

**Západočeská univerzita v Plzni**

**Fakulta filozofická**

**Bakalářská práce**

**Vliv vyrůstání v rodině s rodičem se  
závislostí na život člověka**

Vypracovala: Leona Bártová

Vedoucí práce: Mgr. Karel Řezáč, Ph.D.

Katedra sociologie a sociální práce

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

**Plzeň 2023**

**Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a  
použila jen uvedené zdroje literatury.**

**Plzeň, leden 2023.....**

## **Poděkování**

V první řadě bych chtěla poděkovat vedoucímu mé bakalářské práce, kým je Mgr. Karel Řezáč, Ph.D. Děkuji, za věcné komentáře a cenné rady, moc si jich vážím. Dále děkuji všem svým respondentům, kteří byli ochotni se mnou udělat rozhovory na tak citlivé téma.

## Obsah

<b>ÚVOD .....</b>	<b>1</b>
<b>1 RODINA.....</b>	<b>3</b>
1.1 Funkce rodiny .....	3
1.2 Typy rodin z hlediska jejich funkčnosti .....	5
1.3 Rizikové faktory v rodině .....	6
<b>2 ZÁVISLOSTI.....</b>	<b>8</b>
2.1 Definice závislosti.....	8
2.2 Znaky závislosti .....	9
2.3 Vznik a rozvoj závislosti.....	11
<b>3 VYRŮSTÁNÍ V RODINĚ S RODIČEM SE ZÁVISLOSTÍ .....</b>	<b>14</b>
<b>4 ŽIVOT ČLOVĚKA.....</b>	<b>17</b>
4.1 Kvalita života .....	17
4.2 Rodina jako vliv na kvalitu života.....	18
<b>5 METODOLOGIE VÝZKUMU .....</b>	<b>19</b>
5.1 Cíl výzkumu .....	19
5.2 Metody sběru dat .....	19
5.3 Analýza a kódování.....	20
5.4 Etické otázky .....	21

5.5 Respondenti .....	21
<b>6 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....</b>	<b>22</b>
6.1 Zdraví .....	22
6.2 Vzdělávání a profese .....	23
6.3 Vztah k návykovým látkám .....	25
6.4 Mezilidské vztahy.....	26
6.5 Zkušenosti respondentů se sociálními službami .....	29
6.6 Copingové strategie respondentů.....	31
6.7 Doplnkové komentáře od respondentů .....	32
6.8 Shrnutí analytické části.....	33
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>35</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ .....</b>	<b>36</b>
<b>RESUMÉ .....</b>	<b>40</b>
<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>41</b>
<b>Tabulka 1: Souhrn oblastí s potenciálním dopadem na děti napříč jejich vývojovými stádii, u nichž bylo zjištěno, že souvisejí s užíváním návykových látek rodiči .....</b>	<b>41</b>
<b>Tabulka 2: WHOQOL - domény a aspekty pilotního hodnocení..</b>	<b>43</b>
<b>Struktura rozhovoru.....</b>	<b>45</b>

## ÚVOD

„Závislost“ je pojem, se kterým se v současné době setkáváme čím dál častěji. Všude kolem nás jsou návykové látky, činnosti a věci, na kterých snadno vzniká závislost. Závislost může bezesporu negativně ovlivnit člověka, který tuto závislost má. Věřím ale, že taková závislost dokáže negativně ovlivnit i lidi kolem něj. Člověk, který je na něčem závislý totiž často koná tak, jak by lidé, kteří závislost nemají, nejednali. Jeho droga je pro něj prioritou a často mu ani nedochází, že svým jednáním může ubližovat lidem, kterým na něm záleží. Dětství a dospívání jsou velmi důležité části našich životů, ve kterých se často mohou odehrát události, které si s sebou ponese až do smrti a které významně ovlivní naše chování a jednání. Konkrétně se tato bakalářská práce věnuje tomu, jak závislost může ovlivnit život dětí závislého člověka.

Téma této bakalářské práce jsem si vybrala, jelikož jsem přesvědčená, že naše dětství, prostředí a rodina, ve které vyrůstáme, nás ovlivní až po zbytek našich životů. Hlavním cílem mé práce je tedy zkoumat, jakým způsobem byly ovlivněny životy lidí, kteří měli jednoho, nebo oba rodiče závislé na alkoholu, nebo drogách.

Práce je rozdělena do dvou částí – teoretická a praktická část. Teoretická část obsahuje několik kapitol. Pokouším se v nich vymezit stěžejní pojmy této bakalářské práce, jako jsou rodina, závislost, rodič se závislostí a kvalita života. V druhé části této práce, v části praktické, popisuji, jak probíhal výzkum, kterým jsem se snažila zjistit, jaký vliv závislosti rodičů na jejich život vnímají lidé, kteří jsou potomky lidí se závislostí.

Hlavní výzkumnou otázkou této práce je tedy „Jak vyrůstání v rodině s rodičem se závislostí ovlivnilo život člověka?“

Toto téma je pro mě osobní záležitostí, jelikož mám sama vlastní zkušenost s přítomností osoby se závislostí v průběhu mého dospívání a života. Jsem si vědoma toho, že tato skutečnost představuje určité riziko projekce subjektivních postojů do obsahu práce a výsledků výzkumu, zároveň však přináší také možnost hlubšího porozumění problematice. V průběhu realizace této práce a s ní souvisejícího výzkumu jsem se proto snažila reflektovat vliv mých zkušeností prostřednictvím vedoucího práce a vlastní sebereflexe. Mým záměrem je

prostřednictvím této práce poukázat na to, jak moc rodiče mohou ovlivnit životy svých dětí a přispět k rozšíření povědomí o problematice závislostí v rodinách.

# 1 RODINA

V této kapitole se věnuji rodině, jejím funkcím, formám a možným poruchám. Rodina je prvním a velmi důležitým společenstvem, se kterým se člověk ve svém životě setkává. Má tedy bez pochyby velký vliv na jeho vývoj a jeho následující vztahy a chování. I pro dospělého člověka je rodina velmi důležitá, protože mít děti a stálého partnera jsou přední hodnoty lidského života (Matoušek, 1997:9).

m V současné době jsou rodiny nejčastěji tzv. nukleární – rodina se skládá z rodičů a dětí, kteří sdílejí intimní soužití a je to rodina dvougenerační, protože je v ní zastoupení generace rodičů a generace dětí (Helus, 2007:137).

Rodina je základní jednotkou společnosti. I přesto, že tomu tak je od nepaměti, interpretace slova „rodina“ se neustále mění. Někteří lidé za rodinu považují skupinu lidí, kteří se o sebe vzájemně starají a mají se rádi. Jiní rodinu definují jako *„dva a více lidí, kteří jsou propojeni narozením, manželstvím, nebo adoptací a sdílí jednu domácnost“* (Kukhianidze, 2013:72). Já osobně bych rodinu definovala jako instituci, která je složená z rodičů a dětí - bez ohledu na manželství, nemanželství, pohlaví, pokrevní, či nepokrevní spojení (např. adoptované děti, homosexuální páry, apod.). Ačkoliv rodina pro každého znamená něco jiného, jistě se shodneme, že rodina hraje jednu z nejdůležitějších rolí v životě každého jedince a to, co se naučíme v rodině, si s sebou neseme po celý život. Jednotná definice rodiny ale neexistuje, protože se od sebe všechny definice trochu liší a protože se rodina s časem a společností proměňuje a vyvíjí.

## 1.1 Funkce rodiny

Většina autorů se ale shodne na základních funkcích, které rodina má. Ideální rodina by měla plnit všechny funkce, ale ne vždy tomu tak je. Při narušení nějaké funkce může docházet k narušování rodinného fungování. K těm nejčastěji uváděným funkcím rodiny patří tyto: (1) **Funkce biologicko-reprodukční** – tato funkce je důležitá jak pro jedince, tak pro celou společnost. Aby společnost mohla dále růst a fungovat, potřebuje, aby se rodili děti. Pro jedince je tato funkce klíčová k uspokojování biologických a sexuálních potřeb, ale také k uspokojování potřeby pokračování rodu. (2) **Funkce sociálně-**



**ekonomická** – i tato funkce je důležitá pro společnost i jedince. Rodina totiž v ekonomickém systému společnosti funguje jako významný spotřebitel a zároveň se členové rodiny podílí na výrobní a nevýrobní sféře společnosti tím, že vykonávají povolání. V rodině se poté využívají materiální a finanční prostředky a přerozdělují se. (3) **Funkce ochranná** (zaopatřovací, pečovatelská) – tato funkce spočívá v zabezpečování základních biologických, hygienických a zdravotních potřeb všem členům rodiny, zejména dětem. (4) **Socializačně-výchovná funkce** – připravuje děti a mladistvé na život ve všech směrech (ekonomický, sociální, kulturní, mravní, estetický, zdravotní). (5) **Funkce relaxační, zábavná** – týká se všech členů rodiny, jde například o společné trávení volného času. Tato funkce je také velmi důležitá pro vývoj a budoucí život dětí. (6) **Funkce emocionální** – rodina by měla vytvářet bezpečné zázemí, pocit lásky, jistoty, důvěry, prostor pro společné rituály, zázemí, které žádná jiná instituce vytvořit nedokáže a proto je tato funkce naprosto jedinečná (Kraus, 2014:133-137).

Několik studií v průběhu let ukázalo, že rodinné funkce mají významný vliv na deprese, sebevražedné sklony, a podobně. Čím lépe rodina plní své funkce, tím méně psychologických a behaviorálních problémů se objevuje v životě jedince (Cui, Li, 2023:2). Dunovský (1986:13) uvádí poruchy jednotlivých rodinných funkcí, které mohou být příčinou poruch rodin. Porucha funkce biologicko reprodukční nastává tehdy, když se v rodině děti nerodí, nebo se rodí s postižením. Dunovský jako poruchu této funkce také zmiňuje nezodpovědné rození dětí do velmi nepříznivých životních situací, nebo do rodin, kde rodiče kvůli svému zdravotnímu stavu nejsou schopni plně zastávat jejich roli. Funkce sociálně – ekonomická je narušená, pokud rodiče nejsou schopni ekonomicky zajistit potřeby rodiny. Tato situace může nastat zejména v rodinách, kde je větší počet dětí, ale menší příjem, kde rodiče nepracují, nebo kde se vyskytuje nějaký patologický jev, například závislost. Tato funkce se ale netýká pouze materiální stránky, ale také sociálních, psychologických, právnických a dalších aspektů, které jsou velmi úzce spojeny s emocionální funkcí, proto pokud je narušena tato funkce, je narušena i funkce emocionální. Dunovský uvádí, že jakákoliv porucha emocionální funkce zasahuje do všech sfér životů členů rodiny, protože je velmi významná. Poruchy této funkce jsou zdrojem většiny rodinných poruch. Tato funkce může být porušena řadou faktorů, například rozchodem rodičů,

nedostatečným zájmem rodičů, týráním, apod. Ze všech funkcí Dunovský (1986:13-22) považuje funkci socializačně výchovnou jako tu nejdůležitější ke vztahu k dítěti. Poruchy této funkce rozdělil do kategorií, kde rozlišuje, zda se rodiče o dítě starat nemohou, nedovedou, nebo nechtějí.

## 1.2 Typy rodin z hlediska jejich funkčnosti

Některé rodiny uvedené funkce plní, některé méně a některé vůbec. Helus (2007:152) definuje pět kategorií rodin, dle jejich funkčnosti. Nejlepší variantou jsou rodiny stabilizovaně funkční, které svým dětem zajišťují kvalitní socializační podmínky a plní své funkce.

