociální konformitou, jedná se tedy o

sociogenní podmíněnost. Jedinec se nechce lišit od okolí, takže se „přidává“ k pracovnímu či popracovnímu popíjení. Sám o sobě nemá potřebu pít, takže mimo tyto sociálně navozené situace spíše jen konzumuje (když už). Je zde vždy riziko navození „podnětu“, který může styl pití a tím i typ abúzu změnit. Většinou však rovněž není progresse a nedochází ke vzniku závislosti“ (Řehan, 2007, str. 52). Nevytváří se zde tedy psychická a ani fyzická závislost, ale dochází k somatickým komplikacím jako je např. vředová choroba, hepatopatie apod. V typu Gama jde již o závislost na alkoholu. „Charakteristickým znakem je nespolehlivá, změněná, poruchová kontrola. Jednotlivec si nemůže nikdy být jist, překročí-li určitou hranici alkoholu v krvi, že nebude v pití pokračovat až do intoxikace. Po intoxikaci je schopen kratší či delší dobu abstinovat; tolerance dále stoupá. Je vyjádřena především psychická závislost. Syndrom odnětí drogy při detoxikaci je zpravidla nevýrazný“ (Skála, 1986, str. 11-12). Má taktéž primárně sociální charakter, „abúzus se vyvíjí při společném pití s druhými, avšak na rozdíl od typu Beta zde společenskost pití souvisí i s vnitřním bažením, které má zprvu charakter psychické závislosti a posléze přerůstá i v závislost fyzickou“ (Řehan, 2007, str. 52). Někdy tento typ bývá označován jako anglosaský typ pití.

Typ Delta je pak dle Řehana (2007) označován jako alkoholická toxikománie. Jedná se o samotářské pití, kde je nezprostředkovaný vztah jedinec versus droga. Požívání alkoholu bývá kontinuální (proto se také označoval jako románské pití), zprvu se jedná o navození žádoucího stavu navozeného drogou, posléze v důsledku progresse mizí schopnost základní kontroly a stav se mění v průběžnou intoxikaci. Tento typ převažuje u žen. „Jednotlivé typy závislosti na alkoholu (gama a delta) se nevyskytují zdaleka jako čisté. U nás se léčí častěji jednotlivci s převahou typu gama, méně často s převahou typu delta“ (Skála, 1986, str. 11-12).

Typ Epsilon představuje epizodický abúzus, často s dramatickým a protražovaným průběhem. Tento typ je totožný s pojmem kvartální pijáctví. „K nadměrnému pití dochází v určitých obdobích, bývá spojeno s jinou psychickou poruchou, jako je bipolární afektivní porucha, progresivní paralýza, mentální anorexie – nyní hovoříme o duálních diagnózách“ (Bouček, 2006, str. 34). „V tomto období jedinec postupně ztrácí schopnost dodržet základní pravidla, přestává docházet do práce, často mizí od rodiny a propíjí vše, co má k dispozici, je schopen se zadlužit. Současné výzkumy nacházejí úzkou vazbu na primární larvovanou afektivní poruchu s cyklickým průběhem, kdy většinou abúzus koresponduje s náběhem hypomanického stavu, občasně však i s nástupem subdepresivního stavu. Tento typ abúzu není příliš frekventovaný“ (Řehan, 2007, str. 52).

Již zmíněný typ Gama Jellinek ještě dále rozpracoval a popsal čtyři fáze alkoholismu, které popisují jeho následující rozvoj. Bouček (2006) ve „Speciální psychiatrii“ se těmito jednotlivými fázemi dále zabývá a dle něj počáteční fáze zahrnuje příležitostné pití mající společenský charakter, opilost zde však nebývá častá, zvyšuje se tolerance, dochází k psychické závislosti, alkohol odměňuje uvolněním. V další fázi, která je označována jako prodromální (varovná) fáze, se vyskytuje silná psychická vazba na alkohol, tolerance stále stoupá, opilost bývá častější, objevují se palimpsesty (alkoholická okénka), začíná se vytvářet vazba somatická. Ve třetí fázi, kruciólní nebo také rozhodující, dochází ke ztrátě kontroly pití, alkoholik si pití racionalizuje, vytváří si složitý alibismus, který mu dovoluje v pití pokračovat. Osoba závislá na alkoholu již sama nestačí na zvládnutí svého problému a potřebuje pomoc. Terminální (konečná) fáze se vyznačuje soustavným požíváním alkoholických nápojů v kteroukoliv denní dobu. Závislá osoba chátrá psychicky i fyzicky, mění se jeho osobnost, dochází k jeho deprivaci. Tolerance se výrazně snižuje, často dochází k rozvoji psychóz nebo k suiciduu.

„Závislími na alkoholu se stávají lidé rozdílných povah a rozdílných typů či variant osobnosti, ale nakonec si jsou v posledních fázích závislosti na alkoholu všichni podobní. Je to výsledek účinku alkoholu na jejich mozkové buňky, tj. na psychiku a na jejich zvyky, i účinek společnosti, který je při pití obklopuje“ (Skála, 1988, str. 39). „Nelze také popřít, že alkohol a jiné návykové látky svými vlastnosti přinášejí mnohým a mnohdy úlevu, euforii, odstraní bolest a nepříjemné tlaky, přispívají ke sblížení lidí, usnadňují komunikaci, rozpouští zábrany v sexuálních kontaktech“ (Heller, 1996, str. 11). Alkoholem dosažené zlepšení nálady trvá však jen krátce a pak se znovu dostavuje zatrpkllost vůči okolí, k členům rodiny, k celé společnosti i k sobě samému. Protože zkušenosti z takovýchto neúspěchů a osobních porážek se hromadí a lidé závislí na alkoholu se stávají problematickými pro sebe i pro druhé. O tom, jaké dopady má výskyt alkoholu v rodině na samotné členy rodiny, či na děti, budeme pojednávat v další kapitole. Teď však považujeme za důležité popsat rozdíly, jak působí alkohol na ženy, či muže, co znamená alkoholismus u ženy či u muže pro společnost a jak se taková závislá žena či závislý muž chová.

## **2.2 Alkoholismus u žen**

Alkoholismus u žen byl kdysi považován za něco výjimečného, bohužel v dnešní době můžeme konstatovat, že alkoholismus u žen je něco běžného, ne výjimečného. Jeho výskyt u žen je skoro stejně častý jako u mužů, ale jeho následky a projevy, a převážně



důsledky na rodinu jsou mnohem vážnější. „Závislost ženy přináší víc obětí a v podstatě ničí celý rodinný systém a jeho jednotlivé členy, přináší do rodiny víc problémů a rodina takové ženy je celkově víc narušena a víc trpí, než při alkoholové závislosti otce“ (Maxianová, 1999, str. 182). Proč tomu tak je, je zřejmé. V každé rodině zastává matka to nejdůležitější místo. Už od našeho narození je to právě matka, na kom jsme závislí, kdo nám dává mateřskou lásku a péči, kdo nás vychovává. Pokud však matku v důsledku alkoholismu ztratíme, je to ztráta nenahraditelná. Nedochází k ní hned, neboť děti, které žijí v rodině se závislou matkou svou matku navzdory všemu pořád milují. A snaží se jí pomoci. Někdy až do úplného konce.

„Nejvýraznější znaky ženské versus mužské závislosti by se daly interpretovat následovně: ženský typ závislosti je charakterizován zejména tajným pitím, tj. pitím spojené s utajováním požívání alkoholu, skrýváním lahví, s nakupováním alkoholů na různých místech i dalšími typicky alkoholickými manévry „zametání stop“. Ženy jsou sociálně-kulturním prostředím za svoji závislost na alkoholu víc odsuzované a tento ostřejší úhel pohledu má zřejmě významný podíl na vzniku tajného pití“ (Nociar, Jančovičová, 1993, str. 27). Je mnoho důvodů, proč ženy v rodině pijí. Může se jednat o sníženou životní spokojenost, významné změny afektivity, či o zvýšenou depresivitu. Dochází ke vzniku pocitu úzkosti, vnitřního napětí, pocitu nezvládnání svého života. Ženy jsou tedy při pití alkoholu více úzkostné, ale na druhou stranu méně agresivnější než muži. „Můžeme říci, že ženy pijí zejména kvůli psychickému prospěchu z pití a více než muži trpí abstinenčními příznaky psychického a emočního rázu, přičemž ve fyzických příznacích není výrazného rozdílu. Styl ženského pití ve větší míře charakterizuje obsedantně-kompulzivní pití, s dominující touhou po alkoholu. Jako důvod pití častěji než u mužů vystupují neshody v partnerských a rodinných vztazích, častější je i pití pro změnu nálady“ (Nociar, Jančovičová, 1993, str. 27). „Někteří autoři zastávají názor, že pro rozvoj abúzu a vznik závislosti hrají u žen – v porovnání s muži – větší úlohu životní události. U mladších žen jde o rozvod, nešťastnou lásku, ztrátu či úmrtí rodičů nebo manžela, u starších žen je to zejména „syndrom prázdného hnízda“. Rizikový faktor pro vznik ženské závislosti na alkoholu je obzvláště velký u osamělých, opuštěných a společensky izolovaných žen“ (Maxianová, 1999, 180-181).

Dle Maxianové (1999) též stojí v popředí vzniku alkoholismu chronická emoční tenze podmíněná citovým a sexuálním neuspokojením, objevují se zde i problémy v manželství či v partnerství apod. Může se jednat o mladou matku, která „nezvládá“ péči o dítě a o rodinu, a tak se uchyluje k pití, nebo naopak může jít o ženu ve věkovém rozmezí

čtyřiceti či padesáti let, která zapíjí svou osamělost, či nesplněné životní cíle. V mnoha případech se také může jednat o vykonávání náročného povolání, jako je např. učitelství, lékařství apod. „Není výjimkou, že pijí např. zdravotní sestry, což se může připsat známému „riziku z povolání“, kde stres při konfrontaci s nemocí či se smrtí lze odbourávat např. i pitím“ (Trávničková a kol., 2001, str. 16). Neexistují konkrétní věkové hranice či typologie osobnostní, které by přesně zaznamenaly, která žena podlehe alkoholu, může se jednat o kteroukoli osobu, poněvadž každý z nás má určité problémy a každý z nás si volí jinou cestu, jak se z problémů dostat.

Nociar a Jančovičová (1993) se kromě jiného zabývali i osobností ženy závislé na alkoholu. Z výsledků jejich výzkumu vyplynuly následující fakta: ženy závislé na alkoholu vykazují v osobnostních profilech statisticky významně vyšší úroveň psychopatologie než muži. Ženy se ve vyšší míře jeví jako hypochondrické a závislost u nich souvisí s různými druhy deprese: se suicidální, anxiózní složkou, dále s pocity viny a resentimentem. Není tedy výjimkou, když se závislá žena pokusí o sebevraždu, ve většině případů má však sebevražda pouze demonstrativní charakter, aby k sobě partnera připoutala. „Z dalších diferenciací je také důležité zdůraznit převládající názor, že vývoj klinického obrazu u žen probíhá zrychleně a je malignější než u mužů. Poukazuje se zejména na hlubší morální degradaci s výraznou lhostejností sexuální uvolněností, amorálností, dále na oslabené rodinné svazky, přičemž vyhledávání pomoci bývá opožděné a sociální následky vyplývající z role matky jsou větší“ (Maxianová, 1999, str. 181).

Ženy také velmi často kombinují alkohol s tlumivými léky, hypnotiky a analgetiky. Nejedná se tedy jen o závislost na alkoholu, ale postupem času vzniká závislost kombinovaná, kdy je alkohol kombinován s nejrůznějšími léky a s užíváním nikotinu. Ženy často zdůvodňují své pití tím, že mají různé problémy v práci, manžel jim nerozumí, děti se o ně nestarají a nikomu na nich nezáleží. Můžeme to pokládat za pouhé výmluvy a zdůvodňování jejich pití, ale také se můžeme zamyslet nad tím, že to byl právě ten důvod, proč k alkoholu sáhly. Pro ženy se totiž alkohol stává prostředníkem, díky kterému zapomenou na své problémy a starosti, sníží své vnitřní napětí a „zvednou“ si pitím náladu. Zmíněné „zdůvodňování“ pití alkoholu však dle Trávničkové (2001) rozvrací emoční projevy i sexuální život partnera a na takto narušené rodinné klima reagují různě muži a ženy co do ochoty a schopnosti setrvat s partnerem závislým na alkoholu. I když se manžel či partner snaží svému protějšku pomoci, moc dlouho to nevydrží. Ze začátku sice toleruje manželčino občasné či čím dál častější pití, ale postupem času je toho na něj moc, začne

jednat a chce se s ženou rozvést, ta jej pak paranoidně podezírání (často předstíraně), že má jinou, mladší ženu nebo se snaží jinak svést myšlenky svého okolí (dětí, známí). Jednoduše řečeno psychicky vydírá. Mohou se objevit také stavy pláče, prosby, naříkání, útky z domova a vyhrožování sebevraždou. Manžel však nesmí nátlaku podlehnout a může ofenzivě pohrozit rozvodem. Toto jediné ultimátum je bohužel na ženu účinné. Pokud ani to nepomáhá a manželka stále protestuje proti léčbě, dochází k rozvodu. Soud by pak měl dítě přiřknout otci. „V současné době se zvyšuje i rozvodovost z důvodu pití ženy. Závislost ženy totiž bezprostředně a trvale narušuje ochrannou funkci rodiny. Manžel většinou není schopný vytvořit produktivní a tím i potřebnou koalici s dětmi. Muži tuto nepříjemnou situaci tolerují tak dlouho, dokud se drží abúzus alkoholu uvnitř rodiny. Když se problém dostane na veřejnost, je to pro mnohé signálem k ústupu, který má velmi často formu rozvodu“ (Maxianová, 1999, str. 182).

Když žena začne pít, na začátku pije zpravidla tajně, s cílem odstranit osobní obtíže a vlastní psychickou nepohodu. To je také hlavní důvod toho, proč se alkoholismus u žen dá tak těžko zjistit a proč se o něm třeba nikdy nedozvíme. Aby žena utajila své pití, schovává láhve na všech možných místech, kde člověk moc často nechodí. Vymýšlí si ty „nejbizarnější“ skryšy, aby její láhve nikdo neobjevil. Nedovolí dětem pomáhat v domácnosti, uklízet či utírat prach ze strachu, aby nikdo nenašel její tak dobře utajované láhve. I když všichni členové rodiny o těchto jejích „skryších“ ví, žena sama žije neustále v domnění, že vše dobře skrývá. A právě toto „utajované pití“ devastuje nejen rodinnou komunikaci vzájemnou důvěru, ale mění i žebříček hodnot. I když se to zdá nemožné, je schopná nám do očí lhát, že ta láhev, kterou jsme objevili ve skříni, její vůbec není a „někdo“ ji tam musel dát. Důvod této lži je zřejmý, má strach přiznat sama sobě a svému okolí pravdu, raději vyvolá hádky, než aby přiznala, co se děje. A právě kvůli těmto výmyslům a výmluvám, se stává lhaní běžnou součástí rodinného života. Matka lže do očí, že ona nepije a zbytek rodiny předstírá, že o její závislosti neví. Je také bohužel pravdou, že většina manželů či partnerů tolerují ženě pití „pouze dokud se abúzus alkoholu udrží uvnitř rodiny“ (Trávníčková a kol., 2001, str. 16). Pokud žena pije pouze v kruhu rodiny, dokáže se postarat o děti a domácnost, manžel tento její stav neřeší. Když její závislost ještě více vzroste, manžel podniká první kroky k tomu, donutit ženu k tomu, podstoupit léčbu. Když prosby a naléhání nepomohou, dochází k rozvodu a postupnému úbytku manželství, pokud jsou vyslyšeny, nastává proces léčby.

Doposud nebylo zjištěno, co je vlastně příčinou alkoholové závislosti u žen. „Současná literatura preferuje názor, že alkoholová závislost je z větší míry psychogenního

původu, přičemž vede k psychickému deficitu“ (Maxianová, 1999, str. 187). Mezi tyto psychogenní faktory můžeme zahrnout osamělost žen, nespokojenost se vztahy či se zaměstnáním. Nociar a Jančovičová (1993) se oproti tomu spíše přiklánějí k názoru, že alkoholová závislost u žen se může častěji vyvinout na bázi primární afektivní poruchy. Změny afektivity se jeví být jedním z činitelů vzniku alkoholové závislosti. Jedno je ovšem jisté, když se alkoholikem stane žena, společnost ji více odsuzuje, méně její závislost toleruje a žena se nebojí ani tak o to, že by ji rodina mohla zavrhnout, ale spíše se bojí toho, co „na to řeknou lidi“. Žena se při nástupu odvykací léčby nebojí abstinčních příznaků nebo toho, že své problémy bude muset zvládat alkoholu, ale její největší strach pramení z pozice společnosti k jejímu pití. A tento svůj strach musí žena nejprve překonat.

### **2.3 Alkoholismus u mužů**

„Mužské pití je významně častěji charakterizované jako družné pití, pití v širší společnosti, se známými, přáteli, neskrývané pití“ (Nociar, Jančovičová, 1993, str. 27). Každý muž, ať už mladý či starý, rád chodí na pár piv do hospody. Na oslavách je to právě muž, u něhož pití alkoholu je bráno jako něco samozřejmého, jako něco nutného. „V našich sociálně-kulturních podmínkách se mužské pití více toleruje, a proto se ani nadměrně pijící muži nemusí skrývat se svým pitím, jak to dělávají ženy“ (Nociar, Jančovičová, 1993, str. 27). Mužský styl pití charakterizuje družné, kontinuální pití na zlepšení mentálního fungování, dochází ke zvýšení sebevědomí, muž se stává hovornějším, veselejším. S postupným růstem hladiny alkoholu v krvi, se muž stává naopak agresivnějším, výbušnějším, dochází ke slovním či fyzickým útokům na druhé osoby. Jejich závislost na alkoholu se rozvíjí pomalu, plíživě, mohou celý život v různých mírách konzumovat alkohol a přesto se u nich závislost nerozvine. „Mužské pití bývá kontinuální, během celého dne, přičemž se častěji začíná od rána a jedinec je stále subintoxikovaný“ (Nociar, Jančovičová, 1993, str. 27).

V případě vzniku alkoholové závislosti můžeme najít příčiny této závislosti v rodině, v práci či v osobnostních charakteristikách. „Mnoho mužů pije kvůli své práci. Některá zaměstnání jsou předurčena k velkým počtům alkoholiků – jsou to povolání doprovázená stresem, únavou, taktéž práce, kde hrozí riziko pochybení nebo velká zodpovědnost. Patří sem často lékaři, policisté, soudci apod. Z dlouhodobých studií bylo také zjištěno, že mnohem více tíhnou k alkoholu lidé fyzicky manuálně pracující nebo podnikatelé“ (www.alkoholik.cz). Též problémy v rodině či životní prohry muži řeší alkoholem. Někdy se jedná o jednorázové události, jindy častost konzumace přesahuje

určité meze. Dle Nociara a Jančovičové (1993) ženy při konzumaci alkoholu často cítí pocity viny, cítí tíživé, neustále se vynořující autoagresivní myšlenky. Muži tyto pocity neprožívají. Místo pocitu viny cítí vztek a zlost, když jim někdo alkohol vyčíní a jejich pití je jim předhazováno. A v nejčastějších případech je tím „někdo“ právě manželka, či partnerka žijící s mužem v jedné domácnosti. Není špatné, když si muž občas zajde do hospody na „jedno“ či dvě piva, ale když tam začne trávit většinu svého času, nastává alarmující situace. „Když alkoholik potřebuje alkohol, chodí do hospody, to manželka většinou netoleruje, a proto někdy manžel záměrně vyvolá hádku, aby mohl do hospody jít (má tak už důvod opustit domácnost, je přece rozzlobený, tak nebude s tím druhým doma). Když ale z nějakého důvodu nemůže jít do hospody, začne pít doma. Postupně začíná pít už i ráno, aby mohl vůbec fungovat“ (www.alkoholik.cz). Závislí se poměrně často vyznačují velmi složitým alibismem (uvádí komplikované důvody proč právě tentokrát pili) a racionalizací svého pití. Tak jako každý závislý člověk. A právě tato jeho postupně vznikající závislost má ničiví vliv nejen na jeho organismus, ale též na rodinu.

V rodině netrpí jen partner či manželka závislého partnera, ale také děti. „Těžší alkoholismus otce se promítá závažnějším nepříznivým způsobem do života rodiny a bude tak i působit na psychický a sociální vývoj dítěte“ (Skála, 1986, str. 34-35). Tím, že ztratili mužský rodičovský vzor, autoritu a neví, jak se ke svému otci chovat, zažívají velkou ztrátu. Dle Skály (1986) je též narušena jejich pozitivní identifikace s rodičovskými modely. Je ohrožen psychosexuální vývoj těchto dětí a zproblematizován vývoj jejich rodičovských postojů. Dostává se jim méně důsledné a méně jednotné výchovy. Matka jim přikazuje jednu věc, pak přijde opilý otec a říká něco úplně jiného. Když je otec opilý, je mu vše jedno, ať už se jedná o známky ve škole, o výchovu dětí či jejich problémy. Nebo může nastat druhá situace, kdy je otec po alkoholu zvýšeně agresivní a děti či manželku trestá za, podle jeho názoru, špatné známky, či nepořádek v domácnosti. V této situaci pak dochází k nepřiměřeným ranám, či nepřiměřenému bití. „V rodině se zvyšuje napětí, hádky jsou na denním pořádku, mění se vztahy mezi manželskými partnery, dětmi. Ve snaze imponovat, další črtě alkoholika, začíná rázně řešit svoje problémy, má agresivní, panovačné způsoby a chování. Stálé výčitky svědomí vyvolávají pokusy o přerušování pití, vznikají periody abstinence, které však nemají dlouhou výdrž. Výsledkem takovýchto pokusů může být, že se mění způsob pití. Člověk se pokouší pít jen po pracovní době, přesouvá denní dávky na noc či ráno, a nebo si vyvolí jeden druh alkoholu a nemíchá různé druhy alkoholu dohromady“ (Miššík, 1986, str. 9-10). Ale když nastanou okamžiky střízlivosti, najednou si otec hraje na starostlivého, pečujícího, zajímavějšího se o život

svého dítěte a své rodiny. Je pozorný, nosí dárky, „uplácí“ tak své děti či manželku, slibuje, že už to víckrát neudělá.

„Otcův alkoholismus nepříznivě mění emoční a sociální atmosféru v rodině“ (Skála, 1986, str. 34-35). Stává se důvodem, proč rodina nefunguje a neplní své funkce. Manželkou a dětmi je odmítán, děti se ho bojí nebo k němu ztratily úctu. Pokud je manželka na tolik silná, že se svému partnerovi postaví, má na půl vyhráno. Může požádat o rozvod, či zkusit přemluvit muže k podstoupení léčby. Nejprve začne s rozumnou domluvou, s argumenty, a když to nebude mít požadovaný efekt, dojde k výhrůzkám, že pokud se nic nezmění, vezme děti a odejde. Má-li muž v sobě ještě na tolik soudnosti a nebude chtít svou rodinu ztratit, udělá vše proto, aby k takovéto situaci nedošlo. A je ochoten podstoupit léčbu. Pokud žena nemá dostatek odvahy k tomu manžela opustit, nebo z nějakého důvodu to udělat nechce, nastává druhá varianta, kdy začne svého manžela krýt, vymýšlet si omluvy, omlouvat jeho chování i když všichni ostatní ví, že je její manžel „alkoholik“, ona si přesto tuto pravdu nepřizná. Začne být agresivní, prchlivá, unavená a zlá nejen na svého manžela, ale především na své děti. Rodině začnou docházet peníze, neboť manžel kvůli své závislosti ztratí práci, nastávají dluhy, které rodina není schopná splácet, agresivita a nadávky jsou na denním pořádku, dochází k rozpadu rodiny. Existují případy, kdy otec kvůli své rodině nebo kvůli své manželce sám dobrovolně odešel od rodiny, či manželka sebrala děti a odešla sama, nebo jsou také případy, kdy si otec alkoholismus nikdy nepřizná a pije dál. Postupem času dochází k jeho celkové fyzické a psychické devastaci, úbytku úcty, snižování hodnot až dopadne na samotné dno.

#### **2.4 Léčba závislosti na alkoholu**

Osoby závislé na alkoholu, drogách, či jiných návykových látkách si svou závislost často dlouho neuvědomují, či si ji přiznat neumí. K tomu, aby podstoupili léčbu ze své závislosti, je vyžadováno ze strany rodiny či přátel dlouhodobé přesvědčování. Nebo v jiných případech člověk sám, vědom si svých škodlivých fyzických či psychických následků způsobených užíváním drogy, vyhledá odbornou pomoc. „Léčení se provádí v ústavních zařízeních, protože se zjistilo, že jenom ambulantní je málo účinné, používá se k doléčení. Další zásadou léčby je úplné odnětí drogy, které se podle druhu zneužívané drogy provádí buď náhle, nebo postupně“ (Janík, Dušek, 1990, str. 307). Odnětí drogy znamená tedy stoprocentní abstinenci. To je základní podmínkou při absolvování léčby. V období abstinence se závislý musí vyrovnat s abstinenčními příznaky. Aby je zvládl, využívají se různá neuroleptika, především v případech, kdy dotyčný trpí halucinacemi, nespavostí, či

vnitřním neklidem. „Po odeznění abstinenčních příznaků se v kontrolované abstinenci pokračuje vlastním léčením závislého. To spočívá především v dlouhodobé resocializaci. To znamená postupně změnit stávající návyky a vzorce chování, které vedly ke vzniku závislosti a vytvořit nové, tzn. takové, které by léčeným umožnily opětovné zapojení do společnosti. Proces resocializace bývá dlouhodobou záležitostí a má-li být úspěšný, je nutná dlouhodobá spolupráce se zařízením, které se resocializací zabývá, a to i po propuštění léčeného z ústavní péče“ (Janík, Dušek, 1990, str. 308). Na resocializaci nemocného se taktéž podílí i jeho blízké sociální prostředí, do kterého se dotyčný po absolvování léčby vrací.