Dalším typem jsou funkční rodiny s přechodnými, více či méně vážnými problémy. Helus (2007) uvádí, že těchto rodin je nejspíše většina a jedná se o rodiny, které mají občas nějaké problémy, ale dokážou je vždy vyřešit a mnohdy se díky těmto problémům mohou pozitivně rozvíjet. Jedná se o problémy, které nejsou traumatizující, ale jsou to okolnosti, které přináší život. Příkladem mohou být dočasné konflikty mezi členy rodiny, finanční nouze, potíže s dítětem při jeho dospívání, apod. Členové rodiny si uvědomují ohrožení některých rodinných funkcí, ale jedná s úsilím dát věci do pořádku, protože rodina je pro její členy velmi důležitá. Dále existují tzv. rodiny problémové, kde už se nejedná pouze o krátkodobé problémy, ale už je narušeno plnění funkcí rodiny. I přesto, že se tyto rodiny snaží najít řešení, často jim na to nestačí síly a pomoc je účinná pouze dočasně. U těchto rodin je častý rozpad rodiny. Pokud jsou některé z funkcí rodiny vážně a dlouhodobě narušeny, hovoříme o rodinách dysfunkčních. Tyto rodiny potřebují profesionální pomoc od vnějších institucí, ne vždy je tato pomoc ale účinná. Děti v těchto rodinách jsou ohroženy. Může se jednat například o závislosti v rodině, nevyhovující bydlení a velká finanční tíseň, apod. Situace v těchto rodinách mohou zanechat trauma a dlouhodobé následky.

Posledním typem, který Helus uvádí, jsou rodiny afunkční. Matějček (1992; in Helus, 2007:152) vysvětluje rodinu afunkční jako rodinu, která neplní svůj účel a dítě vyloženě ohrožuje. Může se jednat o různé patologické jevy, jako je nezájem o dítě, nenávistný postoj k dítěti, týráním, zanedbávání. V těchto případech je nutné hledat řešení mimo rodinu a situace může skončit rozhodnutím soudu zbavit rodiče rodičovských práv.

Aby rodina mohla být funkční a mohla naplňovat zmíněné funkce, je zapotřebí, aby disponovala určitými kompetencemi. Základními kompetencemi jsou zajištění určité úrovně příjmů, bydlení, udržování domácnosti ve stavu, který odpovídá potřebám členů rodiny. Dále jsou nutné kompetence jako schopnost sladování fungování v rodině, schopnost konstruktivně řešit konflikty a schopnost kooperace v kontaktech se širší rodinou a okolím. Rodiče by měli mít kompetence v podobě přijímání dětí, vnímání a naplňování jejich potřeb, určování pravidel chování v domácnosti (Matoušek, 2013:302).

### 1.3 Rizikové faktory v rodině

Fungování rodiny a plnění rodinných funkcí ovlivňuje řada faktorů. V rodinách se můžeme setkat s faktory rizikovými, nebo naopak protektivními (Matoušek a Pazlarová in: Matoušek, 2013:302). **Rizikové faktory** jsou ty, které ohrožují zdravé fungování rodiny, případně i jednotlivé členy rodiny. Patří mezi ně například nevěra, konflikty, závislosti, autismus v rodině, apod. **Protektivní faktory** jsou faktory, které napomáhají rodinám zvládat problémy, příkladem protektivních faktorů mohou být: sociální inteligence člena rodiny, materiální zdroje rodiny, sociální okolí, sociální služby. Pokud rizikové faktory převládají a nejsou dostatečně vyvažovány protektivními faktory, rodina je ohrožená a hrozí jí rozpad.

Psycholožka Kopasová (2007) specifikovala sedm nejčastějších problémů, které se objevují v současné rodině: (a) **Traumatizující prostředí** – toto prostředí je charakteristické hrubostí, nadávkami či až násilím a týráním dítěte; (b) **Neúplná rodina** – zde se jedná o rozpadlé rodiny, ale i skrytě neúplné rodiny, kdy je sice rodič fyzicky přítomný, ale neposkytuje plnohodnotný pocit své přítomnosti, nebo kdy je rodič pryč z domova kvůli práci; (c) **Časová tíseň** – rodiče kvůli narůstajícímu stresu a povinnostem v práci nemají dostatek času na to, aby se plně věnovali dětem, kteří tak trpí nenaplněnou potřebou kontaktu s rodiči; (d) **Nedostatek rozmanité činnosti** - děti pro správný vývoj svých osobností potřebují širokou škálu aktivit, věnovat se nejen škole, ale i sportu, kultuře, zábavě, apod. V některých rodinách jsou tyto aktivity omezené a dítěti je zabráněno se plně vyvinout v některé z oblastí; (e) **Nevhodné vzory** – vzorů pro dítě může být několik – v televizi, na internetu. Nejhoršími nevhodnými vzory ale

mohou být ty reálné – rodiče, nebo třeba starší sourozenci. Nejčastěji se jedná o hrubost, nadávky, alkoholismus, projevy neúcty, apod.; (f) **Nedostatek kultivace citů, představ a fantazie** – v současné době rodiny často rozebírají ekonomické záležitosti a věnují se tomuto tématu více než jiným. Děti ale potřebují rozvíjet i svou fantazii. Hovoření stále o tom samém tématu může vést dítě k určité životní nerovnováze; (g) **Nedostatek systému a spravedlnosti** – děti často vyrůstají bez denního režimu, pravidelnosti, jakéhosi systému. Jenže právě systém, pocit jistoty a bezpečí je to, co pomáhá utvářet vlastnosti jak dítěte, tak i jeho budoucího životního stylu.

Sobotková (2001:153) uvádí, že „*rodičovství je nesmírně závažný, citlivý, variabilní a složitý jev*“. Je to vztah, který je velmi hluboký a trvá většinou po celý život. Když se člověk stane rodičem, získává mnoho povinností, které musí vůči dítěti dodržovat. V České republice rodičovská práva a povinnosti zahrnuje tzv. rodičovská odpovědnost, která náleží stejnou měrou oběma rodičům a má jí každý rodič, pokud jí nebyl zbaven. Mezi tyto práva a povinnosti patří např. zajištění vzdělání dítěte, určení místa bydliště, péče o dítě, péče o jeho zdraví, tělesný, citový a mravní vývoj dítěte, apod. (MSČR, 2020). Možný (2006:150) tvrdí, že přechod do rodičovství je ten nejvýznamnější přechod v lidském koloběhu života. Člověk má najednou v rukou nejen svůj život, ale také život svých dětí.

## 2 ZÁVISLOSTI

V této kapitole se věnuji pojmu závislost, její definici, formám a vzniku. Závislost je vážný patologický jev, který je ve společnosti velmi rozšířen. Jedná se o nemoc a dle mého názoru se jedná o jev, který je důsledkem snahy naplnění něčeho, co nám v životě schází.

### 2.1 Definice závislosti

Stejně jako rodina, i závislost má mnoho definicí. Světová zdravotnická organizace (World health organization, zkráceně WHO), je organizace, která se celosvětově snaží dávat všem lidem na všech místech země stejné příležitosti pro zdravý život (WHO, 2022). Tato organizace již několik let vydává tzv. Mezinárodní klasifikaci nemocí, která mimo jiné definuje různé nemoci. Dle nejnovější verze MKN definice syndromu závislosti zní: *„Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí.“* (MKN, 2022). Hartl (2004:303) popisuje závislost jako *„Neschopnost obejít se bez něčeho nebo někoho; nejčastěji stav chronické nebo periodické otravy opakovaným použitím přirozené nebo syntetické drogy, která poškozuje postiženého i společnost.“* Jako poslední zde uvedu definici od psychologa a psychoterapeuta Hajného (2001:14): *„Drogová závislost je onemocnění. Je charakteristické naléhavou touhou po účincích drogy, kterou nemocný užívá i přes to, že si tím způsobuje řadu nepříjemných problémů.“*

Závislost je tedy touha. Je to stav, při kterém jedinec upřednostňuje drogu, nebo jiný předmět závislosti, před jeho blízkými, oblíbenými činnostmi, nebo koníčky a to i za cenu toho, že užití má škodlivé následky a špatný vliv na naše jednání a chování. Diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, kdy jedinec během jednoho roku prožil tři nebo více z následujících jevů:

(a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku; (b) potíže v sebeovládání při užívání látky; (c) tělesný odvykací stav; (d) průkaz tolerance k účinku látky (vyžadování vyšších dávek látky); (e) postupné zanedbávání jiných potěšení a zájmů; (f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků (Nešpor, 2011:10).

Také je důležité zmínit, že závislost může být na jednu konkrétní látku (např. tabák, nebo heroin), třídu látek (např. opioidy), nebo na širší řadu různých látek (Nešpor, 2011:10). Již jsme si uvedli definici závislosti dle WHO, kterou najdeme v MKN. V této klasifikaci najdeme závislosti v kapitole F – poruchy duševní a poruchy chování. MKN za látky, které způsobují závislost, označuje tzv. psychoaktivní látky. MKN rozděluje jednotlivé poruchy duševní a poruchy chování dle psychoaktivních látek, kterými jsou způsobeny. Konkrétně jsou rozděleny na poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu; opioidů; kanabinoidů; sedativ nebo hypnotik; kokainu; jiných stimulací včetně kofeinu; halucinogenů; tabáku; prchavých rozpouštědel; více drog a jiných psychoaktivních látek (MKN, 2022).

Určitě je potřeba zmínit, že závislost nemusí být pouze na látkách. Mezi známé nelátkové závislosti patří třeba patologické hráčství, závislost na sexu, na jídle, na mobilních telefonech, nebo v současné době například častá závislost na internetu (Zou a kol., 2017:26-36). Tato práce se ale zaměřuje na závislosti na psychoaktivních látkách, proto se zde nelátkovým závislostem podrobněji nevěnuji.

## 2.2 Znaky závislosti

Jak již bylo zmíněno, závislost může být diagnostikována, pokud jedinec v období jednoho roku prožil tři nebo více z výše uvedených znaků závislosti. Nešpor (2011:16) popisuje, že tyto znaky nejsou ale u všech látek rovnocenné – například u alkoholu tolerance nestoupá, ale klesá. V této podkapitole se podíváme na jednotlivé znaky trochu podrobněji.

Prvním znakem závislosti je tzv. **craving**, nebo také bažení. Jedná se o stav, kdy člověk pociťuje opravdu silnou touhu po droze, nebo pocit puzení užívat látku. Kalina (2008:34) uvádí, že craving je často považován za klíčový

bod, kdy se užívání drogy mění v závislost. Říká, že na craving lze nahlížet třemi různými způsoby: craving, jako touha po odměňujících účincích drogy; craving jako touha uniknout nepříjemným psychickým stavům; craving jako stav s dominujícím obsesivním charakterem s pravděpodobnou dysbalancí serotoninergního systému. Karel Nešpor (2011:15) uvádí i konkrétní příklady z praxe, kde lidé s vlastní zkušeností popisují jednotlivé znaky závislosti. Jeden muž například popisuje bažení takto: „*Touha po droze byla častá a silná, byl jsem schopný udělat cokoli.*“

Dalším znakem závislosti je **zhoršené sebeovládání** - „*Kontrolu jsem nad sebou neměl vůbec žádnou, co se týká braní, to jsem si dával dávky, že jsem padal do bezvědomí. Vůbec jsem neměl kontrolu nad tím, co dělám, prostě jsem to risknul*“, uvádí Nešpor (2011:24) příklad výpovědi člověka závislého na heroinu. Tento znak úzce souvisí s předchozím znakem závislosti, avšak tyto znaky nejsou totožné. Bažení je totiž znakem víceméně subjektivním, zatímco zhoršené sebeovládání se vyloženě týká chování jedince.

**Tělesný odvykací stav** - MKN definuje odvykací stav následovně: „*Skupina příznaků různého seskupení a stupně závažnosti, vyskytující se při absolutním nebo relativním odvykání psychoaktivní látky po jejím dlouhotrvajícím užívání. Nástup a průběh odvykacího stavu jsou časově ohraničeny a mají vztah k typu psychoaktivní látky a dávce, která byla užita bezprostředně před zastavením nebo redukcí užívání. Odvykací stav může být komplikován křečemi*“ (MKN, 2022). Nešpor (2011:41) uvádí, že pro splnění diagnózy odvykacího stavu musí být splněna tři kritéria, dle kterých se musí jednat o nedávném vysazení či redukcí látky po opakovaném nebo dlouhodobém užívání, příznaky musejí být v souladu se známými známkami odvykacího stavu a zároveň tyto příznaky nesmějí být vysvětlitelné tělesným onemocněním nezávislým na užívání látky, nebo jinou psychickou či behaviorální poruchou. Různé látky mají jiné příznaky odvykacího stavu a u různých látek jsou odvykací stavy jinak nebezpečné. Nešpor (2011:44) uvádí, že u alkoholu a u sedativ a hypnotik může odvykací stav ohrožovat život, u ostatních látek odvykací stav život neohrožuje. Příklady příznaků odvykacích stavů mohou být: bolest hlavy, křeče, silné pocení, návaly horka a zimy, apod.

**Růst tolerance** - tolerance se projevuje zejména potřebou vyšších dávek k dosažení stejného účinku, nebo naopak nižším účinkem při užití stejně vysoké dávky. Tolerance může i klesat, například pomocí psychologických vlivů. Pokud například člověk se závislostí cestuje, je možné, že v zahraničí, v novém prostředí, je jeho tolerance na drogu nižší. Tolerance také klesá jako důsledek přechodí abstinence. Dále může míra tolerance klesnout v souvislosti se zdravotními problémy a léčbou některými léky. I zde uvádí Nešpor (2011:48) příklad z praxe, kdy člověk závislý na alkoholu tento jev závislosti popisoval takto: *“Dříve 5 piv, nyní až 15 až 20 piv a litr rumu přes den.”*

**Zanedbávání jiných potěšení a zájmů** - jedná se o jev, kdy člověk se závislostí zanedbává své zájmy, koníčky a potěšení, třeba i rodinu, s účelem získání více času k užívání nebo získávání látky, případně k zotavení se z jeho účinku. Tento znak závislosti je velmi častý a důležitý a i v tomto případě se jedná o znak závislosti úzce spjatý s bažením. Jako příklad tohoto znaku Nešpor (2011: 52) ukazuje výpověď 22 letého muže se zkušeností se závislostí na heroinu: *„Jasně jsem zanedbával plno věcí, neměl jsem žádné záliby, zanedbával jsem svůj vztah s dívkou a rodina byla na posledním místě, protože první byla droga.“*

**Pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých důsledků** - *„Prodělal jsem žloutenky B i C a psychózu, a přesto mě to neodradilo, a spíš naopak, bral jsem, abych zaplašil nepříjemné myšlenky na svůj dezolátní stav“* je jedním z příkladů, které Nešpor (2011:55) uvádí ve své knize. Tento konkrétní příklad je od člověka závislého na heroinu a pervitinu. Aby tento znak závislosti byl diagnosticky validní, musí být pacient o škodlivých důsledcích užívání informován. Pokud tedy člověk užívá látku nebo látky, bez toho aniž by si byl vědom jejich špatných následků, nejedná se o znak závislosti. Pokud je ale informován o svém zdravotním stavu a škodlivých vlivech látek, ale v užívání stále pokračuje, už se o znak závislosti jedná.

### 2.3 Vznik a rozvoj závislosti

Tuto kapitolu si dovoluji začít moravským příslovím, které zní: *„Kdo doma radosti nemá, v hospodě ji marně hledá.“* Lidé se závislostí jsou v naší společnosti silně stigmatizováni a mnohdy považováni za kriminálníky, „špíny“, nebo jiné nehezké přívlastky. Dle mého názoru ale za užíváním drog stojí mnoho



bolesti a lidé, kteří drogy užívají, se k drogám často obrací s nadějí na ulevení, jak se praví i ve starém moravském přísloví. Psychiatr, psycholog a adiktolog Kalina ve své knize (2008:18) popisuje hluboké lidské motivace a potřeby, které mohou být klíčové pro vznik závislosti. Jedná se o potřebu vyhnout se bolesti, ať už fyzické, nebo duševní, nebo si od této bolesti ulevit. Mezi tyto bolesti může patřit třeba i bolest od nudy, od nízkého sebevědomí, nebo od nedostatečného zapadnutí do kolektivu. Další potřebou je potřeba cítit euforii, radost, zbavit se zábran, být více výkonný, energický. Poslední potřebou, kterou Kalina zmiňuje je potřeba jakési transcendence utrpení, zážitky přesahující naše smysly. Každá z těchto tří potřeb koresponduje s nějakým typem drog, které umožňují tyto prožitky prožít. První potřebu, tedy utlumení bolesti, umožňují naplnit opioidy, jsou to látky, které tlumí bolest. Potřebu po radosti a euforii mohou nasytit stimulanty, které tyto euforické pocity navozují. Psychedelika, jak už mají v názvu (psyché – duše, delein – zjevovat) jsou látky, které člověku umožní prožívat hluboké prožitky nad rámec chápání (Kalina, 2008:18). Je několik faktorů a predispozic, které ovlivňují vznik a rozvoj závislosti. Nejčastěji se hovoří o genetických, biologických, psychologických a sociálních faktorech.

Rozvoj závislosti se trochu liší u alkoholových a nealkoholových návykových látek. U obou těchto skupin látek Fischer a Škoda (2014:275) rozděluje rozvoj závislosti do čtyř stádií. U alkoholu se v prvním stádiu jedná o fázi, ve které si dotyčný uvědomuje, že pije a že mu alkohol ulevuje od jeho nepříjemných pocitů. Pro druhé stádium, které by se také dalo nazvat „varovné“, je charakteristické rostoucí tolerancí k alkoholu, proto také rostou dávky a častost pití, naopak se snižuje sebeovládání a kontrola. Jedinec se za své pití stydí. Z varovného stádia to může přerůst do stádia, které je tzv. rozhodné. V této fázi dotyčný pije téměř denně. Často může mít pocit, že „kdyby chtěl, tak by mohl přestat“, ale tolerance k alkoholu a jeho dávky stále rostou, což vede k častým konfliktům, rozpadu sociálních vztahů, mění se osobnostní vlastnosti, hodnoty. Poslední fází rozvoje alkoholové závislosti je fáze konečná, terminální. Tolerance už se nezvyšuje, naopak se snižuje, ale dotyčný bez alkoholu už nevydrží téměř ani chvíli. Jedinec začíná mít potíže jak fyzické, tak psychické a jeho sociální fungování je závažným způsobem narušeno. Tento člověk má potíže i s alkoholem, i bez alkoholu. U nealkoholových látek by se první stádium rozvoje závislosti dalo nazvat „experimentálním“. V této fázi negativní účinky látky nejsou

moc patrné, dotyčný prožívá příjemné pocity, které mu látka dává. Mnohdy jedinec může v této fázi zvládat lépe své povinnosti a své experimentování lze snadno utajit. V této fázi je možné a časté, že toho jedinec zanechá včas, protože ho odradí uživatelé drog v pokročilejší fázi, nebo si najde něco zdravějšího, co mu bude přinášet příjemné pocity. V druhé fázi si je stále jedinec vědom nesprávnosti užívání látky, stále se ještě ale nejedná o závislost. Dotyčný příležitostně látku užívá za účelem pomoci v sociální, nebo osobní nouzi, nebo na zahnání nudy, své užívání ale tají a záleží mu na tom, jak ho vnímá okolí, rodina, přátelé. Pokud už jedinec látku užívá pravidelně, hovoříme o třetím stádiu. Droga začíná být čím dál tím důležitější a dotyčnému přestává záležet na okolí, zájmech, obklopuje se zejména lidmi, kteří také užívají. Poslední stádium už je čistá závislost, kdy neexistuje pro dotyčného nic důležitějšího, než je droga. Jedinec je sociálně, fyzicky i psychicky velmi závažně zasažen a tyto změny jsou patrné na první pohled (Fischer, Škoda, 2014:276).

### 3 VYRŮSTÁNÍ V RODINĚ S RODIČEM SE ZÁVISLOSTÍ

Závislost sama o sobě je zaručeně náročná životní situace, pro každého, kdo se s ní potýká. Problém se ale násobí, pokud jsou v této situaci zapojeny i děti. Pro rodiče se závislostí je totiž na prvním místě droga, což často může vést k zanedbávání dítěte, nedostatku pozornosti, lásky a péče, kterou dítě potřebuje. Dítě, které vyrůstá s rodičem nebo oběma rodiči se závislostí, může být také často vystavováno nepříznivým situacím, které jsou se závislostí spojeny, jako je například finanční tíseň, konflikty, násilí, nebo třeba různá onemocnění (Dandona, 2016:31). Tyto aspekty mohou nepříznivě ovlivňovat děti jakéhokoliv pohlaví a jakéhokoliv věku a mohou ovlivnit jeho zdravotní fyzický stav, duševní stav, emocionální vývoj, jejich vztahy, sebevědomí a další sféry jejich životů a mohou významně ohrozit výše zmíněné funkce rodiny.

Velmi důležitým faktorem, který může negativně ovlivnit život dítěte, je závislost matky v těhotenství. Pokud žena v těhotenství užívá psychoaktivní látky, může tím poškodit nejen svoje vlastní zdraví, ale také plod dítěte. Neřešená závislost v těhotenství může končit například i potratem, nemocí dítěte, předčasným porodem, nebo smrtí matky i dítěte (Taylor, 2013:5). Tato bakalářská práce pojednává o vlivech vyrůstání s rodiči se závislostí, nikoli vlivech závislostí v těhotenství, proto jsem se podrobněji důsledkům závislosti na drogách v těhotenství nevěnovala.

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti, zkráceně EMCDDA, (2022) kategorizuje čtyři hlavní sféry, na které může mít závislost rodičů dopad. Jedná se o (a) **zdraví a well-being**; (b) **vzdělávání a kognitivní schopnosti**; (c) **vztahy a osobní identita**; a (d) **emocionální a behaviorální vývoj**. EMCDDA také uvádí tabulku, ve které můžeme najít shrnutí potencionálních dopadů na již zmíněné čtyři sféry napříč jednotlivými vývojovými stádii života, které EMCDDA dělí podle věku: 0-4 roky; 5-14 let; 15 + let. Ve sféře zdraví a well-being, můžeme mezi dopady spojené se závislostmi rodičů najít například novorozenecký abstinenci syndrom, nedostatečnou hygienu a stravu, v pozdějším věku i zvýšené riziko užívání drog. U vzdělávání a kognitivních schopností se jedná převážně o zanedbávání školní docházky, nebo nedostatečné věnování učení, například z důvodu převzetí rodičovských povinností a starání se o sourozence. Ohledně sféry vztahů a osobní identity, je

ohrožené sebevědomí dítěte, problémem mohou být i nedostatečné, nebo nevhodné vzory v rodičích, problémy s citovou vazbou, apod. Emocionální a behaviorální vývoj může být velmi silně ohrožen, závislost u rodičů přináší například emocionální nejistotu v důsledku nestabilního chování rodiče, vznik úzkostí a depresí, zvyšuje se riziko sebe obviňování a dokonce i riziko spáchání sebevraždy. Podrobněji jsou rizika napříč sférami rozepsané v tabulce 1, viz přílohy.

Riziko těchto a jiných dopadů může být ještě zvýšeno, například pokud dítě prožívá ještě další problémy, vedle závislosti rodičů, nebo pokud dítě žije s oběma rodiči a oba rodiče mají závislost. Je ale dokázáno, že děti mohou vyrůstat v různých prostředích a náročných podmínkách bez vytvoření velké újmy a i přes nepříznivou situaci mít krásné dětství a budoucnost (EMCDDA, 2022).

Andy Taylor ve svém článku (2013:12) vedle zmíněných sfér života, na které závislost rodiče může mít negativní dopad, uvádí ještě dopad na péči o sebe samé, kdy dítě dává své vlastní potřeby a zájmy do pozadí, kvůli plnění povinností, které by jinak měl plnit rodič. S tím souvisí i fakt, že největším a nejčastějším přáním dětí rodičů se závislostí, dle Mariny Barnardové (2011:114), je, aby jejich rodiče s drogami naprosto přestali, nebo se alespoň stabilizovali, mimo jiné i z toho důvodu, aby byli schopni plnit své rodičovské a pečovatelské povinnosti namísto dětí.