Při nástupu do odvykací léčby je potřeba provést komplexní vyšetření osobnosti. „Pro stanovení optimálního léčebného programu u jednotlivých pacientů léčených ambulantně či ústavně v psychiatrických léčebnách je potřebná komplexní diagnóza, a nikoliv jen konstatování závislosti na alkoholu či jeho abúzu“ (Kvapilík a kol., 1985, str. 36). Tato komplexní diagnóza zahrnuje psychopatologický rozbor osobnosti a vývoj závislosti. Zkoumá osobnost závislého jedince, jeho motivace k tomu poprvé požití alkoholu, či jeho nevyřešené problémy se svou rodinou či se sebou samým. Získané poznatky umožňují programování léčby, aby byla co nejefektivnější. Důležitou součástí léčení je intenzivní psychoterapie už v prvním období léčení, kdy se zároveň začíná s rehabilitací, která vede k rozvinutí a obnově sociálních a pracovních návyků. Navazuje se přitom na období před vznikem závislosti“ (Janík, Dušek, 1990, str. 308). Taktéž chceme upozornit na to, že „že prvořadou úlohou při léčení závislého člověka je rozpoznání příčin, které vedly k rozvoji závislosti. Vychází se nejen ze situace postiženého, z jeho ekonomických, sociálních a kulturních podmínek, ale i ze širších sociálních souvislostí. Nutno brát v úvahu i současnou sociální strukturu a zvyklosti, tradice, úroveň výchovy a další místní činitele, prostředí, ze kterého postižený pochází. Bere se v úvahu i oblast, druh a formy rozšíření drogové závislosti, protože i to ovlivňuje přístupy v léčení postiženého a vhodný výběr rehabilitačních metod“ (Janík, Dušek, 1990, str. 309).

Je tedy zřejmé, že léčení z alkoholu není jen doba několika týdnů, ale to, aby se člověk alkoholu už nikdy v životě nedotkl, je záležitostí do konce života. „Léčba nevede k vyléčení chorobného stavu (tzn. k návratu do stavu před vznikem choroby), ale dosahuje pouze úzdravu (tj. vymizení příznaků choroby), pro jejíž udržení je nutné důsledné a trvalé dodržování bezalkoholní diety – vzdání se konzumace alkoholických nápojů v jakkoliv i malém množství a trvale po celý život“ (Heller a kol., 1996, str. 83). Po úspěšném absolvování léčby čeká vyléčeného dlouhá a strastiplná cesta plná neustálé kontroly a

přemlouvání se nedotknout alkoholu. Je totiž jisté, že když se vyléčený jen jednou dotkne alkoholu, už s pitím nepřestane a dostává se do fáze před nastoupením léčby.

Musíme též brát v úvahu, že většina závislých co postupuje léčbu, mají tuto léčbu stanovenou soudem, na základě soudního příkazu, nebo jsou k léčbě donuceni rodinnými příslušníky. „U závislosti chybí velmi důležitý předpoklad pro úspěšné zvládnutí léčby a tím je náhled choroby, náhled nutnosti léčby a s tím úzce souvisí i náhled vhodné léčby“ (Heller a kol., 1996, str. 83). Tudíž k tomu, aby jedince léčbu vůbec postoupil, je nutná přítomnost rodiny. Protože pouze rodina ví, jak alkohol jedinci postupně ničil náhled na situaci, jak droga postupně ovládla jeho život a mysl a jak dlouho rodina spřádala marný boj přesvědčit závislého jedince o nutnosti podstoupit léčbu. A právě rodina je také ta, co jedinci ne-li nejvíce pomáhá během léčby. „Odborníci odhadují, že vytvářený trvalý tlak na osoby závislé či zneužívající může být účinný až u 80 % pacientů-alkoholiků a že plně polovině z nich se dá víceméně pomoci. Pochopitelně nejlepší výsledky přináší léčba dobrovolná, ale i u těchto pacientů jen tehdy, je-li jejich motivace opravdová, jestliže mají upřímnou snahu se zbavit své závislosti a nikoliv jen ve chvílích krize obsadit lůžko a utéci na čas od svých problémů“ (Kvapilík, Svobodová a kol., 1985, str. 33).

Dle Křivohlavého (2003) efektivita psychoterapeutických postupů při léčení alkoholiků závisí na mnoha okolnostech. Ukazuje se větší účinnost léčení tam, kde se dané osoby účastní terapie z vlastního rozhodování než tam, kde je jim léčení přikázáno, lépe se léčí ženatí muži a vdané ženy, než ti, co žijí sami apod. Je tedy jasné, že mnohem větší účinnost léčby je u pacientů, kteří mají důvod k léčbě a mohou se pak vrátit zpátky do své rodiny. Ne vždy má závislý to štěstí, že má okolo sebe někoho, komu na něm záleží a kdo ho během jeho léčby podporuje, kdo disponuje nekonečnou trpělivostí, obětavostí a má k němu pevný vztah. „Bohužel často nestačí k záchránění života všechny jmenované vlastnosti a závislý překročí hranici, od které je ještě cesta zpátky a choroba přechází do chronické fáze. Neléčitelná chronická forma vlastně pro člověka znamená odchod ze života daleko před biologickou smrtí. On sám ztrácí schopnost vnímat a posoudit svůj zdravotní i sociální stav, jeho okolí však vedle něj prožívá nesmírně těžké období, kdy smrt závislého je často vysvobozením pro obě strany“ (Heller a kol., 1996, str. 83).



### 3. Alkoholismus v rodině

V této části se budeme zaměřovat na výskyt alkoholismu v rodině. Rodina plní určité funkce, tyto funkce jsou však pitím matky či otce hluboce narušeny. Ukážeme si tedy, o jaké funkce se jedná a jak toto porušení postihuje samotné dítě a rodinu. V této kapitole se též zabýváme fyzickým a psychickým týráním, ke kterému v rodinách s problémovými pijáky dochází.

#### 3.1 Rodina jako systém

Rodina. Matka, otec a dítě. Primární jednotka, jejíž součástí se stáváme při našem narození. Plaňava charakterizuje rodinu jako „strukturovaný celek (systém), jehož smyslem, účelem i náplní je utvářet relativně bezpečný, stabilní prostor a prostředí pro sdílení, reprodukci a produkci života lidí“ (Plaňava, 2000, str. 8). Pro Zášková (1998) rodina představuje dynamický celek, který se neustále vyvíjí a mění. „Reaguje na vnější vlivy a také prochází zákonitými stádii, která přinášejí kvalitativní změny. Změny většinou doprovází zvýšená situační zátěž. Navzdory změnám by kontinuita ani homeostáza neměly být narušeny. Homeostáza je založená na psychických potřebách a statusu jednotlivých členů“ (Zášková, 1998, str. 37). Ať už zvolíme jakoukoli z těchto definic, jedno je jisté. „Rodina má rozhodující význam pro zdravý vývoj dítěte. Je základem společenského prostředí, v němž probíhá jeho socializace“ (Dunovský, 1986, str. 3). „Rodina má pro dítě nezastupitelný význam. Dítě se do ní rodí, dostává od ní či přesněji od svých rodičů genetickou výbavu, má rozhodující vliv na celkový rozvoj jeho osobnosti, zvláště v nejranějším období jeho dětství a to jak v oblasti tělesné, duševní tak i sociální“ (Dunovský, 1999, str. 99). Také to, v jaké rodině jedinec vyrůstá je velmi důležité, protože rodina nás všechny formuje, vychovává, a to, v jaké rodině jsme vyrostli si sebou ponese celý život. A také to, jakou rodinu jsme měli nebo máme, má rozhodující význam v období dospělosti, kdy si sami svou vlastní rodinu vytváříme.

Mezi základní funkce rodiny patří funkce reprodukční, sociálně ekonomická, kulturně výchovná, sociálně psychologická a emocionální. „K dalším funkcím rodiny patří plnění potřeb jejích členů v oblasti fyzického, psychického, sociálního a ekonomického zabezpečení a prospívání, jakož i poskytnutí uspokojivého prostředí pro podporu, vzdělání a socializaci dětí. Problémová konzumace alkoholu může mít negativní dopad na všechny

tyto funkce“ (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001, str. 4). Dle mého názoru je v rodině problémových pijáků nejvíce narušena právě emocionální funkce, neboť „emocionální funkce rodiny a jakákoli porucha v této oblasti má význam pro všechny její členy a všechny ostatní sféry života rodiny, a to jak uvnitř rodiny, tak i ve vztahu ke společnosti“ (Dunovský, 1986, str. 26). Poruchou emocionální funkce je nejvíce ohroženo dítě, neboť je připraveno o klidnou a vyrovnanou rodinnou atmosféru. Pokud dítěti nejsou poskytovány příznivé podmínky pro život a uspokojování všech jeho potřeb, může se to negativně projevit na jeho vývoji a důsledky si může nést až do dospělosti.

Kromě poruchy emocionální funkce dochází v rodině problémových pijáků též k poruše v komunikaci, především ke vzniku tzv. dvojité vazby (double mind). Jde o patologickou formu komunikace založenou na nesouladu slovního a mimoslovního projevu a je-li dvojitá vazba normou v rodinné komunikaci, velmi negativně se odráží v emocionálním vývoji dítěte. Dítě totiž netuší, jak se k takovému členu rodiny chovat.

### **3.2 Alkoholismus v rodině**

„Závislost jednoho člena rodiny na alkoholu či jiné droze se výrazně dotýká i jejich ostatních členů. Postupně onemocní celá rodina“ (Heller, 1996, str. 77). Také proto bývá alkoholismus popisován jako „rodinná nemoc“, neboť onemocní jen jeden člen, ten který pije, ale postupně onemocní celá rodina. „Soužití s jedincem závislým na alkoholu vnáší do systému rodiny a jeho funkcí mnoho negativních jevů. Jednání pod vlivem alkoholu znemožňuje normální, přirozenou komunikaci intoxikovaného jedince s ostatními členy domácnosti, nedovoluje mu pružné a tvůrčí rozhodování“ (Heller, 1996, str. 77). A především je narušena funkčnost rodiny a „normální“ fungování jejich členů. „I když rodina, ve které alkoholik žije, může být zdrojem podpory, není neobvyklé, že funkčnost rodiny je narušena. Existují určité důkazy o tom, že během období, kdy je pacient stabilní a nepije, může rodina fungovat flexibilním způsobem, ale když pacient pije, chování rodiny vykazuje vyšší stupeň rigidity“ (Cohen, 2002, str. 32).

„Rodiny, které zažívají problémy s alkoholem, jsou méně stabilní, křehké. Škody v souvislosti s pitím alkoholu se zdaleka neomezují pouze na pijáky samotné – poškození mohou být i všichni kolem. Rodiny problémových pijáků jsou zvláště zranitelné a náchylné k poškození. Dětství prožité v takové rodině může znamenat léta naplněná strádáním – často skrytým navenek a opomíjeným místy a osobami s rozhodovací pravomocí“ (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001, str. 2). V rodině s problémovým pijákem můžeme též hovořit o výskytu tzv. „spoluzávislosti“. Tento pojem popsali ve svém díle

Ühlinger a Tschui (2009) a podle nich je spoluzávislý člověk ten, „který snáší následky závislosti svého partnera nebo rodiče, ať už alkoholika, patologického hráče, workoholika, závislého na lécích, internetu, nebo čemkoli jiném. Ten svým chováním působí potíže, které se jeho blízcí snaží řešit nebo alespoň zmírnit“ (Ühlinger, Tschui, 2009, str. 55). Za spoluzávislého tedy bývá označován člověk, který se neustále přizpůsobuje obtížné situaci, již zavinil ten druhý, ale on sám ji přitom nemůže ovlivnit. Člověk se stane spoluzávislým, pokud svůj život k vlastní škodě přizpůsobuje po všech stránkách potřebám závislého člověka. S touto zvláštností se lze nejvíce setkat právě v rodinách alkoholiků – zatímco alkoholik má závislost na látce zvané alkohol, jeho blízcí jsou závislí na problémech vyvolaných jeho alkoholismem.

Jak už jsem zmínila, k „základním funkcím rodiny patří plnění potřeb členů v oblasti fyzického, psychického, sociálního a ekonomického zabezpečení a prospívání, jakož i poskytnutí uspokojivého prostředí pro podporu, vzdělání a socializaci dětí. Problémová konzumace alkoholu může mít negativní dopad na všechny tyto funkce“ (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001, str. 4). Tedy dochází nejen k poruše funkcí rodiny ale též k samotné poruše rodiny jako takové. „Poruchy rodiny chápeme jako situace, kdy rodina z nějakého důvodu a v různé míře neplní základní požadavky a úkoly dané společenskou normou a vyjádřené v očekávání na adekvátní začlenění jejich členů do společností“ (Dunovský, 1986, str. 16). Vzhledem k tomu, že alkoholismus jednoho z rodičů způsobuje poruchu rodiny a jejich funkcí je jasné, že rodina se začne snažit tento problém nějak vyřešit.

Snaha rodiny o zvládnutí alkoholismu jednoho člena se vyvíjí v paralele s vývojem alkoholismu samotného. Při prvních příznacích alkoholismu v rodině je prvním vyrovnávacím stupněm popírání alkoholu, rodina „dělá“, že žádný problém neexistuje a snaží se fungovat dále. Musíme si též uvědomit, že „při vzniku a rozvoji závislosti na alkoholu se v rodině uplatňují dva nejvýznamnější prvky – utajení pití a jeho zdůvodnění. Utajení devastuje v rodině komunikaci, vzájemnou důvěru, zpřehází hodnotový systém apod. Oproti tomu zdůvodňování rozvrací vzájemné vztahy, pozitivní emoční projevy, sexuální aktivitu atd.“ (Heller a kol., 1996, str. 78). „Když začne některý člen rodiny nadměrně pít, ze začátku rodina tento problém bagatelizuje (zlehčuje) a vždy se najdou vysvětlení na všechny s tím související situace“ (Miššík, 1991, str. 27). Rodina se snaží zdůvodnit jeho chování, omluvit jej, vymýšlí si různé výmluvy, aby se na jeho alkoholismus nepřišlo. Partneři problémových pijáků dělají všechno možné, aby snížili negativní důsledky jejich pití. Například se jim snaží domluvit, aby se starali o domácnost,

uklízí po nich, kryjí je, když nejsou schopni jít do práce, zdůvodňují jejich pití v ranních hodinách apod. „Manželský partner si musí poradit s často obtížně řešitelnými, nepředvídatelnými a častými nepříjemnostmi života s problémovým pijákem. Čím závažnější je problém s alkoholem, tím menší je pravděpodobnost, že tato osoba bude schopná kompetentně vykonávat či vůbec nějak zastávat různé role a povinnosti jako manžel/manželka a rodič“ (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001, str. 20). Tedy převezme veškerou zodpovědnost za domácnost, děti a za závislého partnera. Snaží se pořád udržet dojem „normálnosti“. „Hra na normální rodinu bývá pro děti velmi zhoubná, protože jsou nuceny popírat hodnověrnost vlastních pocitů a vnímání reality. Musí ustavičně lhát o tom, co si myslí a co cítí“ (Forward, Buck, str. 84). Je to pro ně velmi matující, protože i když ony ví, co se v rodině děje, jejich rodič se chová, jako by vše bylo v pořádku. Ale je to pouze dojem, který nevydrží nadlouho.

A nastává druhý stupeň, který můžeme označit jako „pokus o vyřešení problému“. Skutečně tuto fázi můžeme označit pouze jako pokus, neboť výsledek tohoto snažení je pouze chvilkový ne-li ho můžeme nazvat jen jako „oddechový čas“ než vše začne znovu. V této fázi dochází k vylévání alkoholu, snaze domluvit alkoholikovi, ať s pitím přestane a vyhledá pomoc. Hádky se stávají stále agresivnějšími, rodiče spolu buď nemluví, nebo na sebe křičí a nejvíce tuto stálou situaci zasáhne přítomné děti, které se začnou uzavírat do sebe, utíkat z domu nebo trávit svůj volný čas u kamarádů či venku, jen aby situaci doma nemuseli být svědkem. „Neurotizace dětí v takovéto rodině je vysoká, více než polovina takovýchto dětí projevuje některé známky neurózy. Kocktavost u dětí, neurotické chování a nepříznivý duševní vývoj je velmi častý. Objevují se i deprese a následné sebevražedné sklony a pokusy. Děti mohou reagovat v takovém prostředí rozdílně. Některé se stanou agresivními až sociálními, jiné zas agresivitu obrátí proti sobě, kde takovéto chování může vyústit až do sebevraždy“ (Miššík, 1986, str. 20). Tak či onak na nich jejich tíživá rodinná situace zanechá určité následky. Není též výjimkou, když v rodině s problémovým pijákem dojde k různým typům týrání, ať už psychického nebo fyzického rázu, a toto týrání se může týkat jak partnera či partnerky problémového pijáka nebo též dětí.

Manžel či manželka žijící s partnerem závislým na alkoholu není schopna předstírat, že se nic neděje, dlouhou dobu. Pokud dochází v rodinách problémových pijáků k fyzickému či psychickému týrání, není tuto situaci možno utajovat dlouho. Šrámy či modřiny na těle dítěte či manželky jsou velice zřetelné a učitelé ve škole či rodinní příbuzní si toho velice brzy všimnou. A začnou motivovat manželku k tomu, aby svého muže – alkoholika opustila. Jsou však případy, kdy fyzické, ale zejména psychické týrání

zůstane utajeno a nikdo se to nedozví. Jelikož „v mnoha případech děti, trpící pitím alkoholu rodičů, nepřestávají navzdory všemu své rodiče milovat a zůstávají vůči jim loajální“ (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001, str. 5). Snaží se udržet obrázek fungující rodiny a nikdy své rodiče neprozradí, jelikož cítí, že by je tím zradili. Jejich bezpečí, domov je tím však nezvratně narušen. Sheinberg a True (2008) se ve svém článku popisují, že dítě, které žije s rodičem alkoholikem zažívá tzv. rodinné trauma. Tímto pojmem definovali „situaci nebo událost, kdy dětský pocit emocionálního nebo fyzického bezpečí je narušen nebo zničen chováním dospělého“ (Sheinberg a True, 2008, str. 174). A dítě žijící v takovéto rodině tento stav bezpochybně zažívá. Kromě ztráty pocitu bezpečí dítě též zažívá ztrátu pocitu důvěry vůči dospělému člověku.

I když se rodina snaží fungovat dále, psychický tlak a napětí, které je doma na „denním pořádku“ není zvládnutelné dlouho. Dítě se snaží převzít zodpovědnost za své rodiče, cítí se trapně a stydí se za otce či matku, má strach si přivést domů kamarády, protože nikdy neví, co je doma čeká. Stává se svědkem šarvátek a hádek, cítí beznaděj, bezmocnost, podrážděnost, nervozitu, depresi, zklamání, nespokojenost, zmatenost, smutek, úzkost, hněv a zlost. Nejhorší je pro něj skutečnost, že o svých problémech, o rodiči, který pije, nesmí nikomu říct. Dítěti, který žije v rodině s problémovým pijákem, je od malička vtlačováno do hlavy, že to nesmí nikomu říct. A dítě se pak podle toho chová. Neřekne to svým přátelům, neřekne to ve škole, drží to v sobě a žije v neustálém stresu. Neustávající psychický tlak ale dříve či později alespoň jednoho člena rodiny donutí k „úniku“. Ať už se jedná o situaci odchodu nebo rozvodu. Úplně nakonec se někdo z rodiny pokusí zachránit alespoň sebe či zbytek rodiny pomocí vyhledání odborné pomoci.

Csémy, Nešpor a Sovinová (2001) dále popsali dopady alkoholismu jednoho z rodičů na rodinu a jeho projevy v běžných pracích, ve společenském životě, v rituálech apod. Běžné práce v rodině jsou chováním alkoholika silně narušeny, neboť rodina není schopna plánovat určité činnosti či dodržovat zaběhnutý chod domácnosti neboť neví, jak se závislá osoba bude chovat. To vede k nejistotě, úzkosti, a sociální izolaci rodiny. Dále jsou narušeny rituály, svátky či Vánoce ať už nepřítomností nebo častěji přítomností závislé osoby, která svým chováním narušuje soudržnost rodiny a oslavu v rodinném kruhu. Tím, že matka nebo otec jsou závislí na alkoholu též narušují svou pozici či roli v rodině. Problémový piják často přestává plnit svoji roli živitele rodiny, nepodílí se na péči o děti, nedohlíží na ně. Nezúčastňuje se denních rituálů, jako jsou např. společné večeře či společné výlety, nepodílí se na financování domácnosti, výchově dětí apod. Tím pádem se na něj rodina nemůže spolehnout a veškerá zodpovědnost padá na druhého rodiče. Když se

zamyslíme nad společenským životem, tak si uvědomíme, že i ten je silně narušen. Pokud tedy můžeme o nějakém společenském životě hovořit. Rodina se ze strachu před alkoholickým chováním raději vyhýbá společenským akcím a společenským aktivitám. Alkoholické chování je vnímáno jako trapné, zahanbující, které rodina musí před ostatními tajit. Proto mají strach pozvat si k sobě domů návštěvu nebo od jiných pozvání přijmout. Výsledkem bývá ještě větší sociální izolace rodiny. Snaha o vysvětlení některých událostí nutí členy rodiny lhát, aby uchránili alkoholika nebo sebe, což ve výsledku vede k tomu, že dojde pouze k udržování problému. Též v rodině dochází k finanční krizi, protože jsou veškeré peníze utráceny za alkohol, tudíž chybí jinde.

### **3.3 Psychické a fyzické týrání, deprivace dítěte**

Dítě, ať už v jakémkoli věku, je na své rodině závislé. Rodina uspokojuje jeho základní biologické potřeby, dodává mu pocit bezpečí, poskytuje dítěti oporu, lásku, úctu. Aspoň tak by to mělo být. Ale v mnoha případech, nechceme říci, že v každém, tomu tak není. V rodinách, kde je jeden z rodičů závislý na alkoholu, dochází nejen k rozpadu rodiny a jejich základních funkcí, ale mohou se objevit i různé druhy zanedbávání, ať už jde o psychické či fyzické, nebo dochází k projevům týrání, jehož obětí se stává nejen partner závislé osoby, ale také dítě. Zanedbávání je jedním z nejzávažnějších sociálně-patologických jevů, ke kterým může docházet v rodině. Zdravotní komise Rady Evropy v roce 1992 definovala zanedbávání jako „nedostatek péče, který způsobuje vážnou újmu vývoje dítěte anebo ohrožuje život dítěte“ ([www.aplikace.mvcr.cz](http://www.aplikace.mvcr.cz)). Zanedbávání dítěte můžeme rozdělit na psychické a fyzické. „Pod pojmem psychické zanedbávání si můžeme představit citové zanedbávání, zanedbávání výchovy a vzdělání či zanedbávání dozoru. Citové zanedbávání zahrnuje neuspokojování citových potřeb dítěte, neprojevení náklonnosti, lásky či prosté přehlížení dítěte a jeho pocitů. Zanedbávání výchovy a vzdělání souvisí se selháním rodičů ve funkci zabezpečování plných možností dítěte a to např. neustálou absencí ve škole, dětskou prací v domácnosti i mimo ni atd. Zanedbávání dozoru je ponechání zejména malých dětí bez adekvátního dohledu“ ([www.zkola.cz](http://www.zkola.cz)). Fyzické zanedbávání pak zahrnuje např. špinavé oblečení dítěte, podvýživa dítěte, neupravený zevnějšek apod. „Zanedbávané dítě představuje velice závažný jev, a to jak z hlediska individuálního dopadu na jedince, tak jeho širších sociálních důsledků. Zanedbávání je jednou z forem syndromu CAN, kterému je ovšem vedle jevů, jako je zneužívání a týrání, věnováno v odborné literatuře i praxi daleko menší pozornost i přesto, že jeho následky mohou nabývat obdobných rozměrů“ ([www.aplikace.mvcr.cz](http://www.aplikace.mvcr.cz)).

„Syndrom CAN nebo-li child abuse and neglect podle Rady Evropy zahrnuje jakékoli vědomé nebo nevědomé aktivity, jichž se dopouští dospělý (rodič, vychovatel, jiná osoba) na dítěti a jejichž následkem dochází k poškození zdraví a zdravého vývoje dítěte“ (Hartl, Hartlová, 2000, str. 636.). „Můžeme také říci, že k týrání a zneužívání dochází, když nějaký dospělý člověk nebo mladistvá osoba v pozici autority využije moc, kterou má nad dítětem nebo teenagerem, k získání nějakých výhod. Pokud má toto zneužívání formu, kterou působí fyzickou bolest, nazývá se tělesné týrání. Pokud má podobu urážek nebo podrývá něčí sebedůvěru, pak se mu říká psychické nebo-li emocionální týrání.“ (Mufson a Kranz, 1996, str. 6). V rodině problémových pijáků, zejména když se jedná o pití otce, dochází k častému výskytu fyzického týrání, které nejprve postihne matku a nakonec i dítě.

„Je zjištěno, že děti z rodin, kde je otec alkoholik, mají v porovnání s ostatními dětmi dvojnásobný počet úrazů, mnohem více trpí onemocněním horních cest dýchacích a dokonce pětkrát častěji jsou evidovány v psychiatrických pracovištích. Z toho vyplývá, že za tohle všechno může nést zodpovědnost jen jediná osoba – závislý otec (Marhounová, Nešpor, 1995, str. 71). „Tělesným týráním jsou nejčastěji a také nejzávažněji ohroženy děti velmi malé – v prvním a druhém roce života, kdy mnoho dětí na jeho následky umírá.“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, str. 289). K fyzickému týrání dítěte tedy dochází již v jeho brzkém věku, v období prvního až druhého roku života dítěte, ale také i v pozdější době, kdy dítě trochu povyroste a začne se zastávat své matky. S přibývajícím věkem se pak už otcí dokáže postavit a svou matku ochránit. Tím, že se ono samo stane terčem otcova útoku. „Tělesné týrání samozřejmě působí fyzickou bolest, ale jeho psychologické důsledky mohou být trvalejší a závažnější.“ (Mufson a Kranz, 1996, str. 8). „U týraných dětí bývá pravidlem různá závažná celková vývojová retardace, na níž se ovšem mohou spolupodílet i vlivy organické, vlivy často méně podnětového prostředí, ale zejména oslabená motivace kompetence u těchto dětí“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, str. 290).