Známa americká psycholožka Janet G. Woititz, která se věnovala práci s dysfunkčními rodinami a alkoholismu v rodině, ve své knize *Dospělé děti alkoholiků* (2021), ve které se věnuje lidem, kteří vyrůstali s rodičem, nebo rodiči se závislostí na alkoholu, uvádí třináct jevů, se kterými se ve své praxi setkávala a která jsou podle ní charakteristické pro ony dospělé děti alkoholiků. Je důležité zmínit, že v tomto případě vůbec nezáleží na věku a je jedno, kolik těchto „dětem“ je. Jedná se o tyto jevy: *„Dospělé děti alkoholiků si nejsou jisty tím, jaké chování je normální; mají těžkosti při dotahování úkolů do konce; lžou v situacích, kdy by bylo stejně snadné říct pravdu; posuzují sami sebe bez slitování; mají problém se bavit; berou samy sebe velice vážně; mají problémy s důvěrnými vztahy; reagují nepřiměřeně na změny, které nemohou ovlivnit; neustále hledají a vyžadují pochvalu a ujištění; obvykle cítí, že jsou jiné než ostatní lidé; jsou buď mimořádně odpovědné, nebo mimořádně nezodpovědné; jsou extrémně loajální,*

*a to i tehdy, když vidí, že jejich loajalita je nezasloužená; jsou impulzivní, což vede k vnitřnímu chaosu, k averzi vůči vlastní osobě a ke ztrátě kontroly nad svým prostředím a musejí vykládat velké úsilí, aby věci dali zase do pořádku“ (Woititz, 2021:25-26).*

Vyrůstání v rodině s rodičem se závislostí tedy může přinášet do života spoustu těžkostí. Každý člověk dané těžkosti zvládá jinak. Tomuto zvládání těžkostí se také říká „**copingové strategie**“. Jedná se o vědomé chování a přemýšlení, které pomáhá jedinci zvládat a vyrovnávat se s úzkostmi, změnami, a dalšími těžkými situacemi. Copingové strategie jsou velmi důležité pro lidské duševní zdraví a well-being. Lidé mohou používat zdravé copingové strategie, jako třeba sport, terapie, relaxace a zábava, ale existují i nezdravé copingové strategie, kdy jedinec například užívá návykové látky, přejídá se, apod. V tomto případě mluvíme o tzv. malcopingu (CSHS, 2019).

## 4 ŽIVOT ČLOVĚKA

V předešlých kapitolách jsem se věnovala stěžejním tématům mé bakalářské práce, jako je rodina a závislost. Jelikož se tato práce zabývá tím, jak závislost rodičů může ovlivnit život člověka, v poslední kapitole se věnuji životu člověka. Život člověka je velmi rozsáhlé a složité téma, které je možná až nereálné popsat v bakalářské práci. Já se tedy zaměřím na kvalitu lidského života a faktory, které tuto kvalitu ovlivňují.

### 4.1 Kvalita života

Kvalita života nemá ustálenou definici, mnoho autorů definuje kvalitu života jinak. Dle WHO (2023) kvalita života je *„subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře a k systému hodnot, ve kterých daný člověk žije, a také ve vztahu ke svým cílům, očekáváním a starostem.“* Pojmy, které jsou spojeny s kvalitou života, jsou také třeba osobní pohoda, životní spokojenost, nebo well-being. WHO (2012) také stanovila 6 hlavních domén, které jsou stěžejní pro měření kvality života. Jedná se o domény: **fyzické zdraví; psychika člověka; stupně nezávislosti; sociální vztahy; prostředí; spiritualita/náboženství/osobní přesvědčení**. Každá doména obsahuje několik dalších aspektů, které jsou důležité při hodnocení kvality života. V těchto aspektech můžeme najít i aspekty jako je rodinné prostředí, nebo závislost, což jsou stěžejní témata této bakalářské práce – viz tabulka 2.

Dle Slezáčkové (2012:76) na kvalitu života lze nahlížet v několika rovinách. Jedná se o roviny makro, mezo a mikro, přičemž makroroviny kvality života zkoumají kvalitu života v celých společnostech, například v zemích, nebo kontinentech. Mezorovina zkoumá kvalitu života napříč sociálními skupinami, např. ve škole, v nemocnici, na pracovišti. Mikrorovina je již zaměřená přímo na jednotlivce a jeho život. Dále se dle autorky také můžeme dívat na kvalitu života z pohledu subjektivního, nebo objektivního. Objektivní pohled nahlíží na kvalitu života člověka z pohledu, podmínek, ve kterých jedinec žije, jako je socioekonomický status a zdravotní stav, zatímco subjektivní pohled tvoří jeho osobní pocity, osobní pohoda a pohled na jeho životní situaci (Slezáčková, 2012:76). V rámci mezoroviny lze tedy zkoumat kvalita života

rodiny. Navabi, Asadi a Nakhaee (2017) uskutečnili výzkum, jehož výsledky prokázaly, že kvality života rodin, ve kterých se vyskytuje závislost, je významně negativně ovlivněna napříč několika rovinami – od fyzického zdraví (bolesti těla související se stresem), přes spokojenost v manželství (nedostatečný sexuální apetit, hádky), až po rovinu duševního zdraví, kde se členové rodiny často potýkají s pocity studu za závislého člena rodiny, pocity samoty, deprese, apod.

Dle Haraldstada a kolektivu (2019) je vědomí o konceptu kvality života pro společnost důležité napříč obory, jako jsou sociální práce, zdravotnictví, právo, apod., jelikož nám to může pomoci při rozhodování se o léčbě, formě pomoci, nebo při snaze porozumět následkům daného problému, či nemoci.

## **4.2 Rodina jako vliv na kvalitu života**

Několik průzkumů ukazuje, že rodina má jednoznačně obrovský vliv na kvalitu života člověka. Vlivy na vývoj člověka a jeho život se zabývá vývojová psychologie. Dle Vágnerové a Lisé (2022:20) je rodina nejvýznamnější sociální skupinou v životě člověka. Rodina ovlivňuje vývoj jedince jak biologicky, tak sociálně. Rodina ukazuje svým členům jistý hodnotový systém, který pak jednotliví členi mohou převzat. S tímto hodnotovým systémem a výchovou také souvisí vzdělávání, získávání nových schopností a zkušeností, jelikož právě rodinné prostředí určuje, jaké dovednosti jsou cenné, a jaké jsou naopak zbytečné. Autorky tvrdí, že stabilita rodiny a míra její soudržnosti je pro vývoj člověka ještě důležitější, než materiální, či vzdělanostní úroveň rodiny. Na rodinných vztazích, citech a emocionálních záležitostech, se dítě učí chápat, jak vztahy fungují.

Ve španělském průzkumu (2021) vyšlo najevo, že vztahy napříč rodinou mají velký vliv na kvalitu života. Ukázalo se, že nejen, že vztahy jedince s určitými členy rodiny ovlivňují wellbeing, ale také rodinné vztahy, kterých nejsme přímo součástí – například vztah mezi rodiči. Respondenti, kteří uvedli, že v jejich rodině panují dobré vztahy, také vykazovali vyšší spokojenost se svým životem. Naopak lidé z dysfunkčních rodin a rodin, kde panovaly vztahy negativní, vykazovali opak. Výzkum ukázal, že tyto aspekty ovlivňovaly nejen celkovou spokojenost a kvalitu života, ale také měly vliv na emocionální a sociální dovednosti člověka, nebo třeba na školní prospěch (Guevara et al., 2021:6).

## 5 METODOLOGIE VÝZKUMU

Tato část práce, společně s interpretací výsledků, je již věnována samotnému výzkumu. Popsala jsem zde cíl výzkumu a hlavní výzkumnou otázku, na kterou jsem se snažila najít odpovědi. Dále jsem zde napsala metodu, kterou jsem se rozhodla použít při sběru a analýze dat a své volby jsem odůvodnila. Krátce jsem se také věnovala etice výzkumu a charakteristice respondentů. Poté jsem se již věnovala mé interpretaci výsledků výzkumu.

### 5.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem mé bakalářské práce, jak už je uvedeno v názvu celé práce, je zjistit, jak závislost rodiče nebo obou rodičů ovlivnila život jejich dítěte. Zajímá mě, jak závislost rodičů vnímají právě jejich děti a jak ony samy vnímají vliv této závislosti na jejich kvalitu života, napříč několika aspekty. Těmi dětmi nemyslím pouze osoby mladší osmnácti let, nýbrž lidi jakékoliv věkové kategorie, kteří navždy zůstanou dětmi svých rodičů.

Hlavní výzkumnou otázkou je tedy **„Jaký vliv měla závislost rodičů nebo jednoho z rodičů na život člověka?“**

V teoretické části jsem uvedla několik aspektů, které ovlivňují kvalitu života člověka a také rodinné funkce, které mohou být snadno narušeny, pokud je rodič závislý. V praktické části práce chci zjistit, jak určité aspekty, jež zásadně ovlivňují kvalitu života, byly ovlivněny v důsledku rodičovské závislosti.

Ráda bych také zjistila, jaké zkušenosti mají respondenti se sociálními službami a odbornou pomocí, zda jim bylo/je něco nápomocné, nebo zda by něco potřebovali, když se museli vypořádávat s touto náročnou životní situací.

### 5.2 Metody sběru dat

Pro svůj výzkum jsem si vybrala kvalitativní metodu, konkrétně polostrukturované rozhovory. Podle Ferjenčíka (2015:171) je rozhovor nejlepší metodou, pokud chceme zjistit informace ohledně respondentových názorech, postojích a porozumění dané situaci, což je přesně to, o co se snažím.



Polostrukturovaný rozhovor je pro mé téma velmi výhodný typ rozhovoru, jelikož se jedná o velmi osobní a komplexní téma, při kterém člověk snadno zabruslí do dalších témat, nebo se v průběhu rozhovoru nabízí mnoho otázek, na které se tazatel potřebuje dozeptat a právě polostrukturovaný rozhovor mi dovoluje přeskakovat pořadí otázek, nebo se doptávat na otázky, které původně v rozhovoru nebyly plánované. Další výhodou, kterou mi polostrukturovaný rozhovor poskytuje, je vnímání subjektivity dotazovaného, jeho emoce a autentické vyjadřování.

Pro hledání respondentů pro svůj výzkum jsem zvolila metodu sněhové koule. Jedná se o metodu, kdy se kontakty na respondenty „nabalují“ na sebe. Reichel (2009:83) uvádí, že je tato metoda velmi efektivní, a to zejména pro výběr respondentů, kteří jsou výzkumníkům neznámé a neexistují žádné seznamy, kde by se tito respondenti dali najít. Přesně proto tato metoda pro mě byla tou nejlepší.

Někteří respondenti se sami nabídli, když jsem se zmínila, jakou píšu bakalářskou práci, jiní mi byli doporučeni skrze sociální služby, které pracují s rodinami a s lidmi se závislostí a někteří respondenti byli z mého okruhu známých, tudíž jsem o nich věděla, že splňují podmínky pro tento výzkum a už jsem je pouze mohla poprosit o spolupráci.

### **5.3 Analýza a kódování**

Všechny rozhovory jsem si nahrávala na diktafon a poté pečlivě přepisovala do svého počítače. Přepisovala jsem si i citoslovce a hovorové výrazy, které mohly ukázat autentičnost a citové zabarvení. Poté jsem si u každého jednotlivého rozhovoru zvýraznila věty, které mi pro mou práci přišly významné, nebo které se opakovaly často – či naopak velmi rozlišně. Tři z mých rozhovorů byly realizovány v anglickém jazyce, tyto rozhovory byly přepsány v aj a pro účely této bakalářské práce přeloženy do českého jazyka.

Při setkání s respondentem bylo všem respondentům vysvětleno, že si je budu pouze pro své účely nahrávat, abych později mohla pracovat s nasbíranými daty. Rozhovory probíhaly buď u mě doma, nebo v kavárně, vždy jsem nechala

respondenta, aby si vybral místo setkání, aby se cítil co nejlépe. Rozhovory trvaly od dvaceti minut až do jedné hodiny.

## **5.4 Etické otázky**

Všichni respondenti byli před začátkem rozhovoru seznámeni s tématem mojí práce, s účelem rozhovoru i se způsobem mého výzkumu. Všichni věděli a souhlasili s nahráváním a přepsáním za účelem bakalářské práce. Tyto nahrávky a přepisy rozhovorů jsou přístupné pouze mé osobě. Všichni respondenti byli informováni o anonymitě.

V této práci nejsou použita žádná reálná jména mých respondentů, ani jiné charakteristické rysy, dle kterých by mohli být identifikováni.

## **5.5 Respondenti**

Rozhovor jsem zrealizovala s celkem osmi respondenty, z toho jeden z respondentů je muž, zbytek ženy. Všichni respondenti a respondentky se pohybují ve věku od 20 do 50 let. Dvě respondentky vyrůstali a žijí v USA, jedna respondentka v Německu, zbytek v České republice. Při výběru svých respondentů jsem nedbala na gender, věk, ani národnost, jelikož dle mého názoru, tyto ukazatele nejsou pro tento výzkum nijak důležité a dětství ovlivňuje všechny lidi bez rozdílu. Všichni z respondentů měli jednoho rodiče se závislostí – u převážné většiny se jednalo o otce.

## 6 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V této části práce se věnuji zjištění, ke kterému jsem dospěla po důkladném přečtení a nakódování všech rozhovorů. V této části práce používám přímé citace respondentů. Pro zachování anonymity od sebe respondenty odlišuji pouze pomocí čísel a nehledím na gender.

### 6.1 Zdraví

Jedním z nejdůležitějších aspektů, které ovlivňují kvalitu života, je zdraví. Právě na zdraví byla zaměřena jedna z prvních otázek. Na základě odpovědí na tuto otázku jsem zjistila, že většina respondentů si uvědomuje, jak závislost jejich rodiče ovlivnila, nebo stále ovlivňuje jejich zdraví. Někteří z respondentů ale dodali, že není jisté, jestli konkrétní zdravotní potíže pramení právě ze situace, ve které vyrůstali. Pouze jediný respondent uvedl, že nepociťuje žádný vliv závislosti rodiče na své zdraví.

Nejčastěji se respondenti v souvislosti se zdravím zmiňovali o zdraví duševním. Je tedy patrné, že závislost rodiče může mít dle zkušeností respondentů často negativní dopad na duševní zdraví člověka. Respondenti se opakovaně zmiňují o úzkostech, jako například R1: *„...já jsem byla prostě pořád jako nemocná, úzkosti hrozný, nemohla jsem dýchat, myslela jsem si, že mám něco s plícema, ale prostě to byly úzkosti...“*, R2: *„...určitě si dokážu představit, že to, že teď v dospělosti mám úzkosti a deprese, pramení právě z toho...“*, nebo R3: *„.....když jsem byla na základce, tak jsem byla v psychologický poradně a tam mi řekli, že jsem úzkostlivá. Jakože od dětství už jsem byla vysoce úzkostlivá.“*, nebo depresích, R5: *„...mám takový stavy, jakože, víte co, úplně, jak bych to řekla.. takový deprese. Když je toho na mě moc, tak mě to hází do takových kolejí, kdy si říkám, že jsem neschopná, že nic nedokážu, že nic neumím, jo, to je všechno to, co na mě matka křičela „ty nic neumíš, ty nic nedokážeš, ty si k ničemu“, jo a úplně ve mně to hlodá.. to mě jako brzdí..“*

S duševním zdravím úzce souvisí i sebevědomí, o kterém se také zmínilo několik respondentů. Nízké sebevědomí a další nepříjemné pocity, které vyrůstání v rodině s rodičem se závislostí přinášelo, může být často spojeno s nezdravými copingovými strategiemi. Jak uvádí třeba R6: *„...máte pocit, že*

*nejsi dostatečně dobrý a zkoušíte najít něco, co vám pomůže. V mém případě to bylo jídlo a vlastně to nikdy moc nepomohlo...“; „...byla jsem trochu sebedestruktivní ve vztahu k mužům..“.*

Duševní zdraví je bez pochyb propojené se zdravím fyzickým. Respondenti se tedy mohli setkat s fyzickými příznaky duševní nepohody, tak, jak to popisuje R6: *„...v páté třídě jsem musela do nemocnice, protože mě bolelo břicho, bylo to psychické a nikdo mi nedokázal pomoci a nikdo nevěděl, odkud to přišlo, a bylo to tak zlé, že jsem byla v nemocnici na tři měsíce, myslím, že to souvisí s mým vztahem k otci...“.*

Dva respondenti se v souvislosti se zdravím zmínili o alergiích, astmatech a nízké imunitě. R4: *„Zdraví si myslím, že to dopad určitě mělo, protože si už od toho raného dětství nesu alergie, třeba jo.. Velký množství alergií a celkově takovou jako vyšší nemocnost, a myslím si, že ten prapůvod může být v tomhle...“* a R3: *„Od té doby, co se to všechno tak nějak dělo, tak mám hodně alergie a astma“.*

Ukázalo se, že respondenti, kteří měli matku se závislostí, uvedli i zanedbanou hygienu a stravu, o čemž se respondenti, kteří měli otce se závislostí, nezmínili. R5 uvedla: *„No, někdy, tak jako jsme měli takový dny, kdy jsme třeba vůbec nejedli, nějaká jako hygiena, to bylo taky úplně špatný..“* a R1: *„...od 13 jsem musela vařit já, protože ona nezvládala nic...“.*

Domnívám se tedy, že vyrůstání v rodině s rodičem se závislostí významně ovlivňuje zdraví člověka, a to duševní, i fyzické, neboť jsou spolu vzájemně úzce propojeny. Je možné, že alergie souvisejí s traumatem. Z odpovědí je také patrné, že některé zdravotní problémy, které se nejprve jeví jako fyzické, se později ukázaly být spojené s psychikou respondentů.

## **6.2 Vzdělávání a profese**

Vzdělávání a profese také bezpochyby ovlivňují život člověka. Dítěti, které vyrůstá v problémové rodině, ale často nejsou poskytnuty vhodné podmínky pro vzdělávání, nebo na studium nemá energii, kvůli tomu, co prožívá doma. Dosažené vzdělání poté ovlivňuje možnosti uplatnění na trhu práce. Ve svých

rozhovorech jsem se právě proto věnovala i otázkám ohledně vzdělávání a profese.

Ukázalo se, že většina respondentů nevnímá razantní vliv závislosti svého rodiče na jejich vzdělávání. Velký negativní dopad to ale mělo na R5, která uvedla: *„Já jsem ani nedokončila školu, jako základní jo, ale střední ne. V té době se rodiče rozváděli a táta měl k tomu ještě nějaký dluhy.. Takže jsem šla radši do práce, abych mu pomohla finančně, protože ze začátku, když se rozvedli, tak táta měl u sebe všechny 4. No a potom si ona vzala ty dvě nejmladší a my dvě nejstarší jsme zůstaly u táty. Takže jsem mu chtěla pomoci, tak jsem se vykašlala na školu.. takže mám jenom ZŠ.“*

Z ostatních odpovědí jsem dospěla k názoru, že spíše než závislost rodiče a vyrůstání s ním, ovlivnil vzdělávání respondentů jejich samotný postoj. Zatímco R3 zmiňuje, že ke studiu cítila spíše demotivaci: *„...no, tak, já jsem vlastně vždycky to brala tak, jakože nějaký vzdělání a škola jsou jako zbytečné věci, že to jako neurčuje hodnotu člověka, nějaký známky a takhle, to nevím teda, jestli je tím, že jsem prostě viděla nějaký důležitější věci v životě, než je škola..“*, tak například R4 byla svou situací naopak motivována: *„...Ale když já jsem dostudovala střední školu, tak mi řekl, že je na čase jít do fabriky pracovat. Protože on nechtěl platit výživný, protože jemu by se samozřejmě ty peníze hodily na ten alkohol, nevím.. A mě to vyhecovalo v tom se dál snažit. Mě to motivovalo v tom, že přece nepůjdu na jeho přání do fabriky, když mám jiné ambice. Takže mě to vlastně vyhecovalo“*.

Během realizace rozhovorů jsem zjistila, že sedm z osmi respondentů se nyní věnuje pomáhajícím profesím, nebo studiu sociální práce, či logoterapie. Tohle zjištění mi přijde zajímavé a domnívám se, že situace, kterou si respondenti procházeli, nebo procházejí, může být jedním z důvodů, proč respondenti inklinují právě k tomuto oboru. Tuto domněnku mi potvrdil i výrok R4: *„...myslím si, že i ta drahá sociálního pracovníka byla daná tím, že má člověk potřebu někomu pomáhat. Člověk fakt chce pomáhat lidem, a co teda bych fakt nemohla dělat, tak je práce se závislýma. To je moje skupina, kterou jsem si stanovila odjakživa, že s nima pracovat nedokážu“*.

Myslím si, že prostředí, ve kterém respondenti žili, mělo na jejich vzdělávání vliv jen z části. Velký vliv totiž měla také jejich osobnost a povaha.

### 6.3 Vztah k návykovým látkám

Ve svých rozhovorech jsem se respondentů ptala na jejich vlastní vztah k návykovým látkám. Myslím si, že vztah k návykovým látkám určitě ovlivňuje naše zdraví, ale i naše sociální fungování, což jsou dva aspekty, které ovlivňují kvalitu života. Většina respondentů zmínila, že v dětství pocítovali silný odpor k návykovým látkám. Několik respondentů uvedlo, že se tento postoj s postupem času změnil. Například R7 uvedl: *„...no jako hodně dlouho jsem odsuzoval, třeba svoje kámoše když si někde na párty v osmnácti třeba brali kouli, byl jsem na ně nasranej, ale dneska už to vidim úplně jinak...“*. Podobně zní i výrok od R3: *„Když jsem byla malá, tak jenom i cigarety pro mě byly prostě něco šílenýho. Jakýkoliv návykový látky pro mě byly noční můry. Když jsem byla malá, tak jsem si vůbec nemyslela, že bych třeba se mohla někdy opít, nebo zkusit třeba cigaretu. Natož potom něco horšího. Bylo to pro mě takový, že kdokoliv třeba z mého okolí kouřil, tak já už jsem se s tím člověkem bavit nechtěla. Viděla jsem to jako hrozně špatnou věc, no a natož potom drogy. To pro mě bylo fakt jako hmmm nejhorší představa, že drogy jsou jako nejhorší věc na světě, strašný zlo. Teď už to vidim jinak. Teď už tý závislosti rozumím trochu víc. Alkohol sama piju, příležitostně a občas si dám i cigáro. Už to nemám takový to, že když někdo v okolí něco zkusí, nebo si zahulí trávu, tak se s ním nebavím, to ne. Nevyhledávám to, ale ani to už neodsuzuju tak moc, jako předtím.“*

Někomu ale odpor přetrvává do současnosti. R4 cítí velký odpor konkrétně k pivu: *„...jak on pil hodně pivo, a už když nás hlídal jako malý děti, tak jsme dostali pivo. A ve mně to zanechalo odpor k pivu jako takovému a asi i to, že to z něho člověk cítil. Takže i to, že když na mě někdo mluví s tím pivovým oderém, tak mi to strašně vadí“*. Respondent číslo 8 popisuje svou netoleranci vůči alkoholu: *„...nemyslím si, že jsem dost tolerantní, nebo trpělivá k lidem, teda vlastně jsem pravděpodobně totálně netolerantní. Myslím, že jsem docela odsuzovačná, když lidi pijou“*.

Z odpovědí je patrné, že závislost rodičů ovlivňovala vztah respondentů k návykovým látkám zejména v dětství, kdy skoro všichni měli k návykovým

látkám velký odpor. V dospělosti se u většiny z nich tento postoj trochu změnil, myslím si, že to souvisí s edukací a s nabráním vícero zkušeností s návykovými látky, než pouze jedna odstrašující zkušenost doma.

## 6.4 Mezilidské vztahy

I sociální vztahy jsou jednou z hlavních domén, které dle WHO (2012) ovlivňují kvalitu života. Při mých rozhovorech jsem došla ke zjištění, že tato otázka vyvolávala v respondentech nejvíce emocí. Několikrát se v odpovědích objevilo téma pocitu méněcennosti, či pocitu, že si daný člověk nezasluhuje bezdůvodnou lásku. Od R1 zazněly věty: *„...mám pocit, že si nějakou lásku musím jako zasloužit, že pro to musím něco udělat, že jako mě nemůže mít nikdo rád za to, jako že jsem a co dělám...“*, *„...tak trochu pořád cítím, že tam je jako strach z těch autorit. Takže si jako nepřijdu jako rovnocenná i třeba sobě stejně starým lidem jako jsem já, že mám furt pocit, že musím jakoby bejt ta hodná holka, dělat všechno tak, jak mám, aby se na mě ten dospělej nerozlobil a jakoby mě nezmlátil, tak jako to dělala ta máma...“*. Podobné odpovědi zazněly i od R2: *„...mít v životě někoho, kdo užívá látky každý den, aby mohl existovat, je to pro ně hodně únavné a tím pádem je pro vás nemožné zabírat nějaké místo v jejich životě, což mě neustále nutí pochybovat o sobě v každém mém vztahu a bát se, že zabírám někomu místo, bojím se, že jsem až moc přítomná a neustále, neustále, neustále mám strach, že...že se mnou vlastně nikdo nechce být, i když to třeba vypadá, že chtějí, víš.. já prostě.. je pro mě těžké přijímat pozornost a lásku...“*, nebo od R3: *„...protože vlastně můj táta měl bejt jako nějaký můj chlapecký vzor, nebo ochránce, nebo něco takovýho, ale vlastně mě jako opustil, zradil. Zvolil si dobrovolně raději žít život s drogama a alkoholem beze mě, a.. a to mě poznamenalo tak, že teď prostě už, je pro mě těžký si myslet, že nějaký muž to třeba myslí vážně, že mě má fakt rád“*.