V psychické a sociální oblasti u obětí tělesného násilí lze pojmenovat několik nepříznivých následků, jako např. negativní sebepojetí a nízké sebevědomí dítěte, zvýšená úzkostnost, neustálý strach, sklony k depresi, sebevražedné chování, nedůvěra k jiným lidem, obtíže při navazování vztahů, neschopnost prožívat blízkost s druhým člověkem, snížená úspěšnost ve škole apod. „Malé dítě, které je citově týráno a které si nevytvořilo silné citové pouto k rodičům – dodávající pocit absolutního bezpečí -, nebude později schopné kvalitního vztahu s jinými dospělými osobami. Dále může být dítě s ostatními dětmi ve stálém konfliktu, protože neumí vyjádřit své pocity jinak než pomocí agrese a nedokáže správně rozlišit, jaké pocity vyjadřují ostatní“ (Train, 2001, str. 42). Není tudíž

výjimkou, kdy týraná osoba se sama v pozdějším věku stane tyranem. „Bylo-li dítě v útlém věku tělesně týráno, existuje velké nebezpečí, že bude v pozdějším věku agresivní a násilné, že se z něj stane společensky nepřizpůsobivý a delikventní jedinec. Bude to záviset na stupni hrubosti, jíž bylo svědkem nebo kterou pocítilo, na jeho tehdejší věku, na vztahu, který mělo k násilníkovi, i na množství podpory, které se mu v té době dostalo od rodiny či přátel“ (Train, 2001, str. 43). „Týrající osoby často nenávidí sami sebe za to, co dělají, ale nemají dost síly na to, aby přestali. Jedná se o osoby, které samy často byly během svého dětství týrány a proto neví, jak být dobrými rodiči. Často neví, například jak své dítě utiřit, když pláče, a také často ztrácí trpělivost a nad sebou kontrolu, když se dítě nechová tak, jak oni chtějí“ (Papalia, Olds, 1990, str. 305).

„Emocionální týrání je běžné v rodinách s jedním nebo více dospělými závislými na alkoholu a drogách, kteří nejsou kvůli své závislosti fyzicky schopni postarat se přiměřeně o své děti“ (Mufson a Kranz, 1996, str. 43). Psychické (emocionální) týrání dle Hartla a Hartlové (2000) může probíhat formou slovních útoků na sebevědomí dítěte, jeho ponižování či zavrhování, násilnou izolací a vyvoláváním pocitů strachu. „Duševní týrání může probíhat jednak jako aktivní děj (dítě je ponižováno, zesměšňováno, směřují k němu nadávky) nebo je to situace, kdy v rovině psychické a emoční nenastává něco, co nastávat má (odmítavost, nevšímavost, nezáměr, nedostatek lásky, času, pozornosti, izolace dítěte apod.)“ (Slaný, 2008, str. 24). Někteří autoři rozdělují emocionální týrání do čtyř typů: odmítání, ignorování, terorizování a izolování. Odmítání znamená, že je dítěti různými způsoby dáváno najevo, že je nežádoucí, nechtěné, že nemá žádnou hodnotu. Ignorování pak značí, že rodiče nereagují na potřeby dítěte, nedávají dítěti najevo své city, nevšímají si ho, neukazují náklonnost, přestože dítě mají rádi. Trestání, vyhrožování či kladení neadekvátních požadavků na dítě, to vše patří do skupiny terorizování. Poslední podskupina pak zahrnuje jakoukoli činnost, kdy je dítěti bráněno v zapojení do skupiny vrstevníků, ve hře či adekvátním trávení volného času, je zavíráno doma v místnosti bez stimulace.

„Psychické týrání může mít někdy stejně ničivé následky jako zneužívání tělesné. Podrývá totiž sebedůvěru a sebevědomí mladého člověka, který se stane jeho obětí. Je statisticky méně zachytitelné, neboť není doprovázeno viditelnými fyzickými projevy. Přestože psychické týrání se nedá snadno měřit, víme toho poměrně hodně o jeho celoživotních důsledcích“ (Mufson a Kranz, 1996, str. 8-9). Děti, se kterými se jedná takovým to způsobem, ať už hovoříme o psychickém či fyzickém týrání, a které žijí nebo žily v rodinách alkoholiků, budou mít později v životě potíže v různých situacích na



pracovišti i ve společnosti jiných lidí, budou mít potíže ve vztazích v přáteli, s nalezením vhodného partnera, se založením vlastní rodiny. „Na rozdíl od týrání tělesného, které je obvykle na dítěti zevně patrné a dá se fotozáznamem dokumentovat pro trvalou archivaci, je týrání duševní méně zřetelné, zřejmé, jaksi skrytější, hůře objektivizovatelné, což ho staví do jiné pozice, nežli ono týrání tělesné – je méně často diagnostikováno a obtížně se také dokazuje při soudním řízení“ (Slaný, 2008, str. 24).

„Dopady duševního týrání jsou velmi různé: záleží samozřejmě na charakteru týrání, jeho délce, kdo se na něm podílel, jaká byla intenzita, jak staré bylo dítě, na osobnosti dítěte apod. V zásadě existují dvě krajní reakce ze strany dítěte: směrem „ven“ - dítě reaguje navenek agresivně, je silně sebeprosazující se a akcentující sebe sama. Nebo naopak se dítě „stahuje“ do sebe, je úzkostné, neumí se sebeprosadit, má nízkou sebedůvěru, jeho identita je oslabena. V prvním případě se prosazuje silově vůči svému okolí, v druhém se snaží získat pro sebe výhody v životě obvykle taktikou emočního vydírání. V každém případě však tyto osoby mají problémy v jednání s lidmi, jsou u nich pozorovány nejrůznější poruchy chování, nespokojenost se sebou samým“ (Slaný, 2008, str.25). „Následky týrání a zneužívání v dětství a dospívání se často projeví, jakmile si týraný nebo zneužívaný člověk projde zaměstnání. Tito lidé mají stále pocit, že si nezaslouží, aby s nimi někdo jednal dobře, dokonce ani v zaměstnání. Mohou se smířovat s bezdůvodným obviňováním nebo přehnanými požadavky ze strany zaměstnavatele. Nebo si třeba vykládají docela rozumné a normální jednání jako něco, co je ohrožuje a má v nich vyvolat strach a reagují na něj přehnanou bázlivostí nebo vztekem“ (Mufson a Kranz, 1996, str.93).

Kromě různých projevů fyzického a psychického týrání v rodině problémových pijáků může též docházet k sexuálnímu zneužívání. „Sexuálním zneužíváním je označován každý druh sexuálního kontaktu mezi dítětem a starší osobou“ (Papalia, Olds, 1990, str. 303). „Obojí, jak zneužívání, tak zanedbávání dítěte, na něm zanechá dlouhodobé následky. Dospívající, kteří zažili zneužívání či zanedbávání mají řadu fyzických, intelektuálních a emocionálních problémů, které mají svůj původ v emocionálním zanedbávání, které zažili. Dospělí, kteří byli sexuálně zneužíváni, jsou často bázliví, úzkostní, depresivní, zlostní, hostilní nebo agresivní. Často trpí nízkým sebevědomím, jsou neschopni věřit lidem a mají pocit izolovanosti a stigmatizovanosti. Také často podléhají sebe-destructivnímu chování, jako je zneužívání drog nebo antisociální chování, např. dochází ke spáchání kriminálních trestných činů“ (Papalia, Olds, 1990, str. 306).

U dětí z rodin problémových pijáků dochází též bezpochyby k psychické deprivaci.

„Psychická deprivace je psychický stav vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost uspokojovat některé základní psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu“ (Langmeier, Matějček, 1974, str. 22). „Psychickým stavem se zde míní trvalejší, nikoli však neměnná charakteristika člověka, kterému nebyla dána možnost, aby své základní psychické potřeby rozvinul a ve svém životním prostředí uplatnil“ (Matějček a kol., 1997, str. 8). „Za takové „základní potřeby“ je možno pokládat: potřebu určitého množství, proměnlivosti a druhu podnětů, potřebu základních podmínek pro účinné učení, potřebu prvotních společenských vztahů (zejména k mateřské osobě) umožňujících účinnou základní integraci osobnosti, potřebu společenského uplatnění umožňujícího osvojit si rozlišené společenské role a hodnotné cíle“ (Langmeier, Matějček, 1974, str. 22). Dítě, vyrůstající v rodině s matkou, či otcem závislým na alkoholu ztrácí možnost získávat své základní psychické potřeby, mezi které patří potřeba určitého množství podnětů, potřeba stálosti a řádu v podnětech, potřeba emocionálních a sociálních vztahů, potřeba společenského uplatnění a společenské hodnoty a v neposlední řadě potřeba otevřené budoucnosti. Psychické potřeby navazují na biologické a souvisí s potřebami sociálními. „Významnou biologickou potřebou dítěte je stimulace, dostatek adekvátních stimulů, podněcujících a rozvíjejících funkce organismu, především v oblasti nervové soustavy, lokomočních aktivit a na ně bezprostředně navazujících aktivit psychických“ (Dunovský, 1999, str. 50).

## **4. Dětství v rodině se závislou osobou**

Jak už název naznačuje, v této kapitole se budeme zabývat dětstvím v rodině se závislou osobou. Nejprve si vymezíme časové období, ze kterého v této části budeme vycházet. Dále popíšeme samotné dětství a na konci se budeme zabývat dítětem samotným, které v rodině zaujímá určité postavení. Popíšeme, o jaké postavení se jedná a jaké jsou jeho charakteristiky.

### **4.1. Vymezení pojmu „dětství“**

„Dětství charakterizuje vývojovou etapu lidského jedince od narození po dospělost. Dělí se na období novorozenecké, kojenecké, batolecí, předškolní věk, mladší školní věk, starší školní věk - pubescence a období dorostové“ (www.wikipedie.cz). V této kapitole se budeme zabývat obdobím mladšího a staršího školního věku, protože se domníváme, že dítě právě v tomto období dostatečně vnímá a prožívá situaci v rodině, aby si ji mohlo nějakým způsobem samo sobě zdůvodnit či vysvětlit, zaujímá určité postoje vůči svým rodičům a svým sourozencům, s tíživou situací, která je v tomto případě alkoholismus rodiče, se i určitým způsobem učí vyrovnávat. „Dětství si člověk v sobě nese po celý život, neboť základy jeho osobnosti se vytvoří již v dětství a v dospívání“ (Vymětal, 2004, str. 29). V následující kapitole pak zaměříme pozornost na období dospívání.

### **4.2. Dětství v rodině s rodičem závislým na alkoholu**

„Dětství prožité v rodině problémových pijáků může znamenat léta naplněná strádáním často skrytým navenek a opomíjenými místy a osobami s rozhodovací pravomocí“ (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001, str. 2). Dítě, které žije v rodině, která nedostatečně plní všechny své funkce, a tím rodina problémových pijáků bezpochyby je, často zažívá fyzickou či psychickou deprivaci, aniž by to navenek na sobě dávalo znát. „Může zažít různé formy zanedbávání a cítit se opuštěno oběma rodiči: může mít strach, že pijící rodič zemře, nebo že nepijící rodič opustí rodinu, může se u něj projevit snížená schopnost vytvářet a udržet přátelství, může se stát obětí verbální nebo fyzické agrese, svědkem konfliktů, možná násilných konfliktů mezi jeho rodiči a může zažít rozpad rodiny“ (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001, str. 24). Tohle všechno může dítě, vyrůstající v rodině problémových pijáků zažít, a přitom se o tom nikdo nedozví. Protože mimo jiného

jej jednu věc rodiče naučili důkladně, „nikdy o tom nemluv“. A dítě mlčí a nechává si své pocity a myšlenky pro sebe, protože ať už se rodiče chovají jakýmkoli způsobem, dítě je přesto miluje a zůstává k nim loajální. „Každé dítě v jakémkoli věku a kultuře potřebuje ke svému zdárnému duševnímu vývoji a rozvoji své osobnosti dostatek volnosti a podnětů. Musí mít kolem sebe dospělé osoby, jež mu jsou citově blízké a svou blízkost a citovou vřelost dítěti v dostatečné míře projevují. Dítě potřebuje jistotu, že je druhými milováno, a pocit zázemí daný zásadní akceptací jeho projevu“ (Vymětal, 2004, str. 73). V rodině problémových pijáků bohužel k ničemu takovému nedochází, a proto je alkoholismem rodiče vývoj dítěte silně narušen.

„Problémy s alkoholem v rodině mají různou povahu, závažnost a trvalost. Charakter postižení dítěte problémy rodičů bude kromě jiného pravděpodobně záviset na jeho věku v době, kdy problémy začnou. Dítě mladší pěti let je citlivé na zhoršení tělesné péče, zatímco starší dítě může být zranitelnější v oblasti psychické“ (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001, str. 23). Mohou se u něj projevovat známky agresivity, hyperaktivity či delikvence, ale může ho též postihnout řada psychosomatických problémů, jako je astma, noční pomočování, deprese, stažení se do sebe a sebeobviňování či může trpět nízkým sebehodnocením. „Některé se snaží naplňovat negativní sebepojetí tím, že se uchýlí k sebezničujícímu či kriminálnímu chování. Jiní si nevědomky hledají způsob, jak by se potrestali“ (Forward, Buck, str. 97). Škody, které způsobí život v rodině se závislou osobou můžeme tedy najít v oblastech jak duševního zdraví, tak v oblastech týkajících se psychosociálního rozvoje. „Škody na duševním zdraví mohou zahrnovat vyšší riziko rozvoje závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách, vyšší výskyt jiných duševních problémů, přenášení nevhodných mechanismů adaptace na nepříznivou situaci v rodině do dospělého života, což vede k četným problémům“ (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001, str. 89). Kladný psychosociální rozvoj je zase ztížen tím, že díky podnětově chudšímu prostředí děti bývají často ekonomicky znevýhodněné, jsou vystaveny negativním rodičovským modelům, mívají problémy ve škole, ať už s prospěchem či chováním.

„V rodině ovládané alkoholem obvykle dochází k tomu, že roli dítěte zaujme svým patetickým, nerozumným chováním rodič-alkoholik, který navíc stále něco potřebuje. Svou dětskou rolí zatěžuje ostatní tak moc, až nenechává dětem žádný prostor“ (Forward, Buck, 2008, str. 87). Prostor na to, aby děti sami mohli být dětmi. Stávají se tak „obětním beránkem“ svých rodičů, ať už se jedná o alkoholismus matky nebo otce. „Všichni rodiče jsou do určité míry nedůslední, ovšem alkohol vydatně posiluje syndrom, který lze popsat tak, že tatáž věc je jeden den v pořádku, zatímco druhý den je nepřipustná. Vzhledem k

tomu, že se vysílané signály i pravidla mění často a neočekávaně, dítěti se nikdy nepodaří uspět“ (Forward, Buck, str. 96). Dále Forward a Buck (2008) popisují fakt, že rodiče-alkoholici používají kritiku jako nástroj kontroly, takže bez ohledu na to, co dítě udělá, si rodič vždycky najde něco, co lze zkritizovat. Dítě se tak stává ventil pro frustraci, to, co může za všechno, co se rodičům nedaří. Tedy se stává již zmíněným, obětním beránkem. Některé však jsou vpasovány do role tzv. rodinného hrdiny, „za svou nezměrnou odpovědnost, kterou je nutno zvládat, bývají zaplavovány náklonností obou rodičů i ostatních lidí. Takovéto děti si nemohli budovat základy sebeúcty díky tomu, že by s nimi ostatní jednali jako s cenou lidskou bytostí, museli svou hodnostu dokazovat viditelnými výkony, jejich sebeúcta závisela na úspěších, oceněních a známkách, nikoli na vnitřní sebejistotě“ (Forward, Buck, str. 97-98).

Dítě se již v brzkém věku naučí, že ne na ostatní, ale samo na sebe se musí spolehnout a když mu nepomůže matka, nebo otec, či ostatní příbuzní a přátelé, musí se o sebe a často také o své sourozence postarat samo. Je tudíž zřejmé, že už v dětství, se u něj v mnohých případech vyvine velký cit pro zodpovědnost a vznikne velké citové pouto mezi ním a jeho sourozenci. Není to tak vždy, neboť každé dítě následkem tíživé rodinné situace zaujme v rodině určité postavení, které si buď samo zvolí, nebo je mu vzhledem k okolnostem přiřknuto a osvojuje si určité povahové rysy, které v něm přetrvávají do dospělosti. Csémy, Nešpor a Sovinová (2001) ve svém společném díle popsali, co děti problémových pijáků říkají o svých zážitcích: že musí převzít odpovědnost za své rodiče, že se cítí trapně a stydí se za rodiče, protože si nemohou domů přivést kamarády. Mají problémy ve škole, jsou šikanovány, stále musí na něco myslet a nemohou se soustředit, obávají se toho, co najdou při návratu domů, jsou svědky šarvátek a hádek, cítí vinu a odpovědnost za chování rodičů. Mezi jejich pocity patří pocit beznaděje, bezmocnosti, podrážděnosti, nervozita, deprese, zklamání, nespokojenost, zmatenost, samota, úzkost, hněv a zlost. O tomto tématu budeme blíže hovořit ve výzkumu.

### **4.3. Postavení dítěte v rodině**

Americká rodinná terapeutka Sharonn Wegsheider-Cruse (in Woititzová, 1998) popsala čtyři typické reakce dětí na závislost jednoho nebo obou rodičů: je to rodinný hrdina, ztracené dítě, klaun a černá ovce. Všechny tyto reakce nám umožňují nahlédnout na to, jaké postavení dítě v rodině a později ve společnosti zastává.

Tzv. „rodinný hrdina“ přebírá role a povinnosti dospělých. „Nejčastěji jim bývá nejstarší dítě, přebírá nároky za problémového rodiče, to přesahuje jeho možnosti, zejména

pokud by ho měl přesvědčovat, aby se „polepšil“. Někdy se v této souvislosti také hovoří o parentifikaci dítěte.“ (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001, str. 89). Stává se tím, kdo se stará o rodinu, o sourozence, snaží se dělat vše pro to, aby nikdo nic nepoznal. Pokud se jedná o alkoholismus matky, „hrdina“ převezme odpovědnost za všechny věci, které dělají matky. Rychle se naučí vařit, uklízet a nakupovat. Vyzvedává sourozence ze školy či ze školky, dělá s nimi domácí úkoly, připravuje pro ně jídlo a stává se tím tak pro ně více matkou než matka vlastní. Ale nepečuje jen o ně, v častých případech pečuje i o svou opilou matku, ukládá ji do postele, když sama toho není schopna, a snaží se zamaskovat všechny stopy, aby ostatní sourozenci nic nepoznali. „V okamžicích střízlivosti se matka snaží vynahrudit všechno, co zameškala – projevy její viny jsou téměř zahlcující“ (Woititzová, 1998, str. 29). Alkohol odkládá a snaží se opět plnit svou funkci. V ten moment je dítě zmatené, neboť najednou neví, jaké jeho postavení v rodině je. Netuší, jakou úlohu teď vlastně má. Doufá, že už bude všechno v pořádku, ale přitom dobře ví, že až matčino období „střízlivosti“ skončí, bude všechna odpovědnost zase na jeho bedrech.

Ztracené dítě je oproti tomu úplně jiné. A můžeme-li to tak nazvat, chová se jako „neviditelné“. Působí jako „zakřiknuté“, nemluví, málo a obtížně komunikuje s ostatními, málo kdo zná jeho jméno. „Bývá uzavřené a stažené do sebe, uniká do fantazií a vnitřního světa“ (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001, str. 89). Se svými strachy a obavami se vyrovnává tak, že si vysní nový svět, svět, ve kterém bude všechno v pořádku, kde matka či otec nebudou pít, kde budou skutečná, spokojená a šťastná rodina. Tento „typ“ dítěte nedělá žádné potíže, plní si dobře všechny své povinnosti, nikdo o něm nemůže říci nic špatného. Ale i když se snaží chovat a tvářit, že je všechno v pořádku, v hloubi duše touží po tom, aby si jej konečně někdo všiml, aby se mu někdo naučil naslouchat, aby se mohlo někomu svěřit se vším, co ho trápí.

Klaun je naopak vesele působící dítě, které je označováno jako „třídní vtípaček“. Nikdy nepokazí žádnou legraci, vždycky vymyslí něco veselého, je oblíbený ve třídním kolektivu. Je u něj běžné, že pokaždé vymyslí nějakou veselou „klukovinu“, čímž si získává u okolí oblibu. Nikdo však neví, že tímto svým veselím se snaží „odvádět pozornost od problémů, které rodinu ohrožují. Jeho heslo je „lépe, když se smějeme, než aby nás tatínek bil“ (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001, str. 89). Na všechno to, co se u něj doma děje, se snaží nemyslet a zapomenout, vytěsnit nepříjemné myšlenky a pocity. Je mu lépe ve škole, neboť tam ho uznávají, má vysoké postavení, je zde považován za „někoho“.

A pak je tu poslední typ, Černá ovce. Dítě, které se stalo „obětním beránkem“. Dítě, které „na sebe upozorňuje zlobením, delikvencí apod., čímž odvádí pozornost od problému

dospělých“ (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001, str. 89). U něj je agresivita a hrubé chování na denním pořádku, má problémy ve škole, nosí špatné známky, často chodí za školu, objevují se také potíže s navazováním přátelství, se vztahy, často se pere, experimentuje s drogami a alkoholem, je označován za „darebáka“. Odvádí pozornost od problémů dospělých tím, že dělá problémy sám. Přebírá negativní postoj svých rodičů, učí se od nich, a dělá v podstatě to samé, co dělají oni. Není zde tudíž výjimkou, když se z těchto dětí alkoholiků, stanou alkoholicí sami. Nebylo jim totiž umožněno zbavit se „symptomu“, který na něm jeho rodiče zanechali. „Domov a rodina jsou pro dítě primárním zdrojem toho, co bude považovat za normální nebo akcentované pití. Proto příliš nepřekvapí, že děti běžně následují příkladu svých rodičů. Střídmě pijící rodiče mají obvykle umírněně pijící děti, zatímco silní pijáci silně pijící děti“ (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001, str. 12).

K tomuto můžeme snad jen dodat, že dívky se častěji identifikují s rolí klauna a ztraceného dítěte a identifikace s rolí klauna byla méně častá v rodinách, kde se závislost vyskytovala u obou rodičů.

I když každé z těchto dětí zastávalo v rodině jiné postavení, jedno se však nezměnilo, a to situace doma. Před ostatními se mohli chovat různě, nedávat na sobě nic znát, hrát svou roli přesně tak, jak si ji určili nebo jim byla určena, ale přesto úzkost a obavy zůstaly. Jedno z nich se mohlo prezentovat jako „dokonalé“ dítě, které by každý rodič chtěl mít doma, druhé naopak jako mírně zaostalé, toužící po troše pozornosti a vlídného přístupu, u třetího typu by snad nikdo neřekl, že by mohlo mít nějaké problémy a typ „darebák“ zase je svým okolím brán jako výstražný příklad pro ostatní. Ale přesto jedno měli společné, závislou matku či otce.

„Děti vyrůstající v rodině alkoholika čelí den co den nepředvídatelným a proměnlivým okolnostem i projevům chování. Není divu, že je nezřídka doprovází zahlcující potřeba kontrolovat všechno a všechny ve svém životě“ (Forward, Buck, str. 99).

#### **4.4. Výzkum dětí z rodin alkoholiků**

Děti problémově pijících rodičů byly předmětem mnoha studií v řadě zemí. Tyto studie soustavně ukazují na zvýšené riziko celé řady problémů během dětství. „Lze je seskupit do tří hlavních okruhů: antisociální chování – děti problémově pijících rodičů mají zvýšené riziko agresivního chování, delikvence, hyperaktivity a dalších forem porušeného chování. Emoční problémy – tyto zahrnují široké spektrum psychosomatických problémů od astmatu k nočnímu pomočování, negativní přístupy k rodičům i sobě samému, s vysokou úrovní sebeobviňování, stažení a deprese. Škola – problémy zahrnují obtíže s

učením, špatný prospěch a problémy s chováním“ (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001, str. 24-25). Dále tito autoři poukazují na výzkum provedený ve Španělsku, který potvrdil, že děti alkoholiků jsou v řadě oblastí statisticky významně více postiženi než jiné děti. Tyto oblasti zahrnují – vyšší výskyt anorexie a jiných poruch příjmu potravy, horší tělesný vývoj, horší jazykové a komunikační dovednosti, častější výskyt nespavosti a nočního neklidu, vyšší výskyt depresivních příznaků, častější výskyt poruch chování, častější výskyt fobií a poruch vázaných na úzkost, horší úroveň výkonu podle Wechslerovy škály inteligence.

Nejvýznamnější výzkum v České Republice provedl Zdeněk Matějček (in Kvapilík, 1985) spolu se svými spolupracovníky v letech 1976-80, kteří do výzkumného sledování zařadili 400 dětí, které spadaly do tří věkových pásem: 4-6, 9-11 a 13-15. Výzkum zahrnoval experimentální skupinu 200 dětí, jejichž otec byl evidován nějakou pražskou ordinací pro alkoholismus. Stejný počet byl i ve skupině kontrolní, do které děti byly vybírány párováním v rámci jedné třídy tak, aby se shodovalo pohlaví, věk a vzdělání rodičů, úplnost rodiny i počet sourozenců v ní. Jejich výsledky byly překvapující. „Děti z rodin alkoholiků jsou při srovnatelném socioekonomickém pozadí a při srovnatelných ukazatelích biologické výbavnosti významně častěji předmětem zdravotnické péče, jsou častěji vážně nemocné a častěji hospitalizovány“ (Kvapilík a kol., 1985, str. 192). Můžeme se jen domnívat, zda se v mnohých případech nejedná spíše o nemoci psychosomatické, než o nemoci, které by měly tělesnou příčinu.

V testech inteligence měly děti z alkoholických rodin jen nepatrně horší výsledky, než děti z normálně fungujících rodin. Je zde však překvapující, že děti z alkoholických rodin mají problém svou inteligenci v určitých sociálních situacích vhodným způsobem projevit a uplatnit. Jejich inteligence zůstala neporušená, ale to samé se nedá říct o jejich školním prospěchu. Příčinou zde může být nepozornost při výuce, nedostatek času a klidu při domácí přípravě, nechuť podřídit se autoritě či upoutávání pozornosti právě zlobením.

Autoři dále uvádějí, že děti z rodin alkoholiků při hodnocení svých rodičů spíše uvedou jejich dobré vlastnosti a mají tendenci chránit pozitivní obraz rodiny. „Na otázku „Koho máš nejraději?“ odpovídají děti běžně tak, že na prvním místě uvádějí matku, na druhém místě otce a o třetí místo se dělí prarodiče, sourozenci a ostatní blízké osoby“ (Kvapilík a kol., 1985, str. 196). V případě alkoholismu u matky je však na prvním místě uváděn otec a naopak. Ale i když jejich postoj k matce a otci je obrácen, přesto na veřejnosti neřeknou důvod, proč tomu tak je. Snaží se své rodiče chránit a „nepošpinit“ jejich pozitivní obraz.



„Závěrem můžeme říct, že zábrany, které děti přirozeně mají, když by se měly vyjádřit o rodičích nepříznivě, jsou natolik silné, že jimi „proráží“ jen poměrně málo nepříznivých výroků“ (Kvapilík a kol., 1985, str. 196). Ale když tomu tak je, otec, ale i matka jsou hodnoceni negativně. Negativní hodnocení otce, je jasné. Negativní hodnocení matky může být zdůvodněno tím, že došlo k narušení rodinných vztahů, narušení postoje nejen k otci, ale i k matce, která tíživou rodinnou situaci nijak nemění, nebo snad pro to, že díky nedostatečné empatii mezi otcem a dítětem existuje i méně empatie mezi matkou a dítětem. Vystává tu pak otázka, zda k nápravě vztahů s matkou a hlavně s otcem někdy dojde.

Výzkum dále zjistil, že „v důsledku narušených rodinných vztahů a v důsledku posunu rolí uvnitř rodiny alkoholiků je narušeno pozitivní přijetí rodičovských vzorů, je ohrožen zdravý psychosexuální vývoj dětí i zdravý vývoj jejich rodičovských postojů“ (Kvapilík a kol., 1986, str. 199). Vzhledem ke zvýšenému skóru maladaptace můžeme říct, že děti z alkoholických rodin jsou méně úspěšné, méně společensky přizpůsobitelné, vykazují nedokonalost, nezralost či problematičnost vývoje nebo společenského zařazení.

Po shrnutí všech nálezů a závěrů můžeme říct, že rodiny s otcem alkoholikem jsou méně stabilní, dochází v nich častěji k rozvodům či alespoň k disharmonii, panuje v nich napjatá atmosféra. Spolu s rozpornými náhledy rodičů na osobnost dítěte z těchto faktů vyplývají i horší podmínky pro porozumění potřebám dítěte a méně ohledu na jeho individualitu. Není tedy překvapující, že „dětí z rodin alkoholiků jsou z hlediska vývojového a sociálního tedy v mnohem problematičtějším postavení než děti kontrolní. A není rozdílu v tom, zda se jedná o dívky nebo chlapce“ (Kvapilík a kol., 1986, str. 198).

## 5. Dospívání v rodině se závislou osobou

Děti, kteří vyrůstaly v rodině s jedním nebo s oběma rodiči alkoholiky, postupem času dospívají. Se svou situací se, jestliže se to dá tak nazvat, „smířily“ a snaží se určitým způsobem fungovat dál. Nastává sice pro ně kritické období dospívání, ale vzhledem k tomu, že se se svou situací naučily žít, není to pro ně až tak těžké. Objevily v sobě obranné mechanismy, kterým jim umožňují žít relativně spokojený život, naučily se vychutnávat si ze života všechny šťastné okamžiky a co je nejdůležitější, naučily se spoléhat samy na sebe.

Ale v životě mohla nastat také druhá varianta. Z rodiče se stal alkoholik právě v době dospívání. V tomto případě je pro dospívající situace mnohem těžší, neboť je pro ně vše nové. Musí se naučit nějakým způsobem vyrovnat se se vzniklou životní situací, vyrovnat se změnami, které je postihují nejen během dospívání, ale které se dějí i u nich doma, bojovat sami za sebe a postavit se na vlastní nohy. V období dospívání je tato situace více kritická, než v období dětství, jelikož děti měly čas na to, si všechno postupem času uvědomit, kdežto dospívající jsou do této situace vrženi „po hlavě“. A stojí je velké úsilí si na situaci zvyknout nebo ji snad nějakým způsobem řešit.

### 5.1 Adolescence, nebo-li dospívání

„V základním – biologickém smyslu lze období dospívání vymezit široce jako životní úsek ohraničený na jedné straně prvními známkami pohlavního zrání a více nebo méně vyznačenou akcelerací růstu, na druhé straně dovršením plné pohlavní zralosti a dokončením tělesného růstu“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, str. 142). A současně s biologickým zráním probíhá řada významných psychických a sociálních změn.

„Období adolescence fascinovalo lidi už po staletí. Dokonce už i Aristoteles se odvrátil od svých filosofických a etických spekulací, aby vytvořil studii o adolescenci. Realisticky popsal chlapecký hlas jako „mečení kozla“. A charakterizoval adolescenty jako „vysoce inteligentní“, ale poněkud cynicky to připisoval k tomu, že mají nedostatek zkušeností“ (Hadfield, 1965, str. 180). Macek (2001) uvádí, že období adolescence (dospívání) má zvláštní místo v životě každého člověka. Zvláštnost dospívání je daná nejen intenzitou prožívání, ale především intenzitou vědomé reflexe těchto prožitků. To vede i k obtížnosti zapomenout či vytěsnit nepříjemné či traumatizující události z tohoto období. Adolescenci můžeme charakterizovat jako vývojové období mezi pubertou a ranou

dospělosti, mluvíme zpravidla o pomezí patnáctého až dvacátého roku věku. „Dochází k rozvinutí sebevědomí, sebejistoty, samostatnosti, jáství a k integraci osobnosti. Jedinec dosahuje již téměř vrchol rozumových schopností, úroveň inteligence tohoto období se v příštím životě překračuje jen výjimečně“ (www.wikipedie.cz). Adolescence je také charakterizována jako „vývojový přechod mezi dětstvím a dospíváním“ (Papalia, 1990, str. 504). Vymětal (2003) adolescenci charakterizuje z psychologického hlediska jako hledání nové vlastní identity, tedy nalézání sebe a svého místa ve světě.

Můžeme tedy říci, že adolescence nebo-li dospívání je velice složité období, během kterého jsou kladeny vysoké nároky jak na adolescenta (dospívajícího) samotného, tak i na jeho rodinu. Dochází ke změna psychickým, ale i fyzickým. Fyzické změny vnímá adolescent velice citlivě, vlastní tělové schéma je v tomto období více než kdy jindy důležitou složkou identity. Adolescenti se svým tělem velice zabývají, což může dosahovat až hypochondrické intenzity. Jsou velice citliví na jakékoli výroky či narážky ostatních, převážně tedy ze strany svých rodičů, na své tělo. A především na změny v něm. Pro adolescenta je velice důležité posouzení od ostatních. Do oblasti psychické pak můžeme zahrnout změněné vnímání sebe sama, změnu postojů k rodině, tak ke svým vrstevníkům, vytvoření vlastního chápání světa. Jedinec si vytváří vlastní názory, učí se rozhodovat sám za sebe a přebírá za své chování zodpovědnost.

V období adolescence jedince čekají určité vývojové úkoly, které, aby jeho vývoj pokračoval úspěšně, musí splnit. Záškodná (1998) mezi tyto vývojové úkoly řadí: separaci (emancipaci) od primární rodiny, dosažení dospělé sexuality, získání pracovní a sociální kompetence a dosažení osobní identity. „Čím hlubší, jistější a méně konfliktní jsou vztahy, které dítě k rodičům navázalo, tím snáze probíhá i celý proces emancipace nutný pro osobní zrání“ (Langmeier, Krejčírová, 2006, str. 153). Dítě si hledá způsob, jak postupně dosáhnout potřebné samostatnosti, aniž by ztrácelo pozitivní vztah ke svým rodičům. Také první zkušenosti s heterosexuálními styky získává většina dospívajících velmi brzy. Časté zahájení sexuálního života souvisí ale i s kouřením, s abúzem alkoholu apod.

Hlavním vývojovým úkolem v tomto období je od doby Erica Eriksona považován za dosažení identity. „Problém identity je tu chápán jako aktuální krize vztahu k sobě samému. Je to reakce na zmatek, vyvolaný novými vnitřními pocity spjatými s dospíváním a s novými požadavky prostředí“ (Macek, 2001, str. 20). Identitu pak popisuje především jako nové sjednocení – jednak dosavadních osobních zkušeností, reflektovaných i neuvědomovaných (pudových) potřeb, výkonové kapacity a sociálních rolí do konzistentního celku. „Úspěšná individuace v tomto období pak znamená dosažení jak

psychické diferenciacie (schopnosti vnímat sebe samého jako psychicky odlišného od svých rodičů i od vrstevníků, uvědomovat si a akceptovat omezení a chyby rodičů a přijímat za sebe odpovědnost) a psychické nezávislosti (schopnost vnímat sebe sama jako jedináčího nezávisle na druhých i na jejich mínění bez nepřiměřených pocitů úzkosti a viny“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, str. 161). Oba autoři dále udávají, že oba tyto vývojové úkoly jsou snáze dosahovány těmi dospívajícími, kteří si v útlém dětství vytvořili jistý vztah k rodičům a v průběhu dětství na něm vybudovaly koherentní a dobře integrovaný obecnější koncept emočních vztahů. Takový typ pojetí vztahů mohou vybudovat i některé děti, které v útlém dětství vyrůstaly v ohrožujícím a zanedbávajícím prostředí, ale pozdějšími korektivními zkušenostmi byly jejich původní traumatické zážitky kompenzovány.

## **5.2 Adolescence v rodině alkoholika**

Hledání své vlastní identity by mělo být podporováno především rodiči mající v životě adolescenta stále významné místo, ale v rodině problémových pijáků tomuto bohužel není. „Rodiny konzumentů neposkytují takový rozsah a kvalitu sociální podpory, které je všeobecně přičítán protektivní vliv při zvládnání zátěže“ (Zášková, 1998, str. 37). Nedávají dospívajícímu tolik porozumění, trpělivosti a shovívavosti, jak by měly. Pokud alkoholismus rodičů pokračuje už od dětství dítěte, není to pro něj nic nového. Je na existující situaci navyklé, už se s ní dávno smířilo. „Mnoho dětí a mladistvých z rodiny předčasně odchází na internát, předčasně se vdává nebo žení a přitahují je party“ (Nešpor, 1992, str. 60). Hledají jakékoli útočiště a chytají se každé možnosti, aby mohly od rodiny odejít. Není výjimkou, že se takovéto děti dostávají do „špatné“ společnosti, začínají s užíváním drog či alkoholu, stanou se z nich „rebelové“. „I když v dětství sami trpěli alkoholismem rodiče, vše se začalo měnit v době dospívání, kdy naopak značně rychle začali nadměrně alkoholické nápoje konzumovat a de facto tak repetovali původně odsuzované rodiče“ (Řehan, 2007, str. 96). Důvodem je naučená zkušenost, neboť se v dětství naučili tomu, že takovéto chování, pití alkoholu, přináší odměnu. Opilý si dělá, co chce.

Děti, nebo teď spíše dospívající, jejichž rodina je problematická, často hledají „náhradní“ rodinu v podobě svých kamarádů nebo v partě. Kamarádi a přátelé zastávají v jejich životě mnohem významnější místo, než kdy zastávala rodina. Pro adolescenty, jejichž otec či matka jsou závislí na alkoholu, je však velmi těžké a komplikované získat si přátele či vybudovat vztah. A když si takový vztah vytvoří, neustále se snaží dokazovat si,

že za něco stojí a děsí se toho, co se s nimi stane, až je parta nebude chtít mezi sebe. Dokazování si toho, že na to mám, je velmi komplikované, neboť je takovéto chování dostává v mnoha případech do potíží. Pokud se jedná o „špatnou“ partu, může je to dostat do problémů. Jsou velice ovlivnitelní, nevidí, že to chování je špatné, vidí jen uznání těch druhých a nic jiného je nezajímá. Dle Woititzové (1998) je zde příčinou to, že je pro ně těžké uvěřit tomu, že je druzí akceptují prostě proto, jací jsou, a že se nemusí tedy stále snažit, aby si akceptaci ostatních zasloužili. Je pro ně těžké uvěřit tomu, že je druzí mají rádi a neopustí je, ani když je poznají důkladněji. Je také pravdou, že dospívající, kteří najdou ve svém životě někoho, komu na nich bude záležet, se na dotyčného silně upnou a jsou s ním, i když jejich vztah postupem času přestává fungovat. Není výjimkou, že si dospělé děti alkoholiků opět berou alkoholiky. „I když o jejich alkoholismu vědí dávno před svatbou, stejně si je vezmou, přesvědčí sami sebe, že je dokážou změnit“ (Forward, Buck, 2008, str. 88). Někteří se mohou divit, jak je možné, že člověk, který vyrůstal ve zmatku alkoholické rodiny, se rozhodl, že totéž trauma prožije znovu, jenže pro něj je příznačná tendence opakovat známé vzorce pocitů bez ohledu na to, jak moc jej předtím bolely nebo deptaly. Forward a Buck (2008) to vysvětlují tím, že konflikty z minulosti opakují především v naději, že to tentokrát napraví a vyhrají bitvu. Takovéto opakované přehrávání starých, bolestných událostí se nazývá „nutkání k opakování“.

Již jednou vybudovaný vztah jim poskytuje velké bezpečí, je to něco známého, a co je známé, je zákonitě jistější a bezpečnější. A když tento vztah nefunguje, cítí povinnost zůstat s dotyčnými na věky. Je to způsobené tím, že „většina dospělých dětí alkoholiků se cítí zodpovědných za pocity ostatních lidí, podobně jako přebírají odpovědnost za pocity matky i otce v době svého dětství“ (Forward, Buck, 2008, str. 87). Jako děti si nemohli dovolit projevat své city, museli je potlačovat a v tomto vzorci chování pokračují i v dospělosti.

### **5.3 Protektivní faktory a mechanismy zvládnání zátěžových situací**

Během dospívání, ale možná už i během dětství, se u člověka rozvíjí určité často neuvědomované obranné mechanismy a zvyšuje se odolnost vůči zátěžovým situacím. Žít v rodině s alkoholikem představuje bez pochyby silnou zátěžovou situaci, a tak si jedinec během svého života osvojí jisté mechanismy, které mu pomohou se se stresující zátěžovou situací vyrovnat. Tato obecná míra odolnosti vůči zátěžovým situacím bývá v odborných knihách označována jako „frustrační tolerance“.

Vágnerová (2004) uvádí, že v novější literatuře je častěji používán termín

„hardiness“ (pevnost, tvrdost), který lze chápat jako vyjádření stupně odolnosti. Kromě toho se též používá termín „resilience“ (nebo-li houževnatost a nezdolnost), který můžeme interpretovat jako schopnost odolávat v průběhu času. Termín nezdolnost zavedl do naší literatury Jaro Křivohlavý a tvrdí, že „nezdolnost typu hardiness“ je jednou z podstatných složek cesty ke zdraví. Ať už použijeme kterýkoliv z těchto pojmů „celkově jde o komplex protektivních faktorů, jež člověku pomáhají zvládnout nepříznivé události a přečkat je při zachované duševní rovnováze“ (Vágnerová, 2004, str. 54). Do tohoto komplexu patří i schopnost vyrovnávat se s náročnými životními situacemi bez nepřiměřených, maladaptivních reakcí, využívat všech pozitivních možností apod.

Proces zvládání zátěžových situací ovlivňuje celá řada proměnných, které lze simplifikovat na tři faktory: osobnostní, situační a sociální. Mezi osobnostní faktory patří především temperament a osobnost dospívajícího. Jeho schopnost zvládat zátěžovou situaci a vyrovnat se s ní. Situačním faktorem může být především to, o jaký typ situace se jedná a sociální faktor zahrnuje ostatní příslušníky rodiny či ostatní blízké, se kterými jedinec přichází do styku. Hodně také záleží na sociální opoře, kterou člověk má. Může mít různý charakter, jde např. o podporu přátel, partnera či širší sociální síť, zahrnující i pomoc profesionálů. V zásadě jde však o to, aby byla taková opora vůbec k dispozici, a aby ji ohrožený jedinec dokázal rozpoznat a hlavně přijmout a využít. Baštecká a Goldmann (2001) ve své knize nabízí definici D. G. Ganstera a V. Barta z roku 1988, kteří sociální oporu popisují jako „přítomnost druhých nebo podpora jimi poskytovaná před stresující událostí, během ní nebo po ní“ (Baštecká, Goldmann, 2001, str. 284). Nedostatek sociální opory se pak dává do souvislosti s propuknutím různých tělesných onemocnění i s výskytem psychických poruch (např. deprese nebo posttraumatické stresové poruchy).

Při frustrační toleranci je důležité zaměřit se na několik faktorů. A to, jak jedinec zátěžové situace hodnotí a jak interpretuje jejich význam (zda je považuje za ohrožující), jak je prožívá, zda si dokáže udržet kontrolu nad situací, zda jej zátěž aktivizuje k hledání účelných způsobů řešení nebo jej paralyzuje a vede ho k rezignaci a zda se u něj objeví schopnost využít všech pozitivních podnětů, které se nabízejí. Především pak schopnost udržet sociální kontakty a především je to schopnost o problému komunikovat, svěřit se někomu. „Míra odolnosti vůči zátěžovým situacím závisí na vrozených předpokladech, na dosažené vývojové úrovni, individuálních zkušenostech i celkovém aktuálním svatu jedince“ (Vágnerová, 2004, str. 55). S jedinci, pocházejícími z rodin se závislým rodičem, je velmi obtížná komunikace, trvá velice dlouho vytvoření důvěrného vztahu a teprve potom jsou ochotni komunikovat. Pociťují vnitřní bariéru s někým o své rodinné situaci

hovořit.

Se zátěžemi se vyrovnáváme různými způsoby. Lze je diferencovat podle toho, zda jsou vědomé či nevědomé. V tomto případě je můžeme rozdělit na copingové (vyrovnávací, zvládací) strategie a obranné mechanismy. „Coping, tj. zvládání zátěžové situace, je vědomou volbou určité strategie. Tato volba je závislá na hodnocení dané situace i posouzení vlastních možností. Smyslem copingových strategií je zlepšení celkové bilance, ať už k němu dojde v důsledku změny situace nebo změny postoje, hodnocení a prožívání problémové situace“ (Vágnerová, 2004, str. 57). Pojetí vyrovnávacích postupů zavedl Richard Stanley Lazarus v roce 1966 v práci *Psychological Stress and the Coping Process*. Toto pojetí se zrodilo v období a rámci kognitivního paradigmatu. „Lazarus a Folkmanová rozlišili dva základní způsoby zvládání, zaměřené na: řešení problému a zlepšení emoční bilance, tedy nikoli na problém, nýbrž na příznak problému – na to, jak je prožíván“ (Baštecká a Goldmann, 2001, str. 168). Copingové strategie zaměřené na řešení problému dle Vágnerové (2004) vyplývá z představy, že problém je možné řešit a že jedinec je schopen takového cíle dosáhnout. Zlepšení emoční bilance zahrnuje uchování psychické rovnováhy a redukci negativních zážitků. Tato strategie vychází z představy, že problém není možné řešit, a proto je nutné k němu přistupovat jinak, např. se s ním smířit. Smíření se se situací není vždycky negativní řešení. Vede k vyrovnání, protože teprve pak lze hledat i jiné uspokojení či smysl života.

Pokud domlouvání alkoholikovi, ať s pitím přestane, selže, dojde ke smíření se se situací. Jak vidíme, není to negativní řešení, protože když se ostatní příslušníci rodiny s nastalou situací smíří, mohou si hledat, pokud je to možné, jiné způsoby, jak svůj život zlepšit, využívat všeho pozitivního, co jim život nabízí a i když jejich životní situace je považována za něco těžkého, oni přesto mohou ve svém životě dojít k uspokojení. Za pozitivní skutečnost můžeme považovat třeba přítomnost kamarádů, kteří jsou oporou a skýtají člověku útočiště, nebo nějaké místo, kam může člověk utéci, když se situace doma nemůže snést.

Náročné situace a závažné události jsou jedním ze zdrojů, jimiž se formuje osobnost jedince, avšak představují i rizikové faktory pro vznik a rozvoj, případně udržování řady poruch zdraví. „Sebepojetí člověka se vyvíjí a mění pod vlivem nových osobních zkušeností a způsobů, jak se s nimi člověk vyrovnává. Jestliže je jedinec nemůže zpracovat, nastává rozpor mezi sebepojetím a novými zkušenostmi a dojde k inkongruenci“ (Vymětal, 2003, str. 57). Stav inkongruence je pak dle Vymětala (2003) subjektivně nepřijatelný, a proto se s ním člověk vyrovnává, „řeší“ jej prostřednictvím

určitých strategií, jež nazýváme obrannými mechanismy, které „brání“ sebepojetí, jehož otřesení vede k nejistotě a úzkosti.

Termín „obrné mechanimsy“ použila Anna Freudová a tím tak navázala na myšlenku svého otce. „Podle jejího názoru může použití obran přispět ke zmírnění či odstranění negativních, zejména úzkostných pocitů a k lepší sociální adaptaci“ (Plháková, 2003, str. 437). Jednotlivé obranné reakce se liší mírou zkreslení skutečnosti a způsobem, jakým člověk s touto informací naloží, tj. jaký k ní zaujme postoj. Existuje deset obranných mechanismů, každý má určitý význam, ale dále budeme popisovat pouze ty, které využívá člověk v zátěžové situaci, jakou život s alkoholikem bez pochyby je. Mezi tyto základní obranné mechanismy patří popření, potlačení a vytěsnění, fantazie, racionalizace a v určitém směru i substituce. Popření můžeme popsat tak, že člověk přijímá jen takové informace, které pro něho nejsou ohrožující, resp. nepříjemné. Když si to ukážeme na příkladu, jde o to, že např. alkoholik popírá, že pije velké množství alkoholu, i když mu ostatní tvrdí opak. Jeho partner či partnerka pak popírá, že jde o závislost a snaží se udržet rodinu a normálně fungovat. Nechce si pravou skutečnost připustit.

Potlačení a vytěsnění funguje spíše v oblasti vlastního vědomí. Jedinec má tendenci zbavit se pocitů, pohnutek a myšlenek, které jsou subjektivně prožívány a hodnoceny jako špatné. Tady např. dítě, žijící v rodině s alkoholikem se snaží tuto myšlenku vytěsnit, aby nemusel neustále myslet na to, co se děje u něj doma, když tam není. Můžeme sem zařadit také útěk do fantazie, která pomáhá nesnesitelné zážitky jinými, jež jsou uspokojující, ale ví, že nejsou reálné. Dítě, které trpí alkoholismem svých rodičů, uniká do světa fantazie, kde je všechno v pořádku a může zde být šťastné. To mu napomáhá k tomu, aby když už je situace doma nesnesitelná, dál mohlo uspokojivě existovat.

Racionalizace, další obranný mechanismus, představuje pokud o zvládnutí zátěžové situace jejím zdánlivým logickým přehodnocením. Jde např. o situace, kdy dítě vidí v tom, že má matku či otce alkoholika jisté výhody, např. že se nestarají o známky, může si dělat co chce, chodit si kam chce, nikdo se o něj nestará. A nakonec substituce, znamenající náhradu jednoho nedosažitelného uspokojení jiným, jež se jeví jako dostupné. Dítě, mající matku či otce alkoholika, si nedostatek lásky v rodině nahrazují kamarády, jinými blízkými osobami, či partou. Všechny tyto obranné mechanismy se vyskytují u každého z nás. Dítě či dospívající si tyto mechanismy vytváří, aby se nějakým způsobem vyrovnalo se svou tíživou životní situací a tyto mechanismy využívá, aby si zanechalo svůj vnitřní klid a snažilo se fungovat dále.



## **Výzkumná část**

## 6. Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Alkoholismus v rodině je v současné době považován za celosvětový problém. Tomuto fenoménu je věnováno velké množství literatury, avšak o dětech, kteří v rodině se závislou matkou či otcem vyrůstají, se dozvíme jen málo. Jak už jsem zmínila v teoretické části, máme nespočet informací o alkoholu a jeho účincích na osobnost, víme, jaké jsou důsledky závislosti a jaké komplikace alkoholová závislost způsobuje, jak to vypadá v rodině, kde jsou otec či matka závislí na alkoholu, ale co nevíme je skutečnost, jak jedinci, kteří v takovéto rodině vyrůstali, tento svůj životní fakt prožívají, jak ho vnímají a zda tato skutečnost na nich zanechala nějaké následky, či by byl jejich život jiný bez absence závislosti v rodině.