Kromě pochybností o sobě samém a pocitů méněcennosti, respondenti také často hovořili o nedůvěře k lidem. R5 například zmiňuje svou uzavřenost: *„...dlouho mi trvá, než se začnu s někým bavit. Spíš toho člověka pozoruju a pak si říkám „jo, to by mohlo bejt dobrý“, nebo „ne, od toho ruce pryč“. Na to si opravdu dávám pozor, nejsem vůbec otevřená, fakt se držím stranou a čekám, co bude, nebo nebude...“*. Vpozorovala jsem, že u žen, jejichž otec měl, nebo má

závislost, se často objevuje nedůvěra v muže. R3 zmiňuje svou nedůvěru v muže v každodenních situacích: „...učitel, učitelka, doktor, doktorka, já si vždycky vyberu, nebo radši budu s ženou. Protože těm chlapům prostě nevěřím. Ani moc kamarádů chlapů nemám, z toho samého důvodu. Je to takový, jako kdybych prostě očekávala, že žádný chlap nemá dobrý úmysly a nemyslí to úplně dobře, to co dělá...“, podobně zní i odpověď od R6: „...se ženami to bylo snazší, protože ženy nebyly jako... tak podobné mému tátovi...“.

Jev, který určitě souvisí s mezilidskými vztahy, je osamělost. Respondent R7 se zmiňuje o strachu z ní: „...mám takový issues, jako nesnáším loučení, nesnáším opouštění, mám takový abandonment issues, hodně trpím strachem se samoty...“.

Častým jevem bylo také to, že rodič se závislostí byl jakýsi odstrašující případ, který už respondenti v životě nechtějí mít, ať už ve vztazích s druhými lidmi, jako třeba respondentka R4: „...tak já mám muže, který neholduje alkoholu, to bych nezvládla. A určitě si nevyhledávám podobný typy jako je můj otec...“, ale i ve vztazích k sobě samým, o čemž se zmínil například R7: „...řekl jsem si, že fakt nikdy nechci být jako on...“, nebo R6: „...no, myslím, že největší problém mám se vztahem, který mám sama se sebou, protože i přesto, že se mi daří, je ještě pár věcí, které musím řešit, protože někdy stále bojuji, jak jsem říkala, s nízkým sebevědomím a moc se snažím nebýt jako můj táta, a to je asi hlavní věc, že se snažím nebýt jako on...“.

Ukázalo se, že respondenti velmi často pociťovali velmi silnou vazbu s druhým rodičem, nebo sourozenci, či prarodiči. Tuto silnou vazbu respondenti většinou považovali za důsledek situace, ve které vyrůstali. R3: „...určitě mě to sepjalo víc s mamkou a s bráchou. To si myslím, že jsme byli mnohem víc semknutý, než třeba nějaký moje vrstevníci...“, R7: „...moje máma je klíč k tomu, jakou jsem teď osobou. Máma je můj člověk, kterému můžu říct úplně cokoliv. Ona mi nemaže med kolem pusy.“, nebo R2: „...myslím si, že díky tomu mám s mamkou mnohem silnější pouto, protože ona v mém životě figurovala víc a já jsem na ní byla extra závislá, cítila jsem se, jako že to je ta nejdůležitější osoba v mém životě a byla jsem na ní dost fixovaná...“.



Celkem tři respondenti vyrůstali v rodině společně s několika mladšími sourozenci a dle jejich odpovědí, bylo naprosto patrné, že již ve velmi útlém věku pociťovali velkou zodpovědnost vůči svým mladším sourozencům. Často tedy zastávali spíše roli rodiče, než sourozence a i to může, dle mého názoru, být důvodem, proč mají tak blízký vztah. O péči o své mladší sourozence se zmiňuje R1: „...*tak jsem se do toho ještě starala o ty své mladší sourozence...*“; „...*šla jsem prostě na sociálku, abych pomohla těm ségrám...*“, a také R6: „*U nás to vůbec nebylo. Já už jsem od osmi let musela začít vařit, uklízet, nějak se postarat o ty mladší, abychom mohli nějak jakoby fungovat...*“.

Další tři respondenti se již ocitají v roli rodiče. Všichni tři respondenti se několikrát během rozhovorů zmínili o svých dětech. Z jejich výpovědí jsem tedy usoudila, že vyrůstání v rodině s rodičem se závislostí může razantně ovlivnit rodičovské postoje člověka. R5 mluví o tom, že se chce o své děti starat lépe, než se bylo staráno o ní: „...*protože máma jakoby ta ani neuklízela a nevařila. O nás se nestarala, mlátila nás, prostě úplně nula. Nějaká aktivita... Tak se snažím, aby ty děti měli všechno, co potřebují, teplou stravu, čistý oblečení, a tak nějak i s nima jináč komunikuju...*“. R8 zase hovoří o větším nepochopení otce se závislostí, poté, co se stala rodičem: „...*ted' když jsem rodič, tak někdy se zamyslím nad nějakou situací z dřívějška a říkám si „wow jako fakt? Jak sis tohle mohl odůvodnit? Jak si tohle dokážeš omluvit?“*. O dětech se zmiňuje i R4 a to v kontextu svých dětí jako vnoučat svého rodiče se závislostí: „...*řešila jsem teda, jestli mu ty děti dáme, jestli si troufneme mu je svěřit. Takže to byla strašně těžká situace, vnímala jsem to ohrožení těch dětí...*“. O postoji k rodičovství se ale zmínil i R3, který se v roli rodiče zatím neocitá: „...*vlastně kdykoliv se potkám s nějakým klukem, tak už přemýšlím, že, jestli by to byl dobrej táta, jestli by náhodou nezklouzl do nějakýho pití, nebo něco. Tyhle myšlenky my jedou skoro o všech mužích, co vidím...*“.

Domnívám se tedy, že tento aspekt života, mezilidské vztahy, je pro lidi, kteří vyrůstali s rodičem se závislostí, velmi silně ovlivněn. Většina respondentů se potýká s nepříjemnými pocity, které mohou ztěžovat navazování vztahů, nebo důvěry. U většiny respondentů lze říci, že mají hodně rozvinutou empatii a je pro ně přirozená starost o druhé. U lidí, kteří vyrůstali s rodičem se závislostí, je také velmi možné, že si dávají větší pozor při výběru životních partnerů.

## 6.5 Zkušenosti respondentů se sociálními službami

Další částí rozhovorů byly otázky, které se vztahovaly na zkušenosti respondentů se sociálními službami v průběhu jejich života. Zajímalo mě, jestli respondenti někdy spolupracovali s nějakou sociální službou, ať už jako rodina, nebo jako jednotlivci. Pokud ano, zajímalo mě, jestli považují pomoc od sociální služby za přínosnou, či nikoliv. Také jsem se ptala, zda je, nebo bylo něco, co by ocenili jako odbornou pomoc.

Polovina respondentů uvedla, že mají nějakou zkušenost se sociální službou z dětství. Dva z těchto respondentů se ale o dané zkušenosti nevyjadřují pozitivně. R1 popisuje svou nehezkou vzpomínku na dobu, kdy se snažila najít pomoc pro sebe a své sestry: *„...sociální služby, tak na to nemám vůbec dobrou vzpomínku. Jednou jsem se naštvála a šla jsem prostě na sociálku, abych pomohla těm ségrám, a byla jsem úplně totálně vydeptaná a konečně jsem se odhodlala v těch sedmnácti říct si o pomoc a o pomoc ségrám, šla jsem na sociálku a teď říkám té paní, že mám prostě problém tenhle a tenhle a bylo to pro mě hrozně těžký o tom mluvit, protože to bylo prostě úplně citlivý, takže jsem se tam úplně rozbřečela a ona místo aby mi nějak poradila, nebo pomohla nebo něco, tak ona mi řekla, že bych si měla najít odbornou pomoc já a poslala mě domů...“.* Respondentka také dodává své nepochopení, proč nikdo nezasáhl do jejich situace: *„...taky nechápu, mně asi ve třinácti máma napsala dopis na rozloučenou a opilá se šla jakoby vybourat do auta jo, sebrali jí papíry, naborovala do pracovního úřadu, takže o tom vědělo celý město jo, a i když všichni věděli, že tam jsou ty děti v té domácnosti a ona dělá tyhle věci, tak u nás žádná sociálka nikdy nebyla jako na kontrole jo, a nic prostě, takže jsem si vždycky říkala, nechápu to, co tam dělají, jestli dělají svojí práci...“.* O svou nepříjemnou zkušenost se podělil i R3: *„Se službama jsme úplně nepracovali, byli jsme občas, jako si pamatuju, že jsme byli třeba u nějakýho psychologa, když se naši rozváděli, ale tam si pamatuju, že to bylo hrozný. Byli tam na mě hrozně nepříjemný. A pak jsem byla na základce na nějakých terapiích, který jsem ale hrozně odmítala, že je nechci. Ale teďka chodím na terapie a chodím tam moc ráda.“.*

Respondent R5 se o své zkušenosti zmiňuje neutrálně: *„...měli jsme sociální pracovníci, když se naši rozváděli. Tak tam u rozvodu byla sociální*

*pracovnice, co se s náma bavila...“*, dodává ale pocit strachu, který jako dítě ze sociálních pracovníků měla: *„...toho bych se spíš asi tenkrát bála, že by mě třeba odvezli do děčáku, nebo tak...“*.

Poslední z respondentů, kteří hovořili o své zkušenosti s odbornou pomocí v dětství, shledává pomoc velmi přínosnou: *„Myslím, že to bylo přínosné, protože to bylo poprvé, kdy jsem se o tom otevřela a kdy jsem si uvědomila, že mám vlastně problém s tátou a že to špatné nedělám já, ale že jiná osoba mi dělá zle, jo, myslím, že mi to pomohlo uvědomit si, že můj život nutně nesouvisí s city, které ke mně chová můj táta, ani s city, které chovám já k tátovi, takže si myslím, že mi to hodně pomohlo...také s mým sebevědomím. Kromě toho je těžké hledat pomoc, obzvlášť, jak jsem říkala, spousta lidí vám nerozumí, nezná vaší situaci, i když je hodně lidí, kteří mají také závislé rodiče, prarodiče nebo cokoli jiného.“*

Dva z respondentů se také zmínili o vzpomínce na program primární prevence, který se odehrál na základní škole. Respondent R6 na něj ale nevzpomíná v dobrém: *„V Německu jsme měli kurz protidrogové prevence a bylo to ve stylu „toto je účinek, jaký budou mít drogy na vaše tělo“ a ukázali nám strašné obrázky a bylo to velmi děsivé a mělo nás to odradit brát drogy, ale hodně mě to vyděsilo, protože jsem měla pocit, že – tohle by mohl být brzy můj táta, a myslím, že by to mělo být spíš jako citlivá záležitost a hmm.. hmm, nevím...“*.