Pro tento fakt jsem si tuto práci zvolila a též můj výzkum je zaměřený na vnímání a prožívání jedinců, kteří vyrůstali v rodině se závislou matkou či otcem. Zaměřuji se nejen na to, jak v současné době dospělí jedinci alkoholismus svých rodičů vnímali a prožívali, ale také na to, jak vypadá jejich současný život, zda na sobě pocítují nějaké následky, které mohou připisovat závislosti svých rodičů a zda se tato životní zkušenost projevila i v jejich soukromém či profesionálním životě. A jaký mají vztah k alkoholu a jiným návykovým látkám.

S ohledem na charakter předkládaného výzkumu si klademe následující cíle:

- 1) Zachytit, jak sledovaní jedinci v dětství vnímali alkoholismus rodiče/rodičů.
- 2) Zachytit, jak sledovaní jedinci v dětství tuto situaci prožívali.
- 3) Zda je tato okolnost ovlivnila v dospělosti.

S ohledem na cíle výzkumu byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

- 1) Jak respondenti vnímali v dětství závislost rodiče/rodičů?
- 2) Jak respondenti tuto situaci prožívali?
- 3) Jak se s ní vyrovnávali?
- 4) Jak se jejich zkušenost s alkoholismem rodiče/rodičů odrazila v jejich současném životě?

## 7. Metodologie výzkumu

### 7.1 Plán výzkumu

Vzhledem k tomu, že se jedná o velice komplikované a důvěrné téma, o němž se velmi často nehovoří, zamítla jsem dotazníkové metody a zvolila si **kvalitativní variantu výzkumu**, která mi umožnila hlubší a detailnější analýzu získaných odpovědí.

V sociálních vědách pojem **kvalitativní výzkum** označuje výzkum, který se zaměřuje na to, jak jednotlivci a skupiny nahlízejí, chápou a interpretují svět. „Kvalitativní výzkum používá induktivní formy vědeckých metod, hloubkové studium jednotlivých případů, nejrůznější formy rozhovorů a kvalitativní pozorování. Cílem je získat popis zvláštností případů, generovat hypotézy a rozvíjet teorie o fenoménech světa. Plán výzkumu má pružný charakter. To znamená, že plán výzkumu z daného základu rozvíjí, proměňuje a přizpůsobuje podle okolností a dosud získaných výsledků“ (Hendl, 2008, str. 61). Kvalitativní forma výzkumu nám umožňuje podrobnější náhled na situaci, která je popisována z pohledu respondentů, tedy se jedná o jejich vlastní zkušenost. Touto formou výzkumu se také dozvíme větší množství informací, než bychom získali z dotazníkových metod. „Kvalitativní výzkum se snaží interpretovat pohledy subjektů na zkoumaný předmět tím, že výzkumník přejímá jejich perspektivu. Využívá se podrobný popis každodenních situací. Jde o porozumění akcím a významům v jejich sociálním kontextu. Při kvalitativním výzkumu se neredukuje počet proměnných ani vztahy mezi nimi, o jejich redukcii rozhodují samy zkoumané subjekty. Jsou upřednostňovány otevřené a nestrukturované výzkumné plány, analýza vychází z velkého množství informací o malém počtu jedinců. Převažuje zájem o reálné celky, interakce mezi aktéry a individuální osudy. Úkolem kvalitativního výzkumu je vytvoření holistického obrazu zkoumaného předmětu, zachycení toho, jak účastníci procesů situace interpretují a zachycení interpretací těchto interpretací“ ([www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org)). Vzhledem k rozdílné osobnosti respondentů a nízkému počtu dotazovaných, se spíše jedná o případovou studii. „V případové studii jde o detailní studium jednoho případu nebo několika málo případů. Zatímco ve statistickém šetření shromažďujeme relativně omezené množství dat od mnoha jedinců (nebo případů), v případové studii sbíráme velké množství dat od jednoho nebo několika málo jedinců“ (Hendl, 2008, str. 102).

## 7.2 Výzkumný soubor

### 7.2.1 Výběr výzkumného souboru

Výběr respondentů byl proveden **metodou záměrného (účelového) výběru**. „Označujeme tím takový postup, kdy cíleně vyhledáváme účastníky podle jejich určitých vlastností. Kritériem výběru je právě vybraná (určená) vlastnost (či projev této vlastnosti) nebo stav. Znamená to, že na základě stanoveného kritéria cíleně vyhledáváme pouze ty jedince, kteří toto kritérium splňují a současně jsou ochotni se do výzkumu zapojit“ (Miovský, 2006, str. 135).

Základním kritériem pro výběr výzkumného souboru byla osobní zkušenost s rodičem (matkou či otcem) závislým na alkoholu. Do výzkumu byli zahrnuti respondenti, kteří vyrůstali v rodině se závislým jedincem nebo se závislost rodičů objevila během jejich dospívání. Nerozlišovali jsme, zda dotazované osoby v současné době žijí nebo žily se závislým rodičem ve společné domácnosti, nebo zda se jednalo o závislou matku nebo otce.

Předpokládaný výzkum zahrnoval 8-10 respondentů, nakonec jsem získali 8, kteří souhlasili s účastí na výzkumu. Aby byl vzorek více reprezentativní, jednalo se o 4 ženy a 4 muže. Protože původně zvolenou metodou záměrného výběru nebylo dosaženo potřebného počtu účastníků výzkumu, využili jsme tedy k následnému doplnění požadovaného počtu respondentů **metodu sněhové koule**. „V principu je tato metoda založena na kombinaci účelového výběru a prostého náhodného výběru. Základním východiskem pro aplikaci této metody je získání kontaktu s první vlnou či „generací“ účastníků výzkumu“ (Miovský, 2006, str. 131). Tzn., že jsme využili kontakty získané od jedinců, kteří již byli do výzkumu zahrnuti.

## 7.2.2 Charakteristika výzkumného souboru

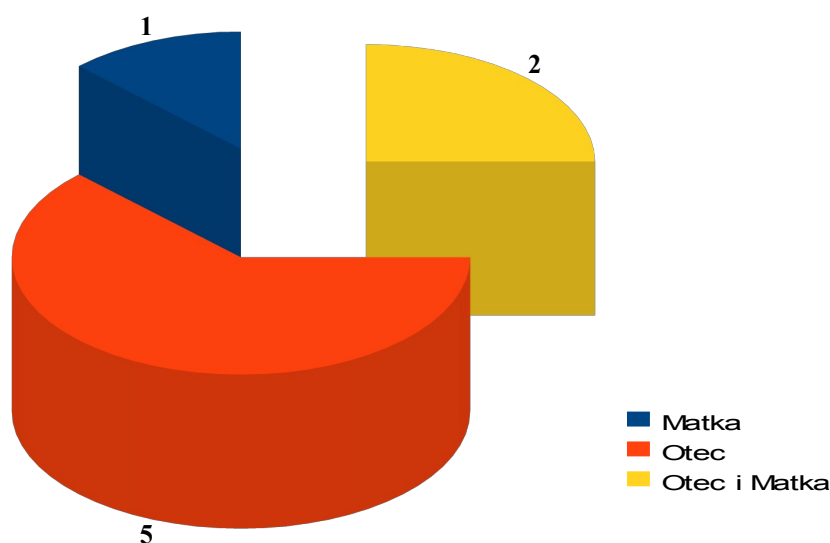
Jak jsme uvedli výše, výchozím kritériem pro zařazení do výzkumného souboru byla osobní zkušenost s rodičem závislým na alkoholu. Nebylo rozlišováno, zda dotazovaní respondenti se závislým jedincem stále žijí ve společné domácnosti, nebo ne. Hlavním kritériem byla skutečnost, že jako děti či dospívající se dotazovaní respondenti setkali ve své primární rodině se závislostí na alkoholu, bez rozlišení, zda se jednalo o závislou matku nebo otce.

Výzkumný soubor byl rozdělen do dvou skupin, z nichž jedna skupina tvořila čtyři ženy, druhá čtyři muže. Do výzkumu byli vybráni respondenti ve věku mladé dospělosti, tedy ve věkovém rozmezí 20-30 let.

Dotazovaným respondentům byla slíbena naprostá anonymita, tedy v následujícím textu budou používána smyšlená křestní jména, která jsme samy zvolily, a tedy neodpovídají skutečnosti.

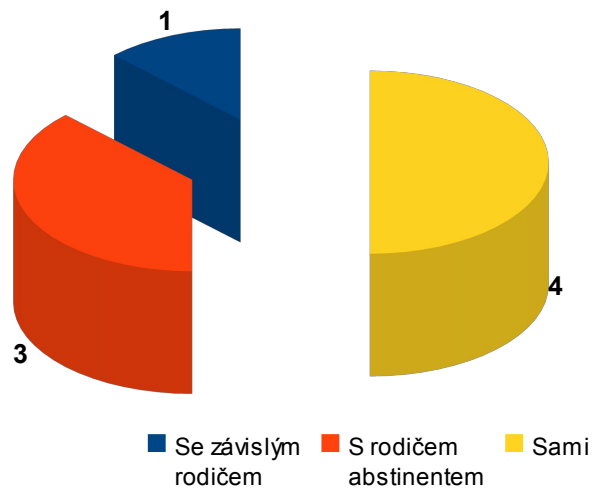
Z osmi dotazovaných respondentů mělo 5 z nich zkušenost se závislým otcem, 1 z nich se závislou matkou a 2 se setkali se situací, kdy měli závislost oba dva rodiče.

**Graf 1 O jakého závislého se jednalo**



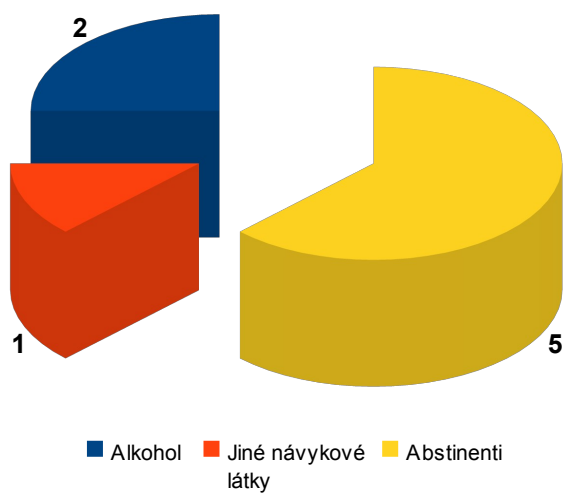
Z dotazovaných respondentů 4 z nich žijí ve vlastní domácnosti, 3 z nich s rodičem, který nebyl závislý na alkoholu a 1 z respondentů stále bydlí ve společné domácnosti se závislou osobou.

**Graf 2 Současné bydlení**



Následující graf znázorňuje rozdělení dotazovaných osob podle toho, zda požívají alkohol nebo jiné návykové látky, či jsou naprostí abstinenti. 5 z dotazovaných jsou naprostí abstinenti, 2 požívají v malých dávkách alkohol a 1 užívá lehké drogy.

**Graf 3 Užívání návykových látek**



### 7. 3 Způsob získávání dat

Vzhledem k povaze výzkumu jsme se rozhodli k získávání dat využít metodu rozhovoru. Rozhovor může mít různé formy, pro naše účely jsme zvolili ten nejrozšířenější, a tím je **polostrukturovaný rozhovor**.

V rámci tohoto typu rozhovoru si „vytváříme určité schéma, které je pro tazatele závazné. Toto schéma obvykle specifikuje okruhy otázek, na které se budeme účastníků ptát“ (Miovský, 2006, str. 159). Vhodné u tohoto typu rozhovoru je pokládat různé doplňující otázky, které upřesní a vysvětlí odpovědi účastníků a umožní nám tak komplexnější pohled do současného problému.

„Výhodou polostrukturovaného interview je především to, že dokáže eliminovat nevýhody obou zbývajících variant metody interview (nestrukturovaného a plně strukturovaného) a vytěžit současně maximum jejich výhod“ (Miovský, 2006, str. 161).

Při vytváření schématu polostrukturovaného rozhovoru jsme vycházeli z cílů výzkumu a stanovených výzkumných otázek. Konečné schéma interview se skládá z 18 otázek, které byli však během rozhovoru ještě doplňovány o otázky vycházející z tématu nebo se týkají životních epizod, o kterých respondenti hovořili.

### **Otázky rozhovoru:**

1. Jedná se o alkoholismus otce nebo matky?
2. Jak to u vás v rodině probíhalo?
3. Kdy sis začal/začala uvědomovat, že se jedná o závislost na alkoholu, že se v rodině něco děje?
4. Jak jsi tuto situaci vnímal/vnímal?
5. Co sis o tom myslel/myslela?
6. Jak sis tuto situaci vysvětloval/vysvětlovala?
7. Kdy to bylo nejhorší?
8. Jak jsi to celé prožíval/prožívala?
9. Jak se choval druhý rodič k závislému rodiči?
10. Jak ti druhý rodič vysvětloval, co se v rodině děje?
11. Jaký jsi z toho měl/měla pocit?
12. Jak jsi se s tím vyrovnával/vyrovnávala?
13. Co ti pomáhalo?
14. Myslíš si, že by si dětství prožil/prožila jinak, kdyby otec/matka nepil?
15. Změnilo by se v tvém životě něco?
16. Má závislost rodiče nějaký dopad na tvůj současný život?
17. Jaký je tvůj vztah k alkoholu a jiným návykovým látkám?
18. Jak vypadá tvůj současný život?



## 7.4 Způsob sběru dat

Sběr dat byl proveden v únoru 2011. Samotnému rozhovoru předcházelo získání informovaného souhlasu k účasti na výzkumu, jednotlivým respondentům byl vysvětlen účel výzkumu, způsob získávání, zaznamenávání a následného zpracování dat. Všem účastníkům výzkumu byla slíbena naprostá anonymita. Jednotlivé rozhovory probíhaly buď v kavárně, nebo u účastníků doma, podle toho, jak to účastníkům více vyhovovalo.

Doba rozhovoru se lišila podle toho, v jakém psychickém rozpoložení se jednotliví účastníci nacházeli. Průměrná délka rozhovoru se pohybovala kolem jedné a půl hodiny. Po souhlasu všech zúčastněných byly rozhovory nahrávány na diktafon. Při silně emocionálních projevech (pláč) a vyrušení vnějším okolím nahrávání přestalo a po chvíli se pokračovalo dále.

## 7.5 Způsob zpracování dat

Získaná data byla zpracována na základě kvalitativní analýzy. U všech nahraných rozhovorů byla nejdříve provedena doslovná transkripce. Poté byla následně provedena analýza pomocí kódování. „Jedná se o systematické prohledávání dat s cílem nalézt pravidelnosti a klasifikovat jejich jednotlivé části: Na tuto fázi vždy navazuje snaha výsledky této analýzy interpretovat jako celek, aby bylo možné o nich vyprávět určitý příběh“ (Hendl, 2008, str. 226).

Kódování nám pomáhá data popsat. „Kód je symbol přiřazený k úseku dat tak, že ho klasifikuje nebo kategorizuje. Kódy mají mít relevanci k výzkumným otázkám, konceptům a tématům“ (Hendl, 2008, str. 228). Následně po vytvoření kódů byli vytvořeny kategoriální systémy a jejich subkategorie.

Jako kontrola validity analýzy a interpretace kvalitativních dat byla použita **metoda vytváření trsů**, která dle Miovského (2006) slouží k seskupování a konceptualizaci určitých výroků do skupin. Dále byla použita **metoda zachycení vzorců (gestaltů)**, která spočívá v tom, že v datech vyhledáváme určité opakující se vzorce a ty zaznamenáváme do koherentních „příběhů“, a dále **metoda kontrastů a srovnávání**, jež nás upozorňuje na rozdíly mezi dvěma identifikovanými kategoriemi, které mají zároveň mnoho společného.

## 8. Výsledky analýzy rozhovorů

Analýzou rozhovoru a jejím následným kódováním vznikly určité kategorie a subkategorie, které jsou doplněny výroky participantů. Tyto kategorie odpovídají jednotlivým oblastem zkoumání a cílům výzkumu.

U mnohých kategorií dochází k vzájemným tématickým překryvům. A jednotlivé subkategorie se snaží detailně popsat, jak vypadá závislost na alkoholu v reálném životě z pohledu dětí a dospívajících, kteří v rodině se závislým jedincem vyrůstají a postupně dochází k jejich dosažení dospělosti. Zároveň se zde také pokusíme ukázat na vzájemné souvislosti mezi jednotlivými subkategoriemi.

**Tab. 1 Přehled základních kategorií a subkategorií**

Zkoumané okruhy	Bližší zařazení kategorie	Subkategorie
<i>1. Faktory přispívající ke vnímání alkoholismu rodiče z pohledu dítěte a dospívajícího</i>	Důvody nadměrného užívání alkoholu a jeho projevy v rodině	Stresující události Pracovní vytížení Hádky v rodině
	Rozpoznání závislosti na alkoholu	Každodenní pití Jiné chování
<i>2. Faktory popisující prožívání alkoholismu rodiče dítěte a dospívajícího</i>	Prožívání alkoholismu rodiče	Vztah k závislému rodiči Prožívání situace v rodině Chování dítěte či dospívajícího v rodině
	Chování závislého rodiče	Období střízlivosti Období opilosti
	Vyrovňovací strategie	Copingové strategie Obranné mechanismy Útěky z domova
<i>3. Faktory zachycující následky způsobené závislostí rodiče</i>	Současný život dospělého jedince	Partnerské soužití Založení vlastní rodiny Současný vztah k rodičům
	Vztah dospělého jedince k alkoholu a jiným návykovým látkám	Negativní postoj k alkoholu Užívání jiných návykových látek (lehkých drog) Závislost na alkoholu
	Profesní či pracovní zařazení	Dosažené vzdělání Profesní ambice Studijní ambice

## 8.1. Faktory přispívající ke vnímání alkoholismu rodiče z pohledu dítěte a dospívajícího

I když se může zdát, že malé dítě není schopno vnímat a rozpoznat, že jeho rodič je závislý na alkoholu, není to pravda. Malé dítě je velmi vnímavé, a i když ze začátku netuší, o co se přesně jedná, nebo že se jedná o alkohol, vycítí, že se doma něco děje. Dospívající pak, vidíc situaci doma, si rychle uvědomí, o co se v rodině jedná. K uvědomění si faktu, že se jedná o závislost, jej vede několik faktorů. Do těchto základních faktorů můžeme zahrnout **každodenní pití** rodičů, které nelze považovat za normální, a dále identifikování **chování** rodičů, které se liší podle toho, zda je v jejich krvi přítomen alkohol nebo nikoliv. To pak odpovídá následujícím subkategoriím, které jsem uvedla výše. Za důležité jsem též považovala uvést základní kategorie, do kterých spadají **důvody a motivace k požívání alkoholu a rozpoznání závislosti na alkoholu**. Tyto kategorie nám pak umožní lépe nahlédnout do situace v rodinném prostředí, jak alkoholismus v rodině probíhal a jaké faktory dítě či dospívajícího vedly k uvědomění si toho, že se v jejich rodině jedná o závislost.

### 8.1.1 Důvody a motivace k nadměrnému užívání alkoholu

Důvody a motivace k nadměrnému požívání alkoholu mohou být různé. Všech 8 dotazovaných se shodně vyjadřují v tom, že hlavním indikátorem k prvotnímu užití alkoholu u rodičů byly v jejich případě stresující události či pracovní vytížení. Rodič se snažil vypořádat se svým náročným zaměstnáním tak, že sáhl po láhvi. Nejednalo se však o jednorázovou událost, ale tato situace se neustále opakovala. Hodně k nadměrnému užívání alkoholu, aspoň ze začátku, přispěly i rodinné oslavy či svátky. Dotazované osoby o tomto faktu mluví následovně:

Albert: *„Matka začala pít, když mi bylo asi deset. Tehdy nastoupila na místo veřejné funkce – zástupce starosty. A začaly starosti a stres a ona to dost špatně snášela.“*

Cyril: *„Můj otec je doktor. Pokaždé, když se v nemocnici něco stane, řeší to pitím. Přijde domů z práce, a dá si skleničku. Prý na uklidnění. Ale ze skleničky je láhev, a tak je to každý den.“*

Aneta: *„Předtím s tátou pili jen o Vánocích, nebo o narozeninách, ale to jsem tomu moc nepřikládala velkou váhu“.*

Daniel: *„Nesnáším svátky, rodinné oslavy. Důvod je jasný, jak naši byli v pohodě, tak se*

*vždycky nejvíc opili o svátcích. Měli přece důvod na oslavu, nebo ne? To, že byli vždycky nejvíc opilí ze všech ostatních, to bylo vedlejší. Nic se neřešilo. Byly přece svátky. Možná, že kdyby se to aspoň nějak začalo řešit, nedopadlo by to takhle. Nevznikla by z toho závislost.*

Jak vidíme v uvedených příkladech, hlavním podněcujícím činitelem ke vzniku závislosti rodičů jsou stresující události či náročné povolání. Hlavní osobou, která si jako první všimne, že u partnera dochází ke stále častějšímu pití, je partnerka. A následují stále častější hádky. Tyto hádky jsou pak důležitým identifikátorem toho, že se v rodině začíná něco dít. A právě těchto hádek si nejvíce všimají děti. Hádky rodičů bylo též téma, které se objevilo u všech dotazovaných respondentů. Pro příklad uvedeme několik následujících výpovědí:

*Cilka: „Že se jedná o závislost mi došlo asi až v pozdějším věku, cca 16-18 let, ale hádky a rozpory jsem vnímala už někdy v 8 letech, kdy jsem je s pláčem chodívala prosit, ať se nehádají.“*

*Dana: „Otec se neustále vracel pozdě večer a s matkou se hádali. Křičela na něj, že je alkoholik a ať s pitím přestane. Pamatuji si to dobře, i když mi byly čtyři roky. Pamatuji si, že jsem si říkala, co to je ten alkoholik“.*

*Daniel: „Máma se s tátou neustále hádala. Křičela na něj, házela po něm věcmi, když přišel domů opilý. Nijak to nepomáhala, a tak máma s hádkami po nějakém čase přestala a začala pít taky. Pak ji bylo jedno, zda otec pije nebo ne.“*

### **8.1.2 Rozpoznání závislosti na alkoholu**

Ze začátku se každý závislý rodič snaží před partnerem či dětmi svou závislost utajit. Podle dotazovaných respondentů však existují určité situace, kdy přes veškerou snahu závislého rodiče dítě pozná, že jeho rodinná situace není „normální“, a že v rodině dochází ke krizi. Mezi tyto situace můžeme uvést **každodenní pití rodiče** a chování, které respondenti označují jako „jiné“.

O každodenním pití rodiče mluví dotazovaní respondenti takto:

*Cilka: „Otec pije od svých cca 20 let, letos mu bude 60, posledních asi 15 let pije denně, propije cca 10 tisíc Kč měsíčně. Už se tím ani netají. Když ráno vstane z postele, první co udělá je, že si otevře pivo. V tom pak pokračuje celý den. Nikdo to už neřeší, prostě to bereme jako fakt.“*

*Dana: „Otec se vracel opilý přímo z práce. Do hospody nikdy nechodil. Měl-li volno, jezdil s bráchou ke svým rodičům, přičemž při zpáteční cestě se zastavili u bráchy doma, kde se*

*zapíjela uplynulá část dne.“*

*Bořivoj: „S otcem jsem nikdy neměl dobré vztahy, vždycky jsem měl blíž k mamce, s otcem jsem netrávil skoro žádný čas, ani jsme si neměli co říct. A proto mi asi bylo i jedno, že se někdy chová jinak – opile. Jedno mi to přestalo být až později, kdy začal pít častěji a častěji. Vlastně pil každý den. Už si ho ani nepamatuji, kdy jsem ho viděl střízlivého.“*

S každodenním pitím v rodině souvisí i ukrytí lahví s pitím, ale i prázdných. Když rodič začne pít každý den, nejčastěji právě děti náhodně nalézají ukryté láhve po nejrůznějších částech pokoje. Tento fakt se však objevuje pouze ve výpovědích, kdy se jednalo o závislost matky.

Nejlépe to vystihuje například Albert:

*Albert: „Kdy jsem si začal uvědomovat, že se jedná o závislost, to přesně nevím. Jen si pamatuji, že jsem nacházel v prádle láhve atd., a že mamka byla emočně dost nestabilní a hodně často změnila nálady i názory“.*

Kromě každodenního pití zde působí i další faktor, a to chování, které respondenti označují jako „jiné“. Všichni dotazovaní se shodují v tom, že jim nevadil samotný fakt, že rodič pije, spíše jim vadilo, že se chová jinak. A tak, jak se opilý rodič choval jinak, se choval jinak i rodič druhý.

*Bořivoj: Nedokážu přesně říct, kdy jsem si začal uvědomovat, že jde o alkohol. Jen mi připadalo, že se chovají jinak. Pořád si pamatuji rozhovor mě a babičky, kdy se mě ptala, proč brečím. Nedokázal jsem to popsat, nechápal jsem to a začal jsem ji popisovat, že „někdy je mamka taková jiná, ne tak hodná, vůbec si mě nevšímá a pořád na sebe s tátou křičí“. Až o hodně později, asi až na druhém stupni základní školy mi došlo, že takhle jsem ji popisoval jako opilou.*

*Aneta: „Bylo to hrozně těžké, nevěděla jsem, jak se mám k mámě chovat. Jednou byla milá, potom se kvůli blbosti naštvála a vydržela se mnou nemluvit celý den. Pak za mnou přišla a byl z ní cítit alkohol. To bylo nejhorší, chtěla mě obejmout a mě z ní bylo na zvracení. Myslím, že jsem ji začala litovat, později i nenávidět.*

*Daniel: „Nevěděl jsem, jak se mám k rodičům chovat. Jednou mi otec řekl jednu věc, a druhý den to hned popřel. Nevěděl jsem, jak se mám k němu chovat. Chvillemi jsem měl pocit, že se z toho zblázním. Už jsem nevěděl, jak se mám chovat. Jeden den platila jedna*

*věc, druhý den bylo všechno jinak. Když pak mamka začala pít taky, bylo to ještě horší. Jeden den byla milá, druhý den jsem raději ani nešel domů, protože už venku jsem slyšel, jak se hádají. Oba si naprosto protiřekli. Pak už jsem nevěděl, koho mám poslouchat. Tak jsem utekl do pokoje a zůstal tam až do rána.“*

Jak vidíme v předchozí části, o závislosti jako takové nikdo nehovoří. Neuvědomují si, že se jedná o závislost na alkoholu, jen si všímají, že se v rodině něco děje. Ať už se to týká neustálých hádek rodičů, nebo faktu či že se rodič nikdy nevrací domů střízlivý, dítě si začíná uvědomovat, že to, co považoval dosud za „normální“, normální není. Ale i když vidíme, co je k uvědomění si tohoto faktu vedlo, nevíme, co si o tomto faktu mysleli. Na to se podíváme nyní.