Na otázku, zda si respondenti myslí, že je něco, co by jim v dětství mohlo pomoci v situaci, ve které se ocitali, ale této pomoci se jim nedostalo, mi většina respondentů odpovědělo, že neví. Respondenti R1 a R3 se ale podělili o svůj názor. R1: *„Určitě si myslím, že to mohli už hodně vidět i ve škole. No a mohli to líp prostě nějak podchytit už, no, mně přijde, že v těch školách jako supr, teďka tam je nějaký terapeut, že jo, nebo speciální pedagog, ale dřív jako nebyli a přijde mi, že se o ty děti hodně málo jako pečuje, po tý psychický stránce. Hrozně mě štve, že se o ty děti málo pečuje po tý psychický stránce jako už i na základních školách a pak mě taky štve, že ty sociální služby by mohly být lepší, a ne že mě pošlou do prdele, když jim řeknu, že moje máma je alkoholik a mlátí moje ségry a mě, tak to už mi nepřišlo fér, no.. A pro mě to bylo hrozně těžký, už jenom o tom mluvit, protože se za to stydíš, no a hlavně pak prostě nevíš, kam jít, že jo, a když už se konečně odhodláš, a někam jdeš a potom jako zjistíš, že oni tě pošlou do prdele, tak nemáš chuť se k tomu vracet, no...“*, R3: *„Myslím si, že by úplně*

*každýmu dítěti na světě pomohlo, kdyby se ty děti prostě brali jako hodně vážně, prostě. Jo? Že občas mám takovej pocit, že nějaký děti nejsou úplně vyslyšený, že jako... a neříkám jako jenom já, já takovej pocit mám úplně všeobecně ve světě o dětech a že vlastně, vlastně jako jo, mám pocit, že o tom tenkrát se mnou nikdo moc nemluvil. Ať už to bylo myšlený v dobrým, nebo to je jedno, ale myslím si, že co by pomáhalo lidem, dětem a rodinám, je, kdyby dospělí děti brali hodně vážně a neříkali si takový to „jo, to je dítě, to se z toho dostane, to ho přejde, nebo jo, prostě děti nemají problémy“, protože tak to není a bylo by fajn, kdyby to všichni věděli a brali to fakt vážně.“*

Šest respondentů uvedlo, že nyní, v dospělosti, dochází na terapie. Jeden respondent se o terapiích vůbec nezmiňoval a poslední respondent zmínil, že na terapie nedochází, ale určitě by mu přišly velmi užitečné.

## **6.6 Copingové strategie respondentů**

Ptala jsem se respondentů, co jim nyní pomáhá překonávat nepříjemné pocity a emoce spojené s dětstvím, které měli, nebo s tím, že mají rodiče se závislostí. Jak jsem již zmínila, většina respondentů dochází na terapie. To souvisí i s tím, že nejčastěji respondenti uváděli mluvení o problému jako něco, co nejvíce pomáhá. Ve své odpovědi to popisuje třeba R5: *„Jo, jo, mluvit o tom, nedržet to v sobě. Protože to pak jakmile člověk drží v sobě, je to ještě horší. To se ten člověk potom zavře do sebe a už s nikým nekomunikuje a nikdo s ním neudělá nic...“* a R7: *„Já se o tom klidně i v pohodě bavím.. A vlastně mě to i baví se o tom bavit.“*

Respondent 4 se zmiňuje o mechanismech, které získal na terapiích: *„...tam jsem se naučila různé mechanismy, jak chápat situace a jak na ně reagovat. A podvědomě mi hrozně vadí, když se ubližuje dětem. Možná nějaká křivda uvnitř od táty. Takže teď mi pomáhá to, co jsem se naučila na té terapii, ale sama bych si s tím neporadila.“*

Další copingové strategie, o kterých se respondenti zmiňují, se od sebe navzájem liší. Objevuje se psaní do deníčku, čtení, cvičení, respondent 5 zase procházky, ale také soustředění se na druhé: *„...zaměřit se na svoje děti. Začnu se jim věnovat, začneme něco vyrábět, jdeme ven, nebo cokoli jiného, abych na*

*to prostě nemyslela, nějak se od toho odpoutala a zaměřila se víc na svoje děti. Ti jsou můj motor, co mě táhne...“.*

Dvakrát se objevily odpovědi, které zahrnovaly pozitivní pohled na rodiče se závislostí. R2 říká: „...nevím, jak stárnu, tak je pro mě snazší mít soucit a učit se o traumatu a jak to funguje..a taky si myslím, že prostě každý se snaží, jak nejvíc může. Jasně, mám s otcem pořád obtížný vztah, ale momentálně pro mě nejlepší způsob, jak se přes všechno přenést, je odpuštění a soucit pro něj...“ a R6: „Myslím, že možná přemýšlení o tátovo úspěších, protože se mu posledních pár měsíců dařilo docela dobře, i když psychicky se mu moc nedařilo, ale měl nějaké dobré úspěchy a myslím, že je hezké to vědět a někdy se snažím vzpomínat na ty dobré věci. Protože tam byli i dobré vzpomínky, jo.“

Respondent R1 zmiňuje moc hezky péči o sebe sama: „Je fakt hezký teďka si dávat ty věci, který jsem neměla, teďka tak vlastně pečuju o tu malou holku, která neměla hodně věcí a je to fajn, ale musí si člověk najít k tomu cestu sám, no“.

Zjistila jsem, že všichni, kteří docházejí na terapie, je shledávají za užitečné. Myslím si, a vypožadovala jsem to i z chování respondentů, že je pro lidi z těchto rodin velmi důležité a úlevné o tom mluvit. Domnívám se, že respondenti, kteří se na své rodiče snaží koukat se soucitem a odpuštěním, mohou lépe opouštět od nepříjemných pocitů.

## **6.7 Doplnkové komentáře od respondentů**

Na závěr rozhovorů jsem se ptala všech respondentů, zda je něco, týkajícího se tématu, co by ještě měli potřebu sdělit. Většina respondentů měla pocit, že už řekli vše, co chtěli. R4 ale dodává: „No, je to hrozně těžký téma teda, ale je velmi důležitý a myslím, že se s tím potýká každý druhý dítě, je to hodně častej problém a může to mít dojezdy až do dospělosti a je důležité, aby se to někde zastavilo, tahle linie. Aby to nepokračovalo.“ A R5: „Nenechat se s tím strhnout vším. Udělat si v životě svůj vlastní vnitřní pořádek, nastavit si ty priority, co chce člověk dokázat, co chce mít a za tím si jít. A nenechávat se strhávat tou minulostí, jinak se z toho zblázní, to je asi tak nějak všechno.“

## 6.8 Shrnutí analytické části

Mou hlavní výzkumnou otázkou bylo, jaký vyrůstání v rodině s rodičem se závislostí ovlivnilo život respondentů. Tato otázka je velmi subjektivní a abstraktní, proto jsem si vymezila několik aspektů, které ovlivňují kvalitu života člověka, a na jednotlivé aspekty jsem se poté zaměřila ve své práci. Šlo o aspekty zdraví, vzdělávání a profese, vztah k návykovým látkám, mezilidské vztahy. Tyto aspekty jsem jednotlivě zkoumala s každým respondentem. Dále mě zajímalo, jestli a jaké mají respondenti zkušenosti se sociálními službami a co jim pomáhalo a stále pomáhá se vypořádat se situací, ve které se nacházeli, či stále nacházejí.

Prvním aspektem, který ovlivňuje život, a který jsem zkoumala, je zdraví. Došla jsem k závěru, že naprostá většina respondentů si je vědoma dopadů na své zdraví, které zapříčinila nepříznivá situace v rodině. Dopady to mělo na zdraví fyzické, i duševní. Respondenti se nyní potýkají s alergiemi a astmatem, u čehož sice nemůžeme znát příčinu, ale dva respondenti vidí příčinu právě tady. Další fyzické příznaky, které respondenti zažívali, či stále zažívají, mohou být projevy duševní nepohody. Mezi nimi respondenti zmínili třeba bolest břicha, nebo pocit špatného dýchání. Respondenti, u kterých to byla matka, která měla závislost, se objevovalo i riziko hladu či zanedbané hygieny. Nejčastěji ale respondenti zmiňovali duševní neduhy, jako jsou úzkosti, deprese, nebo nízké sebevědomí. Za velmi zajímavé a důležité, považuji fakt, že se naprosto všichni respondenti v průběhu rozhovorů sami od sebe zmiňovali o konkrétních zážitcích, které by se daly označit za „traumatizující“.

Dalším zkoumaným aspektem bylo vzdělávání. Přesto, že u jednoho respondenta se ukázalo, že vzdělání bylo ovlivněno opravdu hodně, u ostatních se ukázal opak. Většina respondentů nevnímá, že by jejich vzdělávání bylo ovlivněno závislostí jejich rodičů. Zajímavé ale bylo, že většina respondentů byli ze sociální, pomáhající sféry, nebo studenti sociálních oborů, ačkoliv se vzájemně neznali a nebylo mým úmyslem mít respondenty právě z této sféry. Ačkoliv ne všichni respondenti tuto skutečnost přiřazují právě oné zkušenosti s rodičem se závislostí, já se domnívám, že nějakou roli to hraje.

Třetím zkoumaným aspektem byl vztah respondenta k návykovým látkám. Z této části rozhovorů je patrné, že většina respondentů měla, alespoň v nějaké části jejich života, velký odpor k návykovým látkám.

Posledním aspektem ovlivňující kvalitu života, který jsem zkoumala, jsou mezilidské vztahy. Tento aspekt se mi zdál nejvíce ovlivněný ze všech a také v respondentech vyvolával největší emoce. Ukázalo se, že lidé, kteří vyrůstali v rodině s rodičem se závislostí, spojují pocity méněcennosti, strach a nedůvěra v lidi.

Další částí rozhovorů byly otázky, týkající se sociálních služeb, další odborné pomoci a copingových strategií respondentů. Ukázalo se, že polovina respondentů v dětství přišlo do kontaktu s nějakou sociální službou, ale několikrát se v odpovědích objevily nepříjemné pocity a vzpomínky spojené s touto zkušeností. Několikrát jsem zaznamenala, že by si respondenti přáli, aby v dětství byli více vyslyšeni a bráni vážněji. Nyní naprostá většina respondentů dochází na terapie a každý už má nějaké svoje konkrétní copingové strategie, které mu pomáhají, jako jsou třeba procházky, čtení, nebo cvičení. Jednoznačně mluvení o tom je něco, co respondenti shledávají za důležité.

## ZÁVĚR

Má bakalářská práce pojednává o vyrůstání v rodině s rodičem se závislostí a vliv této skutečnosti na život člověka. Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak vyrůstání v rodině s rodičem se závislostí ovlivnilo dotazované. Konkrétněji, jak vyrůstání v rodině s rodičem se závislostí ovlivnilo konkrétní aspekty, které ovlivňují kvalitu života, dotazovaných. V první části práce jsem se pokusila teoreticky vymezit důležité pojmy, které jsou pro tuto práci stěžejní. Vymezila jsem tedy pojmy, jako je závislost, rodina, život člověka, kvalita života. V části praktické jsem popsala metodologii, kterou jsem používala při realizaci výzkumu a popsala zjištění, ke kterému jsem došla na základě odpovědí od svých respondentů.

Dětství je velmi důležitá část našeho života, jelikož dokáže rapidně ovlivnit náš celý život. Někteří lidé ale v průběhu dětství zažijí traumatické zážitky, nebo prožívají velmi těžké situace a vlivy, které dětství má na jejich život, mohou být velmi negativní. Ráda bych touhle prací poukázala na problematiku závislostí v rodině, která je velmi častým jevem všude po světě, a na to, že je potřeba brát děti vážně, naslouchat jim a mluvit s nimi.

Na závěr bych ráda popřála všem dětem, jež se potýkají s jakoukoliv nepříznivou situací, aby to na jejich život mělo co nejmenší negativní dopad a aby se jim dostalo co nejvíce podpory a vyslechnutí.



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

BARNARDOVÁ, Marina, 2011. *Drogová závislost a rodina*. Praha: Triton. ISBN: 978-80-7387-386-8.

CENTRE FOR STUDIES ON HUMAN STRESS. [online] Coping strategies. [cit. 24. 4. 2023] Dostupné z: <https://humanstress.ca/stress/trick-your-stress/steps-to-instant-stress-management/>

CUI, L., LI, Z, 2023.. *The influence of family function on online prosocial behaviours of high school students: A moderated chained mediation model*. *Frontiers in Psychology*. [online] Changchun: 2023. [cit. 17. 3. 2023] Dostupné z: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2023.1103897/full>.

DANONA, Anu 2016., *The Impact of Parental Substance Abuse on Children*. In: *Identifying, Treating, and Preventing Childhood Trauma in Rural Communities*. Hersey, PA: IGI Global,, 2016, str. 30-42. ISBN: 9781522502296.