Bořivoj: *„Nevěděl jsem, že se jedná o závislost, nebo že to je něco zvláštního, něco, co se jinde běžně neděje. Vlastně mi jen vadilo, že je občas mamka právě „jiná“.*

Albert: *„Chvíli mi trvalo, než mi došlo, že ten špatný nejsem já, ale mamka, protože mě stavěla do pozice, jakože ji rozčiluji, tak za vše mohu já. Nejhorší bylo si přiznat, že moje skvělá maminka není tak skvělá a také, když o ní člověk slyšel něco zlého z jiných úst, dost zle se to poslouchalo. A také se dost špatně žilo v prostředí, kde se neustále schylovalo k hádkám.“*

Beata: *„Myslím, že jsem si určitě myslela, že je to špatné, ale protože jsem žila tuhle realitu odmalička, připadalo mi to „normální“. Byť jinde to tak nebylo, hlavně proto, že jsem věděla, že s tím nic nejde dělat.“*

Aneta: *„To je to nejhorší, brali jsme to s tátou jako běžnou věc, že máma pije. Nemyslela jsem si, že bych ji měla v tu chvíli říct, ať nepije. Říkala jsem si spíš, ano, ať se napije, aspoň z toho pak usne a nebudou hádky.“*

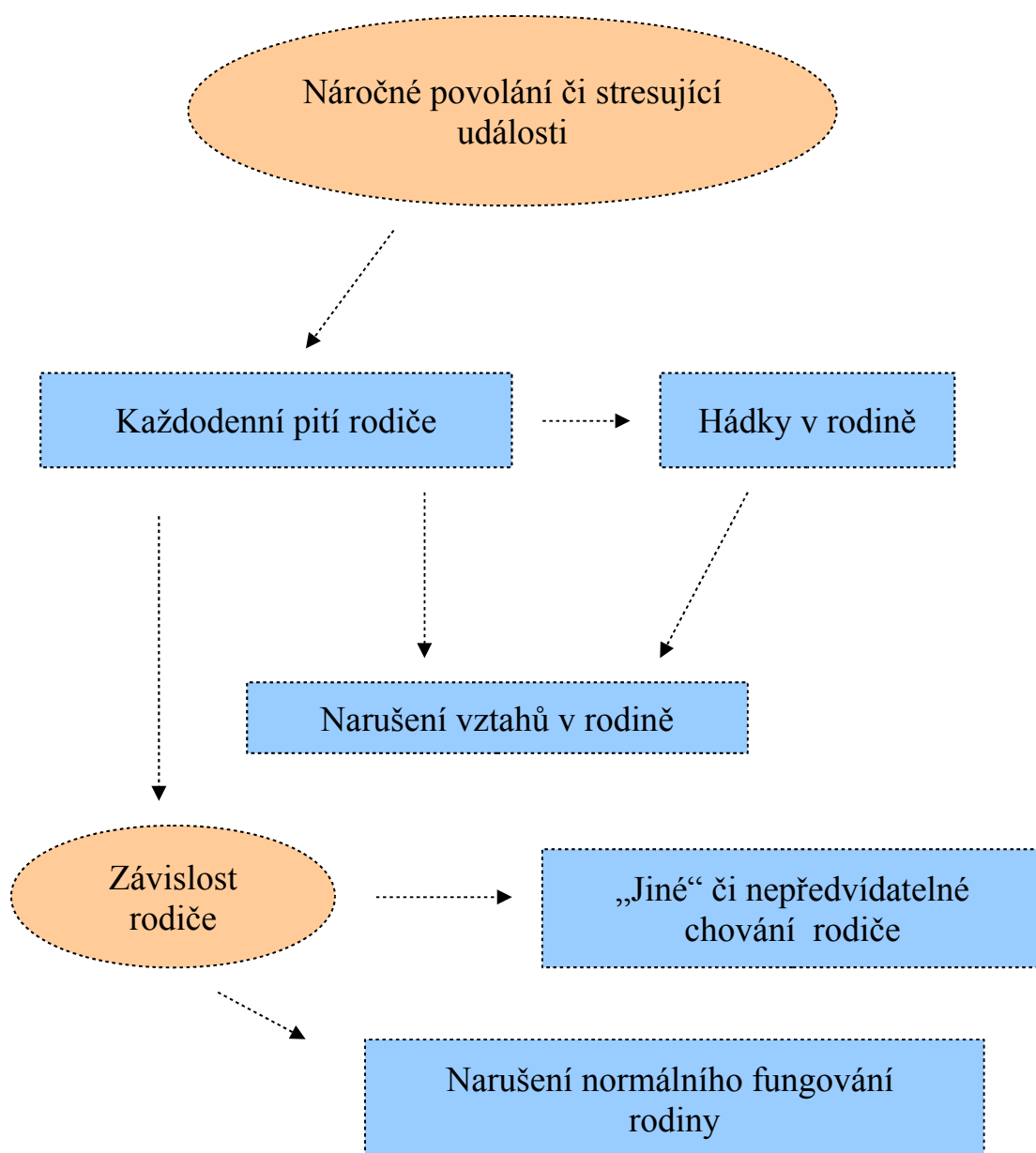
Tyto uvedené příklady nám ukazují myšlenky, které dítě, žijící v rodině se závislou osobou, mělo. Všichni tuto životní situaci brali jako „normální“, někteří si na tuto situaci zvykli, protože věděli, že žádná změna nenastane, jiní zase nepocit'ovali potřebu říct svému rodiči, ať s pitím přestane. Nebo spíše nevěděli jak, mu to říci. Druhý rodič si na tuto situaci též zvykl. Jak předtím docházelo k hádkám, teď přišla kapitulace. Snažili se pouze zachovat rodinu, ať už byla funkční nebo ne.

Můžeme také říci, že nastala situace „reality“. Předtím se jednalo pouze o domněnky, že v rodině dochází ke krizi, teď už nastala chvíle, kdy si všichni plně uvědomují fakt, že v jejich rodině došlo k závislosti na alkoholu, ať už u matky, otce, nebo

u obou rodičů. Jak jsme také viděli, závislost matky i otce můžeme vysvětlit tak, že matka, vidíc manžela neustále opilého, neschopna také s touto situací nic udělat, sama sáhla po alkoholu. Pro dítě je tato situace ještě těžší, protože v rodině pak nemá nikoho, kdo by mu poskytl oporu.

V následující části se zaměříme na to, jak situace v rodině probíhala, jak se rodiče k sobě navzájem chovali a jak dítě, či dospívající tuto situaci prožívalo.

**Graf 4 Vztahový diagram rozpoznání a uvědomění si alkoholismu rodiče v rodině**



## 8.2 Faktory popisující prožívání alkoholismu rodiče dítěte a dospívajícího

V následující části se budeme snažit popsat, jak situaci v rodině dotazovaní respondenti prožívali. K tomu, abychom dokázali dostatečně dobře popsat, jak to v jejich rodině probíhalo, je nutné zaměřit se na již zmíněné subkategorie, do kterých patří **vztah k závislému rodiči**, a za důležité také považujeme popsání situace, jak se **choval závislý rodič v obdobích střízlivosti a opilosti**.

Abychom také dostatečně popsali prožívání dotazovaných osob, byly otázky zaměřené na pocity, které děti v rodině měli a poslední část je zaměřené na vyrovnávací strategie, které jim pomáhali vyrovnat se s aktuální situací.

### 8.2.1 Prožívání alkoholismu rodiče

To, jak situaci dítě prožívalo, nejlépe vystihují témata popsaná v příslušných subkategoriích, kam patří popsání **vztahu k závislému rodiči, prožívání této situace**, kde jsme se snažili zaměřit na pocity a pak následné **chování dítěte či dospívajícího v rodině**.

Vztah k závislému rodiči můžeme označit jako velice rozporuplný. I když se jednalo o závislého rodiče, přesto rodičem zůstal. Ve vztahu k dítěti docházelo však k celé řadě konfliktů, které začaly hádkami a vyústily různými projevy fyzického a psychického týrání. Z 8 dotazovaných osob se 6 z nich setkalo s různými projevy psychického týrání, do kterého můžeme zahrnout urážky, obviňování, výhrůžky. U 2 z dotazovaných osob došlo k fyzickému týrání. Dotazované osoby popisují vztah k závislému rodiči a jeho k nim takto:

*Cílka: „Táta nás neměl rád. Zklamali jsme ho. Všechno, co jsme udělali, bylo špatně. Podle něj jsme nosily ze školy špatné známky, doma nic nedělaly, jen se flákaly. Nebyla to pravda, ale když to člověk slyší neustále, tak tomu později uvěří. Proto jsem se ve škole už vůbec nesnažila a prolézala se čtyřkami, bylo mi to jedno.*

*Dana: „Otec na mě křičel, že nic neumím a že jsem k ničemu. Nemohla jsem se učit, pořád jsem se ho bála, měla jsem strach, že mě zbije, když byl opilý. Ve škole mi učení vůbec nešlo, nemohla jsem se soustředit.*

*Cyril: „Když se s ním (otcem) máma pohádala, tak ji hrozně zbil, a když jsem se ji pokusil zastat, tak jsem i já schytl pěkných pár facek. Říkal tomu „projevy výchovy“. Potom už byly facky a rány řemenem na denním pořádku. Nepotřeboval k tomu ani žádný důvod, vždycky si něco našel.“*



Se vztahem, který mělo dítě k závislému rodiči i tomu druhému úzce souvisí také pocity, které dítě v období dětství mělo. O tom, jak celou situaci prožívali, se všichni dotazovaní shodují v tom, že se uzavírali do sebe, byli uzavření, nespolečenští. U jedné z dotazovaných žen se také objevily psychosomatické problémy. Když jsme se blíže zaměřovali na popsání pocitů, všechny dotazované ženy popisoval shodně základní pocity jako bolest, smutek, hněv, bezmoc. Někteří z nich popisovali ještě další, které uvádíme v následujících příkladech.

Na otázku, jak prožívali situaci v rodině odpovídají takto:

Dana: *„Těžce. Nevěřila jsem si, byla jsem málomluvná, nervózní. Ve škole jsem byla terčem posměchu a šikany.“*

Při otázce na popsání pocitů odpověděla: *„Měla jsem strach. Byla jsem úzkostná. Také jsem měla vztek. Vztek na matku, že nás s otcem nutí žít. Pak také strach, že se rodiče rozvedou. Zní to protichůdně, ale tyhle mé pocity se ve mně neustále střídaly. Vztek na otce, strach, ale matka se nám snažila hodně pomáhat.“*

Aneta: *„Uzavřela jsem se do sebe, byla jsem takovéto tiché dítě. Neměla jsem moc kamarádek, všechno jsem si nechávala pro sebe. Také jsem cítila vinu za to, že má matka pije.“*

Beata zase popisuje své pocity jako bezmoc, *„že tam musím být, protože jsem nemohla odejít a v malém bytě nebylo, kam se schovat“*, nenávisť. Dále také zmiňuje strach, bolest, nepochopení, slzy.

Cilka na otázku prožívání situace odpověděla:

*„Špatně. Do sedmi let jsem se v noci počůrávala, mám narušenou psychiku, jsem přecitlivělá. Domů jsem chodila se strachem, co mě zase čeká. Při bouchnutí skleповých dveří jsem utíkala do postele a dělala, že spím. Do dneška z něj (otce) mám strach.“*

Mužská část dotazovaných nebyla schopna o svých pocitech hovořit. Uvedli pouze, že cítili bolest a vztek, také bezmoc, že s nastalou situací nemohou nic udělat. Podle poskytnutých výpovědí se stávali více oběťmi fyzického násilí než ženy, a proto bylo pro ně snazší přijímat fyzickou bolest než se probírat svými vnitřními pocity. Daniel o tomto hovoří následovně: *„Neumím popsat svoje pocity. Vím jen, že jsem cítil hrozný vztek a bezmoc, že s tím nemůžu nic udělat. Naučil jsem se potlačovat slzy a nedávat najevo své pocity, když mě otec bil. To mi také zůstalo.“*

Albert: *„Dost jsem se izoloval. Nemluvil jsem raději vůbec, snažil jsem se být co nejméně doma. Když mi konečně bylo 18, našel jsem si práci a co nejdříve odešel z domu. Bylo to*

*to nejlepší, co jsem mohl udělat. S rodiči se teď už nestýkám, a je to tak dobře.“*

Chování dětí a dospívajících se lišilo podle toho, zda se jednalo o jedináčky, či o mladší nebo starší sourozence. Vesměs se všichni dotazovaní shodují v tom, že se snažili pomoci nepijícímu rodiči, starali se o domácnost či pečovali o své sourozence. O tomto faktu hovoří jen dva respondenti, ostatní to nijak nerozvádějí, brali to jako přirozenou věc.

Dana: *„Z táty jsem měla hrozný strach. O to více jsem se upnula k matce. Snažila jsem se jí ze všech sil pomáhat, měla jsem také mladší sestru, o kterou jsem se starala. Když byla mamka v práci, tak jsem sestru často hlídala, snažila se doma trochu uklidit, uvařit. Aby bylo všechno v pořádku, až se máma vrátí z práce. Vlastně...aby bylo aspoň něco v pořádku, až se vrátí z práce.“*

Daniel: *„Když jsou závislí na alkoholu oba rodiče, všechno, co se týká domova, je na vás. Pokud jsem nechtěl mít špinavé oblečení nebo prázdný žaludek, musel jsem se o sebe postarat sám. Už v brzkém věku, bylo mi asi tak šest, jsem se naučil docela obstojně vařit, uklízet, prát, prostě všechno, co se doma má dělat. Nikdo jiný tam nebyl, aby to udělal. Rodiče toho nebyli schopni.“*

### **8.2.2 Chování závislého rodiče**

V této části budeme popisovat chování závislého rodiče v obdobích střízlivosti a a pro lepší zjištění prožívání dítěte také popíšeme jeho chování v opilosti. Je nutné také poznamenat, že při otázce na situaci „před tím“, než se u rodiče objevil alkoholismus, si nikdo z dotazovaných respondentů na tuto situaci nevzpomíná. V paměti mají pouze to období, kdy byl jejich rodič opilý, a nebo si vzpomínají na situace, kdy se matka či otec snažili nepít a normálně fungovat. Svě vzpomínky na dětství, tedy to, co si sama pamatuje, popisuje výstižně Beata:

Beata: *„Mám občas pocit, jako bych si na nic nepamatovala – jakoby mi někdo vymazal vzpomínky na dětství a to jsem mladá (24 let). Mám jen pár útržkovitých vzpomínek – negativních. Těch pozitivních bylo tak málo, že si na ně konkrétně nevzpomínám.“*

Tento její výrok potvrzuje i Daniel a Cyril:

Daniel: *„Jaké to bylo předtím? To si nevzpomínám. Můžu ti dokonale popsat, jaké to bylo, když naši začali pít, ale jaké to bylo předtím, to si vážně nepamatuji. Možná jsem byl moc malý na to, abych si to pamatoval. Ale to všechno překonala situace, kdy naši začali pít. Na nic jiného si už nemohu vzpomenout.“*

Cyril: *„Jediné, na co si vzpomínám je to, jak byl otec vždy opilý a dělal scény. Nevzpomínám si na to, jaké to bylo předtím. Když se snažil s pitím přestat, tak byly i světlé*

*okamžiky, kdy se s ním dalo normálně promluvit, ale to bylo jen občas. Více si pamatuju ty negativní věci, na ty asi nikdy nezapomenu.“*

Nyní se tedy podíváme na to, jak vypadal matka či otec opilý z pohledu dítěte a dospívajícího. A také na to, jak tuto situaci dítě či dospívající vnímal a jak ji prožíval. Jednotlivé výpovědi dotazovaných osob se liší podle toho, o jakou rodinu se jednalo a zda byl závislý otec nebo matka. Když byl závislý otec, jednalo se především o hlasité nadávky a bití, které dopadalo nejen na partnerku, ale také na dítě. Dotazované osoby o svém rodiči hovoří takto:

*Bořivoj: „Otec, když byl opilý, tak často křičel jak na mě, tak i na mamku. Když byla střízlivá, tak mě prostě odvedla pryč a ignorovala ho. Když střízlivá nebyla, tak se mu snažila postavit a hádala se s ním.“*

*Beata: „Otec, když byl opilý, tak na nás řval, ponižoval nás, stál mi s pěstí u hlavy a hrozil, že mě zmlátí, což mi přišlo horší, než kdyby to skutečně udělal. Nebo jen tak ležel, neschopen stát, byl sprostý, vyhrožoval – i smrtí nás.“*

*Albert: „Co se týče otčima, tak ten byl prostě klasický hospodský typ a chodil domů opilý, to se potom dost hádali a doted' mi dělá zvýšený hlas zle.“*

V případě, že se jedná o matku, která pije, se v „příbězích“ respondentů hovořilo spíše o citovém vydírání, ponižování ať už partnera nebo dětí, hlasité hádky a vyhrožování sebevraždou. Podíváme se, jak tuto situaci vnímali dotazované osoby:

*Aneta: „Snažila jsem se mámě co nejvíce pomáhat. Ale nestačilo to. Pořád pila dál. Říkala jsem si, že když budu lepší a dokonalejší, tak máma nebude mít důvod pít. Vinila jsem svého otce i sebe, že máma pije. V tom mě také utvrzovaly máminy řeči v opilosti, i ve střízlivosti, že je to moje vina, že pije, že pije kvůli tátovi, že s ním nechce žít.“*

*Daniel: „Máma, když se opila, tak se s tátou neustále hádala. Křičeli na sebe, házeli po sobě vším, co jim padlo do ruky. Ječela po něm, že je táta k ničemu, že za nic nestojí a já raději utíkal do pokoje nebo ven, abych je nemusel poslouchat.“*

Pro lepší posouzení situace se také podíváme na to, jak dotazovaní respondenti vnímali situace, kdy se jejich závislý otec nebo matka snažili přestat pít. Podíváme se na jejich období střízlivosti z pohledu dotazovaných osob:

*Cilka: „Za střízlivá byl táta milionový. Rozdal by se pro své dcery, bohužel dnes už je to pryč.“*

*Beata: „Když měl otec jen hladinku, jediné, o čem jsme se spolu mohli bavit, byl sport.“*

*Takže jsem se snažila makat v atletice a nosit domů medaile, abych viděla alespoň pokývnutí hlavy jako reakci. Chtěla jsem, aby mě pochválil, snažila jsem se. Ale nikdy to neudělal. Možná párkrát řekl, že jsem borec, když jsem na něco přišla, ale to už si ani nepamatuju.“*

Jak zde vidíme, i když má každý z respondentů odlišný „příběh“, přesto mají něco společného, chování závislého rodiče ve stavu opilosti. Ale stejného mají i něco jiného. I když se jejich závislý rodič choval jakýmkoliv způsobem, přesto se k němu dítě snažilo najít cestu a vyžadovalo po něm lásku, úctu, oporu. Pokaždé, když byl otec či matka střízlivý, tak se snažili fungovat jako rodina, snažili se k sobě opět najít cestu a vše se opakovalo dokola. Stav střízlivosti se prolínaly se stavy opilosti, a tak to šlo pořád dokola. Jak už jsme zmínili, rodina se snažila udržet pohromadě. A s tím souviselo i **chování druhé rodiče**, toho, který nepil. Na to, jaký vztah měl tento rodič k závislému, se podíváme nyní.

Vztah druhého rodiče k rodiči závislému můžeme rozdělit na tři varianty. První variantou je, že otec i matka pijí společně, ale jen občas. Například na rodinné sešlosti, ve svátky, apod. Druhá varianta nastává, když jeden z rodičů pije více než by měl, a druhý mu tuto situaci vyčítá. Zakazuje mu pití alkoholu, nošení alkoholu do bytu, apod. A třetí varianta je, když druhý rodič, ten který nebyl na alkoholu závislý, začne pít také. Nyní se podíváme na případy, které popisují dotazované osoby. I když se jedná o různé příklady, všechny dotazované osoby se shodují v tom, jak se měnil vztah nepijícího rodiče k závislému. Pro lepší upřesnění si vezmeme situaci, kdy je závislý otec. Matka nejprve bojuje se strachem, nechce se manželovi postavit, ale později to už udělá, aby ochránila sebe a své děti. Později nastává období proseb, kdy manžela prosí, ať s pitím přestane. A nakonec nastává stav rezignace, kdy si uvědomí, že se tato situace nezmění. Podíváme se na to, jak vztah rodičů vnímali a prožívali dotazované osoby:

Beata: *„Nejprve se strachem, ale přesto se mu postavila. Nedovolila nikdy, aby nás bil fyzicky a jednou mu i vlepila facku. Naučila se mu časem postavit a z tyrana tak udělat chudáka.“*

Cilka: *„Nejdříve klasické prosby, domlouvání, víra, že se změní. Postupem času hádky a posledních pár let rezignace, kdy se matka zavře v obývacím pokoji a nevšímá si ho.“*

Aneta: *„Táta byl celé dny v práci a o víkendu jsme jezdili k babičce. Když byla máma opilá, vařila jsem mu večere a chystala svačiny, táta je flegmatik, když máma nedělala scény a nekřičela na něj, nic ji nevyčítal.“*

Albert: *„Závislí byli oba, jeden obviňoval druhého, ale popírali svoji závislost.“*

Cyril: „*Matka to otci neustále vymlouvala, to pítí. Dokonce ho posílala léčit. A potom se spolu vůbec nebavili, a každý si žil podle sebe, ale ne na dlouho.*“

Všichni dotazovaní respondenti se navíc shodují ve výsledném faktu, kdy alkoholismus otce či matky se v jejich rodině nijak neprobíral, dítěti nebylo nic vysvětlováno a vše působilo dojmem, že je v rodině všechno v pořádku.

### **8.2.3 Copingové strategie a obranné mechanismy**

Soužití s osobou závislou na alkoholu, jak jsme zmínili v teorii, s sebou přináší mnoho úskalí. Je narušen nejen vztah s osobou, která je na alkoholu závislá, ale také vztah k druhému rodiči, který není schopen, nebo nechce s nastalou situací nic udělat. Proto dítě, nebo dospívající, aby se s touto situací vyrovnalo, využívá řadu obranných mechanismů a používá různé „coping“ strategie. I když jedinci sami ani netuší, co to obranné mechanismy a copingové strategie jsou, ke zvládnutí života v rodině s alkoholikem je často využívají. Ať už se jedná o útky do světa fantazie, podpora blízkých lidí nebo samotné útky z domova. Každý z dotazovaných respondentů se se svou situací vyrovnával jinak. Ale společného mají to, že jim nejvíce v jejich situaci pomohl odchod z domu a podpora blízkých lidí. Také se naučili spoléhat sami na sebe a ne na své rodiče. Můžeme to vidět v následujících příkladech:

Bořivoj: „*Snažil jsem se co nejméně času trávit doma. Na druhém stupni základní školy jsem se hodně sblížil se spolužákem, jeho matka taky pila. Moc jsme o tom nemluvili, ale už jen proto, že jsem věděl, že prožívá něco podobného, tak mi s ním bylo tak nějak lépe, než s ostatními. Prostě mě víc chápal. Také mi hodně pomáhali kamarádi. To, že jsem ve směs vždycky měla kam a za kým jít. A jestli se to tak dá říct, tak v poslední době i útky od reality.*“

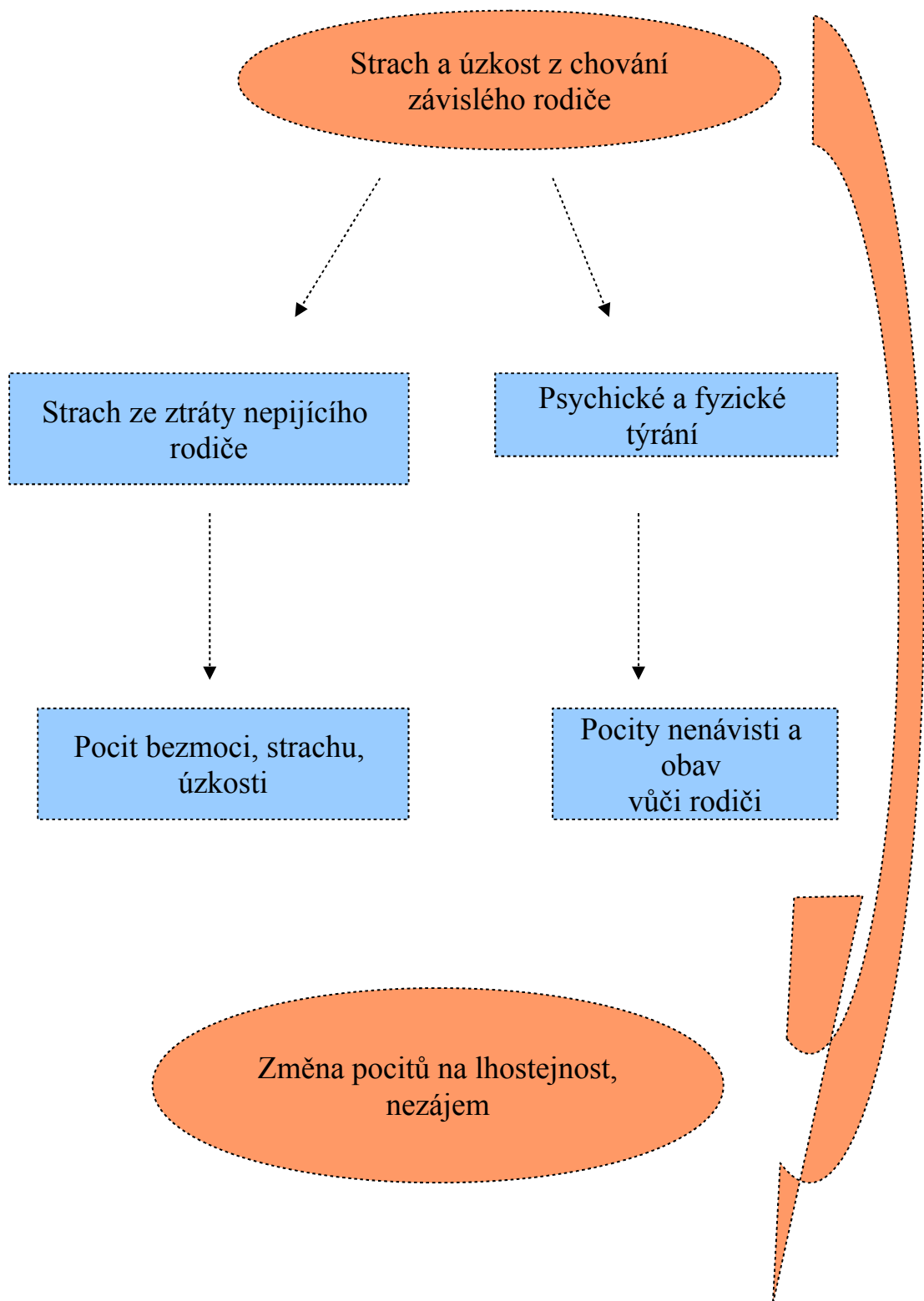
Cilka: „*V období dospívání a pár let poté mi nejvíce pomohli koně, u kterých jsem trávila celé dny a nemusela myslet na tu hrůzu doma.*“

Dana: „*Co mi pomáhalo? Knížky, hodně jsem četla, rozvíjela své fantazie a snila své pohádky každodenního dne. Přátele jsem pro svou uzavřenou povahu neměla.*“

Albert: „*Hodně mi pomáhali blízcí lidé, bohužel o alkoholismu se nemluvalo. Už během školy jsem si našel práci a doma se zdržoval co nejméně. A potom jsem si našel současnou přítelkyni, našli jsme si byt a teď už žijeme spolu. Myslím, že tohle mi pomohlo nejvíc, ten odchod z domu.*“

Je důležité také zmínit, že 4 respondenti ze všech dotazovaných osob se se svou situací dosud nevyrovnalo. I když je to již několik let, co odešli z domu a přerušili kontakty se svými rodiči, přesto na nich jejich „dětská“ zkušenost zanechala stopy a určité následky, které pociťují dodnes. 2 z nich dokonce uvažují o návštěvě psychologa, aby jim s jejich traumatem pomohl. A u těch, co se domnívají, že se se svou situací doma vyrovnali, nás napadá otázka. Je to opravdu tak? Nebo si to jen namlouvají. Každopádně o následcích, které respondenti v závislosti na rodinné situaci pociťují, budeme hovořit v následující části.

**Graf 5 Vztahový diagram prožívání alkoholismu rodiče**



## 8.3 Faktory zachycující následky způsobené závislostí rodiče

V této závěrečné části výzkumu se budeme zabývat zachycením následků, které na sobě dotazované osoby pociťují a též tyto následky můžeme přičíst tomu, v jaké rodině dotazované osoby vyrůstali. Zaměříme pozornost na **současný život dospělého jedince, na jeho vztah k alkoholu a jiným návykovým látkám a také na jeho profesní a pracovní zařazení**. Současně také zmíníme, jaký je současný vztah dospělých jedinců k rodičům a jak by podle jejich názoru vypadal jejich život, kdyby se v něm neobjevila závislost na alkoholu.

### 8.3.1 Současný život dospělého jedince

V předchozích částech jsme se podívali na to, jak jedinec danou životní situaci vnímal, jak ji prožíval a jak se s touto situací snažil vyrovnat. Z malého dítěte či dospívajícího se stal dospělý člověk, který se postavil na vlastní nohy. Avšak v jeho chování či vnímání, můžeme vidět určité rozpory, určité postoje k ostatním lidem, které jsou následkem toho, v jaké rodině vyrůstal. Tyto následky můžeme vidět jak v oblasti mezilidských vztahů, tak také ve vztahu k **partnerovi či partnerce** a v jeho vlastním postoji k **založení své vlastní rodiny**. Současně s tímto bych do této kapitoly zahrнула i to, jak by podle dotazovaných osob vypadal jejich život, kdyby k závislosti rodiče nedošlo.

Vztah k partnerovi či partnerce můžeme u všech dotazovaných osob popsat jako nejistý, plný strachu a obav z opuštění, neustálé testování partnera. Vždy se objevuje věta „miluji ho nadevše, ale mám neustálou potřebu ho testovat“. Objevují se zde různé hádky, které vznikají kvůli maličkostem, návaly pláče, které nelze nijak vysvětlit či ničím nepodložený strach z toho, že je partner či partnerka opustí. Také se zde vyskytuje neschopnost mluvit o svých pocitech či problémech, potlačování svých vlastních pocitů a podvolení se ve všem partnerovi. U 4 dotazovaných osob se vyskytuje zvýšená přecitlivělost, psychická či citová závislost na partnerovi, lhaní o banálních věcech. Vše výše popsané můžeme vidět v následujících příkladech:

Beata: „*Myslím si, že cítím velkou psychickou a hlavně citovou závislost na svém partnerovi. Zároveň se to střídá s pocity, že dotyčného zahltním svými emocemi, takže se někdy chovám jako ledová královna, nebo když to bylo nejkrásnější, jako bych se lekla a stáhla jsem se zpátky. S tím souvisí ten strach z opuštění.*“

Bořivoj: „*V současné době stálou partnerku nemám. Pokaždé, když si někoho najdu, tak*



*mám strach z toho, že to skončí. Nedávám moc najevo svoje pocity, a to je potom odradí. To také souvisí s tím, že nedokážu moc dobře vyjádřit svoje pocity, ukázat někomu, že mi na něm záleží. Nevím, jestli to přímo souvisí s tím, z jaké rodiny pocházím, ale prostě takový jsem.“*

*Cilka: „Žiji sama, mám přítele, kterého nadevše miluji, ale nedokážu s ním žít. Chodím do práce, ale jinak jsem spíš uzavřená, samotářská. I když ho miluji, nevěřím mu, že se mnou zůstane. Neustále ho různými způsoby testuji, hádám se s ním kvůli maličkostem, když odejde do práce, mám strach, že se nevrátí.“*

*Dana: „Mám báječného přítele, který mě přesvědčil, že mě někdo může mít rád, po předchozích vztazích, kdy jeden partner neměl k alkoholismu daleko a druhý byl o celých 25 let starší, je to to nejlepší, co mě mohlo potkat.“*

Jak můžeme vidět v posledním příkladu, není výjimkou, kdy si dospělý jedinec nachází také partnera, který je na alkoholu závislý nebo se jedná o partnera staršího. Můžeme jen usuzovat, že dospělý jedinec, v tomto případě žena, si nachází staršího partnera z toho důvodu, že si v něm podvědomě hledá otce. S tím souvisí také fakt, že se jedná o ženu, která má právě otce, závislého na alkoholu. Není též ojedinělým případem, kdy si dospělý jedinec najde závislého partnera a naproti všem nepříznivým okolnostem s ním stále zůstává. K tomuto však u dotazovaných osob nedošlo. A tato již zmíněná respondentka se závislým partnerem svůj vztah ukončila.

### **8.3.2 Postoj k založení vlastní rodiny**

Nyní se tedy zaměříme na postoj dospělých jedinců k **založení vlastní rodiny**. Co se týče této kategorie, můžeme dotazované osoby rozdělit do dvou skupin. A to na ty, co si vlastní rodinu už založili, a na ty, co založení vlastní rodiny zatím neplánují. Můžeme také říci, že u většiny dotazovaných respondentů se vyskytuje strach a obava týkající se založení rodiny a výchovy dětí ne kvůli této věci samotné, ale kvůli tomu, že se stanou buď oni sami, nebo jejich partneři či partnerky kopiemi jejich vlastních rodičů.

Mezi ty, co si vlastní rodinu už založili, patří například Albert, který svůj současný život popisuje takto:

*Albert: „Můj současný život je v podstatě spokojený. Mám partnerku, dvě děti. Ale také můžu říci, že jsem alergický na to, když má partnerka tráví více času po kavárnách než mi přijde vhodné. Také nejsem moc rád, když si vyjde večer ven. I když vím, že nepije, nebo*

*pije jen málo, vadí mi ten pocit, že tam je. Mám strach, aby se mi neproměnila v kopii mé matky.“*

Ostatní respondenti založení vlastní rodiny doposud neplánují. Na otázky týkající se společného soužití s partnerem či založení vlastní rodiny odpovídají takto:

*Cilka: „Mám hrozný problém s tím, když si přítel dá na nějaké akci pivo. Okamžitě následují výčitky, že je mu pití přednější než já. Žiji sama a s nikým žít nechci. Bojím se soužití, bojím se toho, že se stanu na svém příteli ještě více závislá a pak, když mě opustí, to nezvládnu.“*

*Aneta: „Plánujeme svatbu, toho se bojím, jestli nám to vyjde. A děti? Určitě je chci mít, ale mám strach, jestli budu dobrá matka. Mám strach, že budu pít stejně, jako má matka a to nechci, aby mé děti zažili.“*

S tím souvisí také současný vztah dospělých jedinců ke svým rodičům. Ve všech případech nastala situace, kdy dospělí jedinci s rodičem závislým na alkoholu nejsou v žádném kontaktu, pouze navštěvují svou matku nebo otce, který v průběhu jejich dětství nepil. Jediná dotazovaná osoba, která v současné době žije s rodičem závislým na alkoholu, svou situaci popisuje tak, že jen čeká na to, až bude mít dost finančních prostředků na to, se osamostatnit. Svého otce ignoruje a nemá k němu žádný vztah.

Jak tady můžeme vidět, následky způsobené užíváním alkoholu rodičů nacházíme nejen v partnerských vztazích dotazovaných dospělých jedinců, ale také v jejich postoji ke společnému soužití či založení rodiny. Vyskytuje se zde nejen strach ze soužití s druhým člověkem, ale také strach z toho, zda budou dobří rodiči, vzhledem k tomu, že ve svém dětství neměli vhodné rodičovské vzory. Zajímavý také je jejich názor na to, zda by v jejich původní rodině bylo něco jinak, či by své dětství prožili jinak, kdyby se v jejich rodině neobjevila závislost na alkoholu.

Všichni dotazovaní se shodují v tom, že by se „změnilo úplně všechno“. Také se skoro ve všech případech shodují v tom, že je tato životní zkušenost posílila, zocelila.

*Bořivoj: „Myslím si, že by se změnilo úplně všechno. Neznám to, co ostatní. Nevím, jaké to je, když celá rodina jede třeba na víkend někam na výlet, nevím, jaké to je sedět společně u oběda, nebo se večer společně dívat na televizi.“*

*Beata: „Hodně mě to posílilo. Ani si nechci představovat, že by to bylo jinak. Beru to jako*

*životní lekci – zkušenost, která mě zocelila. Dnes jsem s tím smířená – tedy s tím, co bylo. Jen bych pravděpodobně neprožila dětství ve strachu a permanentním stresu.“*

*Albert: „Určitě by se v mém životě něco změnilo. Občas jsem o tom přemýšlel, někdy mi to přijde líto, ale zase tahle škola života mě zocelila a jsem zvyklý se o sebe postarat sám, nečekám, že mě někdo zachrání.“*

### **8.3.3 Vztah dotazovaných osob k alkoholu a jiným návykovým látkám**

Ve výše uvedeném grafu jsme uvedli, že 5 dotazovaných osob jsou naprostí abstinenti, 2 z dotazovaných osob občas požijí alkohol, ale jen v malém množství a 1 respondent užívá jiné návykové látky, než je alkohol.

Co se týče postojů k užívání alkoholu, můžeme je označit jako rozdílné. Většina dotazovaných osob jsou naprostí abstinenti, a totéž hledají u svých partnerů. Nejsou ochotni tolerovat alkohol u svých protějšků, protože sami dobře ví, jak ničivé následky může užívání alkoholu způsobit. O vztahu k alkoholu hovoří respondenti takto:

*Dana: Jak již bylo řečeno, jsem abstinent. U partnera jsem ochotná tolerovat cigarety a příležitostnou sklenici piva.“*

*Beata: „Alkohol jsem ochutnala samozřejmě už několik let před 18tinami a pak jsem na různých akcích pila alkohol, ale neřekla bych, že výrazně více, než jiní. Měla jsem období okolo 21 let, kdy jsem stres a nešťastnou lásku řešila alkoholem, ale bylo to jen krátké období a neopíjela jsem se.“*

*Daniel: „Jsem abstinent. Nikdy jsem alkohol neochutnal, a ani po tom netoužím. Viděl jsem, co alkohol může způsobit, a proto mu nikdy nedovolím, aby ovládl i mě. Jestli budu mít někdy partnerku, tak chci, aby měla stejný vztah k alkoholu jako já.“*

*Cyril: „Nemám k alkoholu ryze negativní vztah. Občas si dám u televize pivo, nebo si zajdu s přáteli na skleničku, ale nikdy to nedošlo tak daleko, že by mě museli dotáhnout domů. Nikdy jsem nebyl na alkoholu závislý, a snad také nikdy nebudu.“*

Jak můžeme vidět, názory na užívání alkoholu jsou pevně dané. Abstinenti netolerují pití alkoholu u svých protějšků. A ti, co občas užívají alkohol, jej dle jejich názoru mají pevně pod kontrolou. U žádného z nich nevznikla závislost na alkoholu. Užívání alkoholu má jen společenský charakter. Žádné jiné drogy neužívali, ani neužívají.

Nyní se podíváme na respondenta, který užívá jiné návykové látky než je alkohol. Na otázku, proč jiné drogy respondent užívá, odpovídá tak, že se „snaží alkoholem a

drogami utíkat od reality“.

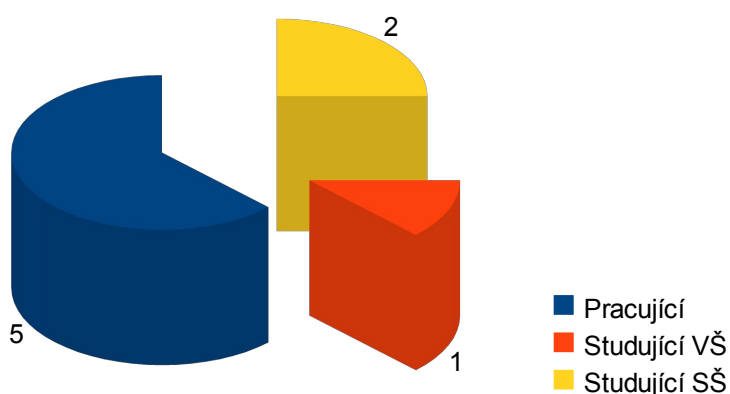
Bořivoj: „Začal jsem pít alkohol již velmi brzy. To mi mohlo být tak 15. Vždycky se našel nějaký způsob, jak si alkohol obstarat. Bral jsem ho od našich, nikdy nepoznali, že jim tam nějaká láhev chybí. Ale pak mi alkohol přestal stačit. Užívám různé drogy, jako je marihuana, k ničemu těžšímu jsem se ještě nedostal. Ale jsem závislý na cigaretách. Neuběhne ani hodina, aniž bych si zapálil.“

Musíme tady také dodat, že se jedná o situaci, kdy jedinec dokončuje střední školu (musel ročník opakovat pro velký počet absencí) a v současné situaci si hledá práci, aby mohl co nejdříve odejít z domu. Způsob, jak se se svou situací doma vyrovnat, našel v užívání lehké drogy. O tom, jestli s drogami skončí, neuvažuje.

### 8.3.4 Profesní či pracovní zařazení dotazovaných osob

Abychom měli současný život dotazovaných osob kompletní, zaměříme se na jejich současné profesní či pracovní zařazení. Níže uvedený graf nám ukazuje, že 5 respondentů jsou ve stavu pracujících, 1 respondent dokončuje střední školu 1 respondent v současné době studuje vysokou školu.

**Graf 6 Profesní či pracovní zařazení respondentů**



Zaměstnané osoby mají dokončené pouze středoškolské vzdělání. Prioritou pro ně bylo ukončit střední školu a co nejdříve si najít zaměstnání. Důvodem tohoto chování bylo

co nejdříve odejít z domu. Respondentka, studující vysokou školu, se kvůli škole odstěhovala do jiného města se svým přítelem, tudíž ani ona nebydlí ve společné domácnosti s rodiči. K rodičům jezdí jen občas, ale pouze za matkou, s otcem se pokud možno nestýká. O svém současném životě hovoří takto:

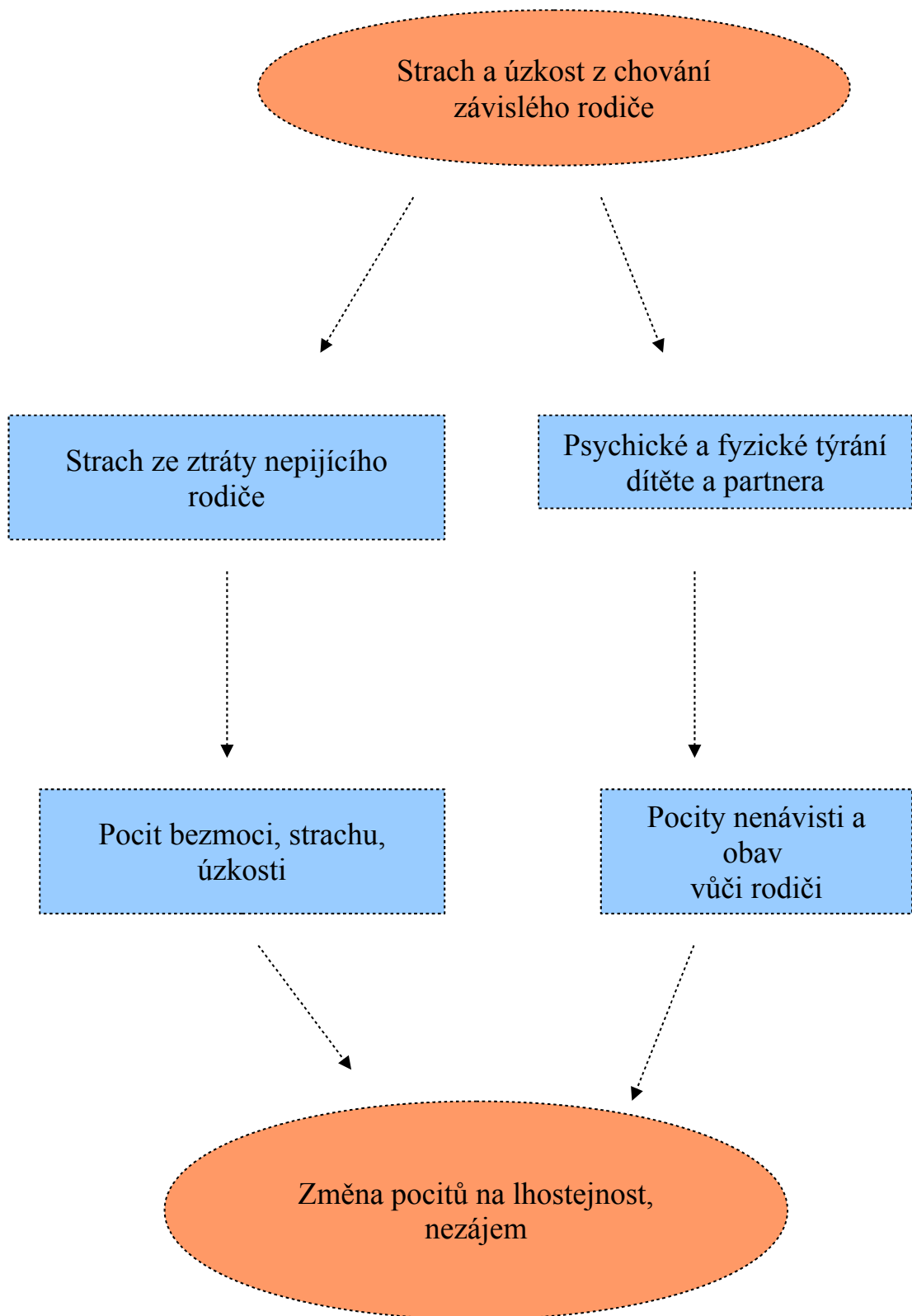
Beata: *„V současné době studuji vysokou školu a právě končím. Za chvíli mě čekají státnice. Jsem tvrdohlavá a pevná ve svých cílech, takže směřuji ještě dál. Chci dělat to, co mě baví.“*

Můžeme říci, že tato jediná osoba vzhledem ke všem dotazovaným osobám, je výjimkou. Ostatní žádné studijní či pracovní ambice nepociťují, jsou spokojeni s tím, jak na tom jsou v současné době. Důvodem proč v dalším vzdělávání nepokračují, není ten, že by na školu neměli, ale necítili dostatečné sebevědomí či ambice k tomu, aby postoupili dále. Takový názor zastává i Dana:

Dana: *„Pracuji jako prodavačka značkových oděvů, dál už jsem neměla odvalu to dotáhnout, přestože jsem odmaturovala s vyznamenáním na střední odborné škole, získala praxi na významných místech a řadu osvědčení a certifikátů z dalšího vzdělání. Chtěla jsem mít co nejdříve peníze a osamostatnit se.“*

Prioritou zde tedy zůstává finanční zabezpečení a odpoutání se od rodičů. Tento jejich postoj můžeme taktéž označit jako důsledek toho, žít v rodině se závislou osobou. Nejsou zde žádné profesní, či studijní ambice, žijí spokojený život už jen tím, že jsou finančně nezávislí a odpoutali se od svých rodičů.

**Graf 7 Vztahový diagram zachycení následků způsobených alkoholismem rodiče či rodičů**



## 9. DISKUZE

V současné době se většina autorů zabývá pouze alkoholem samotným. Dočteme se, jaké následky alkohol má na lidský organismus, jaké způsobuje psychické a fyzické komplikace, jak vzniká závislost na alkoholu. O osobách, závislých na alkoholu, toho také velmi mnoho zjistíme. Víme, jak se „alkoholik“ rozpozná, jaké jsou projevy jeho chování, jak jej máme léčit. Součástí této léčby je také tzv. rodinná terapie, která se snaží „slepit“ vztahy v rodině, obnovit partnerské vztahy a pomoci osobě, která tuto léčbu podstoupila, vrátit se do normálního světa. Avšak dle mého názoru se o jednom příliš tématu nehovoří, a to o tom, jak to v rodině, kde jsou matka či otec závislí na alkoholu, probíhá. Najdeme pouze pár autorů, kteří se zabývají tím, jak to může v rodině postihnuté alkoholismem probíhat, jak to vnímají děti, jak se s touto situací vyrovnávají. Domnívám se však, že se bohužel jedná pouze o hrubý popis, bez popsání myšlenek, pocitů či toho, jak to tito jedinci vnímají. Proto jsem se rozhodla pro výzkum, který bude popisovat to, co všechno vede k uvědomění si faktu, že se jedná o závislost na alkoholu matky či otce, snažila jsem se zaměřit na prožívání této situace a o bližší náhled na situaci, ve které v té době děti, vyrůstali.

Teoretická část předkládané práce vychází z poznatků mnoha autorů, zabývajících se alkoholem samotným a dále jsou zde popsány projevy alkoholismu a teorie popisující dětství a dospívání s rodiči alkoholiky. Toto vše mi sloužilo jako podklad pro vypracování výzkumné části, u které jsem použila kvalitativní výzkum. Na začátku výzkumu jsem si kladla několik výzkumných otázek, a to jak dítě situaci v rodině vnímalo, jak ji prožívalo a také jako vyrovnávací strategie použilo. Zajímala jsem se také o to, zda pociťují jedinci na sobě nějaké následky, jejichž existenci můžeme přičíst tomu, v jaké rodině vyrůstali. Bohužel se jedná o malý vzorek respondentů, neboť v současné době se najde jen několik „odvážlivců“, kteří jsou ochotni o tématu „alkoholismus v rodině“ hovořit a podělit se o svou zkušenost. V současné době je toto téma pořád „tabu“ a jedinci, kteří vyrůstali v rodině se závislou matkou či otcem, se za své rodiče stydí nebo se s tímto rodinným traumatem dosud nevyrovnali a tudíž o něm nechtějí hovořit. Také během rozhovoru nastaly určité situace, kdy dotyčná osoba nechtěla o určitých věcech hovořit nebo dané téma dále rozvádět, neboť tu situaci vnímala jako příliš osobní a nechtěla, aby toto téma bylo součástí výzkumu.

Přesto však bylo získáno dostatečné množství informací, abych mohla vytvořit výzkum zaměřený na vnímání a prožívání rodinné situace z pohledu dítěte a dospívajícího,

jehož výsledky vycházející z výzkumných cílů dále rozebereme.