DUNOVSKÝ, Jiří, 1986. *Dítě a poruchy rodiny*. Praha: Avicenum. ISBN: 08-040-86.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION, 2022. *Families of people who use drugs: health and social responses*. [online] Dostupné z: [https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/families-health-and-social-responses\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/families-health-and-social-responses_en). ISBN: 978-92-9497-840-0.

FERJENČÍK, Ján, 2015. *Úvod to metodologie psychologického výzkumu. Jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál, 2015. ISBN: 978-80-7367-815-9.

FISCHER, Slavomil, ŠKODA, Jiří, 2014. *Sociální patologie - závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení, 2. rozšířené a aktualizované vydání*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-5046-0.

GUEVARA, Raquel M., et al, 2021. *Relevant factors in adolescent well-being: family and parental relationships*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021, 18.14: 7666.

HAJNÝ, Martin, 2001. *O rodičích, dětech a drogách*. Praha: Grada. ISBN: 80-2447-0135-9.

Haraldstad, HARALDSTAD, K, kolektiv. LIVSFORSK network (2019). *A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 28(10), 2641–2650. [online] Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02214-9>

HARTL, Pavel, 2004. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-803- 1.

HELUS, Zdeněk, 2007. *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-1168-3.

KALINA, Kamil, 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-1411-0.

KALINA, Kamil, 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-4331-8.

KOPASOVÁ, Dorota, 2007. *Načůvaj dítěti*. Petrus. ISBN: 978-80-89233-30-4.

KRAUS, Blahoslav, 2014. *Společnost, rodina a sociální deviace*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN:978-80-7435-411-3.

KUKHIANIDZE, Ketevan, 2013. *Adoption by same-sex couples*. European Scientific Journal. [online] Tbilisii, 2013. [cit. 15. 3. 2023]. ISSN: 1857- 7431. Dostupné z: <file:///C:/Users/Uzivatel/Downloads/1618-Article%20Text-4793-1-10-20130808.pdf>.

MATĚJČEK, Zdeněk, 1992. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: SPN. ISBN: 80-04-25236-2 in: HELUS, Zdeněk, 2007. *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-1168-3.

MATOUŠEK, Oldřich, kolektiv, 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-262-0366-7.

MINISTERSTVO SPRAVEDLNOSTI ČR, 2020. [online]. *Rodičovská odpovědnost*. [cit. 31. 1. 2023] Dostupné z: <https://portal.gov.cz/rozcestniky/rodicovska-odpovednost-RZC-6>.

MOŽNÝ, Ivo, 2008. *Rodina a společnost*,. 2., upr. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2008. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-86429-87-8.

Navabi NAVABI N, Asadi ASADI A, NakhaeeNAKHAEE N, 2017. *Impact of Drug Abuse on Family Quality of Life*. *Addict Health* 2017; 9(2): 118-9. [online] Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5742419/pdf/AHJ-08-118.pdf>

NEŠPOR, Karel, 2011. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-262-0189-2.

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

SLEZÁČKOVÁ, Alena, 2012. *Průvodce pozitivní psychologií. Nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-3507-8.

SOBOTKOVÁ, Irena, 2007. *Psychologie rodiny*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-250-8.

TAYLOR, Andy. *The impact of parental substance misuse on child development*. In: *Research in practice*. [online] Dostupné z: <https://www.cumbria.gov.uk/eLibrary/Content/Internet/537/6683/6684/4352993837.pdf>, citováno: 28. 1. 2023.

ÚZÍŠ ČR, 2022, 10. revize *Mezinárodní klasifikace nemocí*. [online] Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F11.1>

VÁGNEROVÁ, M., LISÁ, L, 2022. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vydání třetí, přepracované a doplněné. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2021. ISBN 978-80-246-4961-0.

WHO, 2012. [online]. *WHOQOL User manual*. [cit. 30. 1. 2023]. Dostupné z: <https://www.who.int/tools/whoqol>.

WHO, 2023. [online] WHOQOL: Measuring quality of life. [cit. 30. 1. 2023]. Dostupné z: <https://www.who.int/tools/whoqol>.

WOITITZ, Janet Geringer. *Dospělé děti alkoholiků: překročte bludný kruh minulosti*. Přeložil Jiří MARTÍNEK. Praha: Portál, 2021. ISBN 978-80-262-1713-8.

ZOUou, Z., WangWANG, H., d'Oleire UquillasD'OLEIRE UQUILLAS, F., WangWANG, X., DingDING, J., CHENhen, H. (2017). *Definition of Substance and Non-substance Addiction*. In: ZhangZHANG, X., SHIhi, J., TAOao, R. (eds) *Substance and Non-substance Addiction. Advances in Experimental Medicine and Biology*, vol 1010. Springer, Singapore. [https://doi.org/10.1007/978-981-10-5562-1\\_2](https://doi.org/10.1007/978-981-10-5562-1_2)

## **RESUMÉ**

This bachelor thesis focuses on the issue of growing up in a family with a parent with addiction. My goal was to use interviews to find out how the respondents perceive the influence of growing up in a family with a parent with addiction on their life. First, I tried to theoretically grasp concepts that were important for my work, such as addiction, family, the quality of life. In the second part, I began to focus on the knowledge that the interviews brought me. I conducted interviews with people who grew up in a family with a parent with addiction. Their ages ranged from twenty to fifty and they were from three countries in total: the Czech Republic, Germany and the USA. I think that the most affected aspect that affects the quality of life is social relationships.

## PŘÍLOHY

**Tabulka 1: Souhrn oblastí s potenciálním dopadem na děti napříč jejich vývojovými stádii, u nichž bylo zjištěno, že souvisejí s užíváním návykových látek rodiči**

Age in years	Health and well-being	Education and cognitive ability	Relationships and personal identity	Emotional and behavioural development
<b>0 to 4</b>	<p>Neonatal abstinence syndrome</p> <p>Poor hygiene and diet</p> <p>Missed immunisations and health and dental checks</p> <p>Safety risks due to inadequate supervision</p> <p>Physical violence</p>	<p>Lack of stimulation due to parental preoccupation with drugs and own problems</p> <p>Irregular or non-attendance at pre-school</p>	<p>Separation from one or both biological parents</p> <p>Problems with attachment to parents or carer</p> <p>May be expected to take on excessive responsibility</p>	<p>Emotional insecurity due to unstable parental behaviour and absence</p> <p>Hyperactivity, inattention, impulsivity, aggression, depression and anxiety – all more common</p> <p>Continued fear of separation</p> <p>Inappropriate learned responses due to witnessing violence, theft and adult sexual behaviour</p>
<b>5 to 14</b>	<p>School medicals missed</p> <p>Dental checks missed</p> <p>Poor support in puberty</p> <p>Early smoking, drinking and drug use more likely</p>	<p>Poor school attendance, preparation and concentration due to unstable home situation, especially if looking after siblings</p> <p>Increased risk of school exclusion</p>	<p>Restricted friendships</p> <p>May take on excessive responsibility for parents or siblings</p> <p>Poor self-image and low self-esteem</p>	<p>More antisocial acts by boys; depression, anxiety and withdrawal among girls</p> <p>Emotional disturbance and conduct disorders; for example, bullying and sexual abuse are more common</p>

<b>Age in years</b>	<b>Health and well-being</b>	<b>Education and cognitive ability</b>	<b>Relationships and personal identity</b>	<b>Emotional and behavioural development</b>
<b>15+</b>	Increased risk of problem substance use, pregnancy and sexually transmitted diseases	Lack of educational attainment may affect long-term quality of life	Lack of appropriate role models may impact on relationships and personal identity	Greater risk of self-blame or guilt, increased risk of suicide Higher risk of offending and criminality

(EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION, 2022)

**Tabulka 2: WHOQOL - domény a aspekty pilotního hodnocení**

<b>Domain 1</b>	<b>Physical / fyzické zdraví</b>
1	Pain and discomfort / bolest a nepohodlí
2	Energy and fatigue / energie a únava
3	Sexual activity / sexuální aktivita
4	Sleep and rest / spánek a odpočinek
5	Sensory functions / smyslové funkce
<b>Domain 2</b>	<b>Psychological / psychika člověka</b>
6	Positive feelings / pozitivní pocity
7	Thinking, learning, memory and concentration / myšlení, učení, paměť a koncentrace
8	Self-esteem / sebevědomí
9	Bodily image and appearance / tělesná image a vzhled
10	Negative feelings / negativní pocity
<b>Domain 3</b>	<b>Level of independence / stupně nezávislosti</b>
11	Mobility / mobilita
12	Activities of daily living / každodenní aktivity
13	Dependence on medical substances and medical aids / závislost na léčebných látkách a zdravotnických pomůckách
14	Dependence on nonmedical substances (alcohol, tobacco, drugs) / závislost na neléčebných látkách (alkohol, tabák, drogy)
15	Communication capacity / komunikační kapacita



16	Work capacity / pracovní kapacita
<b>Domain 4</b>	<b>Social relationships / sociální vztahy</b>
17	Personal relationships / osobní vztahy
18	Social support / sociální podpora
19	Activities as provider/supporter / aktivity jako poskytovatel/podporovatel
<b>Domain 5</b>	<b>Environment / prostředí</b>
20	Freedom, physical safety and security / svoboda, fyzická bezpečnost a jistota
21	Home environment / domácí prostředí
22	Work satisfaction / spokojenost v zaměstnání
23	Financial resources / finanční zdroje
24	Health and social care: accessibility and quality / zdravotní a sociální péče: dostupnost a kvalita
25	Opportunities for acquiring new information and skills / příležitosti k získávání nových informací a dovedností
26	Participation in and opportunities for recreation/leisure activities / účast a možnosti rekreace/volnočasových aktivit
27	Physical environment (pollution, noise, traffic, climate) / fyzické prostředí (znečištění, hluk, provoz, klima)
28	Transport / doprava
<b>Domain 6</b>	<b>Spirituality/religion/personal beliefs / Spiritualita / religion / osobní přesvědčení</b>
<b>Overall quality of life and general health perceptions / Celková kvalita života a celkové vnímání zdraví</b>	

(WHO, 2012)

## Struktura rozhovoru

### 1. Část – otázky ohledně rodiny a jejího fungování

„Žili jste s oběma rodiči? Pokud ano, měli závislost oba dva, nebo jeden z rodičů?“

(„Který z Vašich rodičů měl (má) závislost?“)

„Jak dlouho jste žili v jedné domácnosti s Vaším rodičem/rodiči se závislostí?“

„Byl/a jste si vědom/a, že váš rodič má závislost?“

„Na čem byl Váš rodič závislý?“

„Řekl/a byste, že Váš rodič byl schopný zastávat roli rodiče i přes jeho závislost?“

### 2. Část – otázky týkající se vlivu závislosti

„Jak podle Vás ovlivnila závislost rodiče/rodičů Vaše zdraví a životní pohodu?“

„Jak ovlivnila závislost Vašeho rodiče / rodičů Vaše vzdělávání, profesi a dovednosti?“

„Jak podle Vás ovlivnila závislost rodiče/ rodičů Vaše sociální vazby a vztahy?“

„Jak podle Vás ovlivnila závislost rodiče/ rodičů Váš postoj k návykovým látkám?“

### 3. Část – otázky týkající se protektivních a rizikových faktorů

„Objevovaly se ve Vaší rodině i jiné problémy, jako třeba konflikty, nevěra, zdravotní problémy členů rodiny, apod.“

„Myslíte si, že Vaše rodina měla nějaké tzv. protektivní faktory? Např. dobré materiální zabezpečení, dobré vztahy se širší rodinou a další sociální vazby, atd., pokud ano, jaké?“

#### 4. Část – otázky týkající se pomoci

„Co Vám v minulosti pomáhalo s nepříjemnými pocity, pokud nějaké byly, v souvislosti se závislostí vašeho rodiče?“

„Co Vám nyní pomáhá s nepříjemnými pocity, pokud nějaké máte, v souvislosti se závislostí vašeho rodiče?“

„Spolupracoval/a jste v dětství a dospívání, ať už samostatně, nebo jako rodina, s některými sociálními službami a odborníky?“

„Pamatujete si, zda pro Vás tato odborná pomoc byla přínosná a jak?“

„Napadá Vás něco, co by Vám jako dítěti tenkrát pomohlo, ale nedostal/a jste to?“

„Máte ještě nějaké doplňující komentáře, nebo poznámky k tomuto tématu, které byste chtěl/a sdělit?“