### **9.1 Vnímání alkoholismu rodičů z pohledu dětí a dospívajících**

Alkoholismus rodičů vnímají jedinci již v brzkém věku. Ke vnímání situace, ve které žijí, je vede několik faktorů. Mezi základní faktory patří neustálé hádky rodičů, jejichž iniciátorem je matka či otec vracející se domů v opilém stavu, a také každodenní pití rodiče či jeho chování, které vybočuje z normálu. Nyní již dospělí jedinci vnímali chování svého opilého rodiče jako silně protichůdné. Jeden den bylo vše v pořádku, druhý zase vše špatně. Dítě nebylo schopno posoudit, jak se má ke svému závislému rodiči chovat, tudíž vztah k němu byl velice rozporuplný a nejistý. V obdobích opilosti byly hádky, urážky a nadávky ze strany opilého otce či opilé matky na denním pořádku. V obdobích střízlivosti se pak snažil závislý rodič chovat jako vzorný otec či matka, slibujíc, že se už alkoholu nedotkne. Tato situace se však opakovala neustále dokola a stavy opilosti se prolínaly se stavy střízlivosti a s navozením falešného stavu, že je v rodině všechno v pořádku. Avšak tato iluze nevydrželo dlouho a návrat do reality byl pro všechny zúčastněné osoby velmi tvrdý.

Narušený vztah však dítě či dospívající měli i ke svému druhému rodiči, tomu, co nepil. Jeho nálady se měnily podle toho, v jakém stavu přišel závislý partner. Snažili se však tyto nálady přehlížet a svému rodiči pomoci. Snad proto, aby mu tak ulehčili nesnadnou životní situaci nebo jen hledali oporu v dospělé osobě. Nastávali také situace, kdy se nepijící matka nebo otec spojili s dítětem dohromady a tvořili tak tým proti závislému jedinci. Navzájem si pomáhali a snažili se s touto nesnadnou rodinnou situací vyrovnat společně. Tyto kladné vzájemné vztahy jim vydrželi až do dospělosti a i když v současné době je vztah respondentů k závislému rodiči nulový, vztah k druhému rodiči je velmi dobrý, můžeme říci že až velmi silný, neboť je spojují společné negativní zážitky, ale i ty dobré, jelikož se na sebe mohli navzájem spolehnout a podpořit se.

Za důležité jsem také považovala uvést důvody a motivace k nadměrnému užívání alkoholu. Lidé jsou rozdílní, též jejich důvody a motivace jsou rozdílné. Podle provedených rozhovorů bylo zjištěno, že hlavním a také v určitých případech jediným indikátorem k užití alkoholu bylo náročné nebo stresující povolání rodiče. Tento jejich prvotní popud k sáhnutí po láhvi sloužil jako výmluva pro stále se opakující stavy opilosti, které nakonec vyústily v závislost. Tato závislost však ze strany dětí či dospívajících byla dlouho neuvědomovaná. Sami dotazovaní respondenti si neuvědomovali, že se jedná o závislost na alkoholu matky či otce, pouze vnímali to, že se v rodině „něco děje“. Něco, co



je vnímáno jako špatné, ale též něco, s čím se nedá nic udělat. V tomto jejich myšlení je také utvrzovalo chování nepijícího rodiče, který nebyl schopen dítěti vysvětlit, co se v rodině děje. Že se zde jedná o závislost a to, co dítě vnímá jako normální, normální není.

Jako silně zarážející může být chápán postoj dítěte či partnera k závislosti na alkoholu partnera druhého. Tento postoj rezignace či smíření se se situací však chápu jako snahu o udržení fungování rodiny. Matka či otec se snažili udržet rodinu po hromadě, aby dítě ve svém útlém věku mělo oba rodiče. Možná si sami neuvědomovali, nebo si nechtěli uvědomit, že lépe by bylo dětem bez přítomnosti závislého rodiče. Přesto však otec či matka v manželství se závislým partnerem setrvali a dítě, či později adolescent bylo nuceno v této rodině dále žít. Osvobozením pro ně bylo dosažení dospělosti a následný odchod od rodiny a postavení se na vlastní nohy. Partner či partnerka závislého jedince pak též od alkoholika odešla, nebo s ním dále setrvala ve společné domácnosti. Nynější dospělí jedinci tuto situaci vnímají jako nepochopitelný fakt, ale také cítí lítost k rodiči, který dále setvává v tíživé životní situaci a není schopen nebo nechce od alkoholika odejít. Proč tomu tak je, to se můžeme jen domnívat. Možná se zde jedná o velmi silnou závislost na partnerovi či žena nebo muž nemá kam jít. Nebo si na tuto situaci tak zvykla, že už jí vůbec nevadí a je v této situaci spokojená.

## **9.2 Prožívání alkoholismu rodiče dítětem a dospívajícím**

Další má výzkumná otázka se týkala toho, jak sledovaní jedinci prožívali alkoholismus rodiče či rodičů. Otázky byly spíše zaměřeny na popsání pocitů, což bylo ze strany respondentů vnímáno jako velice obtížný úkol. S neschopností vyjádřit své pocity se nejvíce potýkala mužská část respondentů, ženské osazenstvo spíše popisovalo základní emoce, jako jsou strach, hněv a nenávisť jehož adresátem byl závislý rodič. Tyto pocity se však postupem času měnily na lhostejnost, neúctu a totální ignoraci. Ve většině případů se vztah k závislému rodiči též úplně vytratil, nynější dospělí respondenti se se svým závislým rodičem nestýkají a nemají informace o tom, co se s ním stalo. Objevilo se jen pár případů, kdy respondenti svého závislého rodiče navštěvovali, ale spíše se tyto návštěvy týkaly druhého rodiče, který se závislým stále ještě žil ve společné domácnosti. Avšak tyto uvedené pocity hněvu a nenávisť byly směřovány také na druhého rodiče, toho, který nepil. Důvod je dle mého názoru jasný, dítě či dospívající vinilo svého rodiče či jím opovrhovalo za to, že jej nutí žít se závislým rodičem. Tento pocit však postupem času slábl a změnil se v lítost či v pochopení situace. Došlo také k tomu, že se děti či dospívající naučili svému rodiči pomáhat, starat se o domácnost či o mladší sourozence a se svým

nepijícím rodičem „táhli za jeden provaz“.

Není také překvapující, že téměř u všech dotazovaných jedinců se objevily projevy ať už psychického nebo fyzického týrání ze strany závislého rodiče. Těmito projevy bylo častováno nejen dítě, ale i partner či partnerka závislého rodiče. Toto týrání trvalo však jen tu dobu, než dítě vyrostlo v dospělého jedince, nebo se naučilo svému rodiči postavit. Fyzické či psychické týrání bylo ukončeno odchodem jedince ze společné domácnosti, nebo odchodem partnera či partnerky spolu s dítětem od závislého jedince.

Zajímavé také bylo nahlédnutí na chování závislého rodiče v obdobích střízlivosti a opilosti a s tím související vztah druhého partnera k této osobě. Navzájem se prolínající období střízlivosti a opilosti vyvolávali v dítěti či dospívajícímu rozporuplné pocity. Nevěděli, jak se mají ke svému rodiči chovat. Pocity lásky či potřeba opory a blízkého kontaktu se měnily s pocity hněvu a strachu stejně tak často, jak se měnily stavy opilosti se stavy střízlivosti. Všichni dotazovaní respondenti se také shodují v tom, že pokud se jednalo o pijícího otce, byly urážky, nadávky a bytí na denním pořádku. Pokud se však jednalo o pijící matku, jednalo se „pouze“ o ponižování dítěte či partnera, citové vydírání a svalování viny na toho druhého.

Vztah druhého rodiče k rodiči závislému můžeme rozdělit na tři varianty. První varianta popisuje situaci, kdy pije jeden rodič a druhý se snaží závislého rodiče přemluvit, aby s pitím přestal. Nastává období proseb, výhrůžek, domlouvání a také slibů ze strany pijícího rodiče, že s pitím přestane. Pokud nic z toho nepomohlo, nastala druhá situace, kdy nepijící rodič rezignoval a nechal závislého rodiče pít dál, snažíc se však udržet dojem normalnosti v rodině a udržet její fungování. Nebo pak nastala třetí varianta, kdy nepijící rodič, vidíc co se v rodině děje, začal pít taky. Dítě pak nemělo oporu ani v jednom rodiči a muselo se naučit spoléhat samo na sebe.

Dotazovaní jedinci taktéž chápali chování závislého rodiče tím způsobem, že je rodič neměl rád, nezáleželo mu na dítěti, dle jeho názoru bylo dítě špatné, nevychované, nic neumělo. Tyto situace se neustále opakovaly tak dlouho, až dítě svému závislému rodiči uvěřilo. Důsledkem toho se u dítěte objevily pocity nízkého sebehodnocení, nedostatek sebedůvěry, děti se přestaly snažit a ve škole měli průměrné výsledky, aspoň tomu tak bylo ve většině případů. V dalších případech se dítě stalo velmi pedantské, perfekcionistické, učilo se na samé jedničky a snažilo se dosáhnout těch největších úspěchů. U dotazovaných jedinců se také objevily psychosomatické problémy, noční pomočování či nedůvěra ve vlastní hodnoty a v cizí lidi.

### 9.3 Využívání obranných mechanismů a strategií zvládnání stresu

Během svého života využívají jedinci několik obranných mechanismů. Ve výzkumu bylo zjištěno, že mezi nejčastější obranné mechanismy patří útky od reality, využívání světa fantazie či popírání dané situace. Všechny tyto obranné mechanismy pomáhaly jedincům překonávat těžké životní situace a zvládat stresové situace. Zabývali se čtením knih, které jim pomáhali útéci z reality a rozvíjet tak svou fantazii, trávili hodně času se zvířaty, kde měli možnost o někoho druhého se starat a zapomenout tak na své problémy.

Hodně jim také pomohla sociální opora. Tato opora se týkala přítomnosti blízkých lidí, jako jsou kamarádi, přátelé či v pozdější době partneři či partnerky. Jen blízkost někoho druhého, možnost někomu se svěřit či nalézt u něho útočiště jim velice pomáhala a měli také možnost odejít z domu a nalézt trochu klidu. Jedinci pocházejí z rodiny, kde se objevila závislost na alkoholu trávili také poměrně hodně času mimo domov, snažili se vracet domů co nejpozději, aby nebyli svědky hádek, či návratu opilého rodiče domů. Během rozhovoru nebyla zjištěna přítomnost v partě či zvýšená závislost na přátelích, což vnímám jako pozitivní faktor.

Není také překvapující, že téměř polovina všech dotazovaných respondentů se se svým traumatem dosud nevyrovnala. V současném životě na sobě pocítují následky, jejichž příčinu můžeme nalézt v rodině postihnuté alkoholismem. S těmito následky se jedinci dosud nevyrovnali, a nejsou ochotni se posunout ve svém životě dál. Neustále je jejich zkušenost z primární rodiny ovlivňuje. A i když jsem narazila na jednoho jednotlivce, který tvrdí, že se se svou situací vyrovnal, napadá mě velmi silná pochybnost, jestli je to pravda. Domnívám se, že se s tímto traumatem nedá vyrovnat, jen ho můžeme přijmout a brát jako svou životní zkušenost. Tak jak to chápou i ostatní respondenti. Berou tuto jejich životní zkušenost jako něco, co je zocelilo a naučilo postavit se na vlastní nohy a nespolehat se na ostatní, což je ten nejlepší způsob, jak tuto svou situaci chápat a brát.

#### 9.4 Následky způsobené alkoholismem rodiče či rodičů

Následky způsobené alkoholismem rodiče či rodičů můžeme nalézt jak v osobním životě, tak v životě profesním. Otázky dané respondentům byly zaměřeny na jejich současný život, týkaly se také toho, zda daný respondent má v současné době partnera, založil vlastní rodinu apod. Na základě těchto otázek bylo zjištěno, že daný jedinec vyrůstající v rodině se závislým rodičem či rodiči má v dospělosti řadu problémů, zejména v oblasti nalézání vhodného partnera či pociťuje neopodstatněný strach žít s partnerem či partnerkou. Dotazovaní respondenti též pociťují zvýšenou citovou či psychickou závislost na partnerovi. Toto může být způsobeno absencí stálé opory v životě respondentů, tudíž se maximálně spoléhají na toho, který je jim nejbližší. Jsou na svém partnerovi závislí, také pociťují neustálé strach z opuštění, ze samoty, proto také v mnoha případech setrvávají ve vztazích, který je pro ně destruktivní. Mají také problémy v soužití s jedincem, dokáží svému partnerovi či partnerce věřit, ale nedokáží s ním žít, i když k němu cítí velmi silné emoce. S tím souvisí také jejich tendence neustále „testovat“ partnera, hádají se s ním kvůli maličkostem, dávají podněty k hádkám či bez nějakého pádného důvodu se s partnerem pohádají. Tento fakt můžeme vysvětlit tím, že těmito různými zkouškami testují věrnost partnera, jeho stálost, zkoušejí zda s ním vydrží, i když ve vztahu budou určité problémy.

Též byl zjištěn negativní postoj respondentů, který se týká založení rodiny. Ve výsledku bylo zjištěno, že většina respondentů nepociťují touhu či nechtějí založit vlastní rodinu, neboť mají strach z toho, že se jejich partner či partnerka stanou kopii jejich rodičů. Také mají obavy z rodičovství, což můžeme brát jako normální strach, který pociťuje každý. Také bylo zjištěno, že většina respondentů jsou stále bez manželského svazku, i když stálého partnera mají. Nepociťují touhu vstoupit do manželství, stačí jim současná situace, taková jaká je.

Byl také zkoumán vztah respondentů k alkoholu a jiným návykovým látkám. Jak se dalo předpokládat, většina nyní dospělých respondentů jsou naprostí abstinenti, kteří nepociťují touhu pít alkohol či jej vůbec jednou ochutnat. Neobjevila se u nich žádná závislost, ať už na alkoholu nebo na jiných návykových látkách. Sice u jednoho z respondentů se vyskytuje užívání lehkých drog, avšak je to vnímáno jako útek od reality. Jedná se jen o krátkodobou záležitost, která by měla údajně skončit s odchodem od rodičů.

Co se týče profesního zaměření, většina dotazovaných osob jsou v současné době zaměstnaní, bez motivace k dalšímu studiu, všichni dokončili pouze střední školu, i když jejich výsledky ve škole byly více než dobré. Avšak o následném studiu na vysoké škole neuvažovali, neboť prioritou pro ně bylo to, co nejdříve si najít zaměstnání a odejít od

rodiny. I tento fakt můžeme popsat jako následek způsobený užíváním alkoholu u rodičů.

Nejzajímavější pro mě byla odpověď na otázku týkající se toho, zda by bylo v životě respondentů něco jiného, pokud by rodič nepil. Ve všech případech zazněla pozitivní odpověď. V jejich životní situaci by se změnilo úplně všechno. Měli by rodiče, otce či matku, měli by lepší dětství a nepocítovali by během svého života neustálý strach, hněv či nenávisť na adresu svého rodiče. Jejich život by byl úplně jiný.

## 10. ZÁVĚR

Cílem této práce bylo popsat vnímání, prožívání alkoholismu rodiče z pohledu jeho dítěte a dospívajícího. Jedná se o nelehkou situaci, se kterou se vypořádává nejen dítě či dospívající, ale také druhý rodič, ten, který není na alkoholu závislý. Cílem také bylo přiblížit, jak to v rodině postihnuté alkoholismem probíhá, k čemu v této rodině dochází a jaké role matka, otec a dítě v této rodině hrají. Zajímali jsme se také o to, zda jedinci pociťují na sobě určité následky, které pocházejí z toho, v jaké rodině žili či žijí. Tyto následky můžeme nalézt jak v osobním životě, to znamená v oblasti osobnostních charakteristik, v oblasti hledání partnera, zakládání vlastní rodiny či v mezilidských vztazích, ale nejvíce následků můžeme nalézt v partnerském soužití. Mnoho jedinců má problém s udržení partnera, v tom důvěřovat partnerovi, či vyjádřit své základní pocity, mnoho z nich má také psychosomatické problémy.

Smysl této práce tkví v tom, že když více nahlédneme na „věci pod pokličkou“, které se v rodině dějí, na věci, o kterých ani netušíme, že tam mohou být, můžeme tak lépe pomoci dětem, které v této rodině vyrůstají a také dospělým jedincům, kteří se v dospělosti potýkají s následky, jejichž původ nalezneme v primární rodině. Pokud se budeme více zabývat minulostí jedince a budeme vědět, co se v rodině se závislým jedincem, můžeme pomoci nejen rodině jako takové, ale zlepšit bytí a existenci jednotlivců, aby se se svými následky vyrovnali a naučili se žít plnohodnotný život a mít lepší rodinu, než do jaké se narodili.

Praktické využití výsledků této práce může posloužit v rodinné terapii, rodinné diagnostice a umožnění náhledu na problematiku alkoholismu v rodině z úhlu pohledu dítěte či dospívajícího.

## 11. SOUHRN

Předkládaná diplomová práce mapuje problematiku alkoholismu rodičů a jeho negativních aspektů na dětství a dospívání členů rodiny. Alkoholismus rodičů je v současné době fenoménem, o kterém se téměř vůbec nehovoří. K tomuto faktu také přispívá to, že jednotlivé osoby, které měly s alkoholismem v rodině osobní zkušenost, nejsou ochotni o této problematice hovořit. Důvodem je neopodstatněný stud, který cítí za své rodiče a také to, že neví, o čem by měli hovořit. Vše, co se v jejich rodině odehrálo, považují za „normální“. Cílem této práce je nejen umožnit náhled na to, jak to v rodině postihnuté alkoholismem matky či otce probíhá, ale také nahlédnutí na to, jak dítě, vyrůstající v rodině s osobou závislou na alkoholu tuto situaci vnímá, a jak ji prožívá a také jak se snaží se vzniklou situací vyrovnat. Zajímavé také je zachycení následků, které na sobě jedinci pociťují, a které můžeme označit jako následky vzniklé na základě negativní zkušenosti s alkoholismem rodiče.

Teoretická část této diplomové práce je rozdělena na několik kapitol. První z nich popisují účinky alkoholu na člověka, faktory vedoucí ke vzniku závislosti a projevy alkoholismu u žen a u mužů. Další části pak vytváří představu toho, jaké je dětství a dospívání v rodině, kde došlo ke vzniku závislosti. Tato podkapitola popisuje dětství v rodině alkoholika, chování dítěte v rodině a také to, jaké postavení v rodině zaujímá. Jsou zde také popsány výzkumy, které byly provedeny u nás a v zahraničí a jaké jsou výsledky tohoto výzkumu. Poslední část se věnuje dospívání, jaké je dospívání v rodině alkoholika a převážně se pak věnuje popsání obranných mechanismů a strategií zvládnutí, které si dítě a postupně dospívající vytváří, a které během svého vývoje využívá.

Výzkumná část pak vychází z kvalitativního výzkumu, jehož účastníky byli nyní dospělí respondenti v období mladé dospělosti, kteří měli vlastní zkušenost s alkoholismem matky či otce v období jejich dětství a dospívání. Cílem tohoto výzkumu bylo zachytit, jak sledovaní jedinci během svého dětství vnímali, a jak také prožívali alkoholismus svých rodičů či rodiče a také zjistit, zda na sobě pociťují nějaké následky, jejichž původ můžeme nalézt v primární rodině. Samotný výzkumný soubor se skládal z osmi respondentů, z nichž čtyři byli muži a čtyři ženy. Následně po jejich informativním souhlasu s účastí na výzkumu byl proveden samotný rozhovor. Na základě polostrukturovaného interview a pozdější doslovné transkripce, kódování a vytvoření příslušných kategorií a subkategorií byly jejich rozhovory vyhodnoceny a v následné diskuzi pak dále rozebrány v návaznosti na předem stanovené výzkumné otázky a cíle výzkumu. V diskuzi byly také popsány

odpovědi na výzkumné otázky a různé domněnky vysvětlující to, proč tomu tak je.

Tento provedený výzkum by mohl sloužit nejen jedincům pocházejícím z rodiny se závislým rodičem, ale také by mohl být využit v rodinné terapii, či rodinné diagnostice a též pomoci porozumět tomu, jaký jedinec je tím, že zjistíme, jak danou životní situaci vnímal a jak ji prožíval.



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Baštecká, B, Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha, Portál.
- Bouček, J. a kol. (2006). *Speciální psychiatrie*. Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci.
- Csémy, L., Nešpor, K., Sovinová, H. (2001). *Problémy s alkoholem v rodině: zpráva pro Evropskou unii*. Praha, Státní zdravotní ústav.
- Cohen, R. (2002). *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha, Portál.
- Dunovský, J. (1999). *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. Praha, Grada.
- Dunovský, J. (1986). *Rodina a její poruchy ve vztahu k dítěti*. Praha, Ministerstvo práce a sociálních věcí.
- Dunovský, J. (1986). *Dítě a poruchy rodiny*. Praha, Avicenum.
- Dušek, K., Večeřová-Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha, Grada.
- Ehrmann, J. a kol. (2006). *Alkohol a játra*. Praha, Grada.
- Forward, S., Buck, C. (2008). *Když nám rodiče ničí život*. Praha, Motto.
- Hadfield, J. (1965). *Childhood and Adolescence*. New York, Harmondsworth.
- Hartl, P., Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha, Portál.
- Heller, J., Pecinová O., a kol. (1996). *Závislost známá neznámá*. Praha, Grada.
- Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha, Portál.
- Janík, A., Dušek, K. (1990). *Drogy a společnost*. Praha, Avicenum.
- Křivohlavý, J. (2003). *Psychologie zdraví*. Praha, Portál.
- Kvapilík, J., Svobodová, A. a kol. (1985). *Člověk a alkohol*. Praha, Avicenum.
- Langmeier, J., Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha, Grada.
- Langmeier, J., Matějček, Z. (1974). *Psychická deprivace v dětství*. Praha, Avicenum.
- Macek, P. (2001). *Adolescence*. Praha, Portál.
- Marhounová, J, Nešpor, K. (1995). *Alkoholici, fenci a gambleři*. Praha, Empatie.
- Matějček, Z., a kol. (1997). *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. Praha, Psychiatrické centrum.
- Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize. (2006). *Duševní poruchy a poruchy chování, popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Praha, Psychiatrické centrum.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha, Grada.

- Miššík, T. (1986). *Alkoholik v rodině*. Bratislava, Ústav zdravotní výchovy.
- Mufson, S., Kranz, R. (1996). *O týrání a zneužívání*. Praha, Lidové noviny.
- Nešpor, K. (1999). *Jak překonat problémy s alkoholem*. Praha, Sportpropag.
- Nešpor, K. (2003). *Návykové chování a závislost*. Praha, Portál.
- Nešpor, K., Csémy, L. (1995). *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha, Sportpropag.
- Papalia, D., Olds, S. (1990). *A Child's world: infancy through adolescence*. New York, McGraw – Hill.
- Plaňava, I. (2000). *Manželství a rodiny: struktura, dynamika, komunikace*. Brno, Doplněk.
- Plháková, A. (2003). *Obecná psychologie*. Praha, Academia.
- Řehan, V. (2007). *Adiktologie I*. Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci.
- Skála, J. (1986). *Alkohol a jiné (psychotropní) drogy: abusus a závislost*. Praha, Avicenum.
- Skála, J. (1988). *Až na dno?! Fakta o alkoholu a jiných návykových látkách (zneužívání a závislost)*. Praha, Avicenum.
- Slaný, J. (2008). *Syndrom CAN (syndrom týraného dítěte)*. Ostrava, Zdravotně sociální fakulta.
- Sovinová, H. a kol. (2002). *Alkohol a úrazy*. Praha, Státní zdravotní ústav.
- Steinglass P a kol. (1987). *The Alcoholic family*. New York, Basic Books.
- Svoboda a kol. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha, Portál.
- Train, A. (2001). *Nejčastější poruchy chování u dětí*. Praha, Portál.
- Trávníčková I. (2001). *Specifické aspekty zneužívání drog u žen*. Praha, Institut pro kriminologii a sociální prevenci.
- Ühlinger, C., Tschui M. (2009). *Když někdo blízký pije: rady pro rodiny osob závislých na alkoholu*. Praha, Portál.
- Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál.
- Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha, Portál.
- Vymětal, J. (2004). *Úzkost a strach u dětí*. Praha, Portál.
- Woititz, J. (1998). *Dospělé děti alkoholiků*. Praha, Columbus.
- Zášková, H. (1998). *Sociální deviace dětí a mládeže*. Ostrava, Ostravská univerzita v Ostravě.
- Zášková, H. (1998). *Psychosociální problémy adolescentů*. České Budějovice, Jihočeská univerzita.

### *Časopisy:*

Nociar, A., Jančovičová H. (1993). *Odlišnosti v alkoholismu mužů a žen: rozdíly ve stylu pití* Protialkoholický obzor. 28, 1, str. 27.

Maxianová, D. (1999). *Psychologické aspekty alkoholové závislosti u žen*. Alkoholismus a drogové závislosti. 34, 3, str. 180-187.

Sheinberg, M., True, F. (2008). *Treating Family Relational Trauma: A Recursive Process Using a Decision Dialogue*. Family Process, 47, 4, str. 156.

### *Internetové zdroje:*

[http://www.alkoholik.cz/zavislost/muzi\\_a\\_alkohol/muz\\_a\\_alkohol\\_alkoholismus\\_aspekty.html](http://www.alkoholik.cz/zavislost/muzi_a_alkohol/muz_a_alkohol_alkoholismus_aspekty.html). Staženo 25.11.2010.

[http://www.zkola.cz/zkedu/rodiceaverejnost/socialnepatologickejevvyajejichprevence/tyrani\\_zneuzivaniazanedbavanidetiidospelych/syndromcan](http://www.zkola.cz/zkedu/rodiceaverejnost/socialnepatologickejevvyajejichprevence/tyrani_zneuzivaniazanedbavanidetiidospelych/syndromcan). Staženo 14.12.2010.

<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/kriminalistika/2006/03/ptacek.pdf>. Staženo 14.12.2010.

<http://cs.wikipedia.org/wiki/D%C4%9Bstv%C3%AD>. Staženo 26.12.2010.

<http://cs.wikipedia.org/wiki/Adolescence>. Staženo 2.1.2011.

[http://cs.wikipedia.org/wiki/Kvalitativn%C3%AD\\_v%C3%BDzkum](http://cs.wikipedia.org/wiki/Kvalitativn%C3%AD_v%C3%BDzkum). Staženo 20.1.2011.