

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



FILOZOFICKÁ FAKULTA
UNIVERZITY KARLOVY
V PRAZE

Diplomová práce

Jana Švecová

**Duševní odolnost u dětí z rodin alkoholiků
s důrazem na vztahovou resilienci**

**Resilience in Children of Alcoholic Families
with an emphasis on relational resilience**

Praha 2013

Vedoucí práce: PhDr. Simona Hoskocová Horáková, PhD.

Na tomto místě chci poděkovat PhDr. Simoně Hoskovcové, PhD. za její laskavé a odborné vedení mé diplomové práce, za její vstřícnost a trpělivost.

Dále chci poděkovat respondentům, kteří se účastnili výzkumu, za jejich spolupráci, otevřenost a odvahu přispět svým vyprávěním k příběhu duševní odolnosti.

Z celého srdce děkuji svým milým blízkým, kteří mi byli a jsou rodinou, přáteli a oporou v běhu mého života, a díky kterým plně oceňuji krásu mezilidských vztahů.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 22.7. 2013

.....

Jana Švecová

Abstrakt:

Předmětem diplomové práce je duševní odolnost dětí z rodin alkoholiků s důrazem na vztahovou resilienci. Teoretická část se zabývá systémovým pohledem na rodinu, problematikou rodin, kde figuruje alkoholismus a obtížemi dětí, resp. dospívajících z těchto rodin. Následná kapitola studuje téma resilience a s tím související protektivní faktory s přihlédnutím k sociálním vazbám. Navazuje téma vztahové resilience, jehož koncept je použit v empirické části práce. Teoretickou část završuje stať o zdraví v souvislosti se subjektivně vnímanou životní spokojeností dětí alkoholiků.

V empirické části vycházím z kvalitativního výzkumu. Ten se opírá o kombinaci metod jako je analýza dokumentů, práce s časovou osou a rodinnou mapou respondenta, polostrukturované interview a dotazník SEIQoL. Vzorek tvoří dospívající z rodin alkoholiků, docházející do terapeutického programu pro rodiny závislých, vybraní dotazníkem CAST.

Získaná data analyzuji pro výskyt prvků vztahové resilience u jednotlivých respondentů, následně je komponuji do případové studie.

Z výsledků práce vyplývá, že všichni mnou zkoumaní respondenti vykazují výskyt všech vytipovaných prvků vztahové odolnosti. Dále vyplývá, že první a nejčastěji zmiňovanou osobou v souvislosti s těmito prvky je osoba terapeutky programu, nejčastějším prostředím terapeutická skupina. Neshledali jsme žádné genderové rozdíly ve výskytu jednotlivých prvků. Konečně, respondenty vnímaná vlastní životní spokojenost je relativně vysoká.

Klíčová slova:

Děti alkoholiků, resilience, vztahová resilience, dospívající, kvalita života

Abstract:

The subject of this thesis is resilience of children from alcoholic families, with an emphasis on relational resilience. The theoretical part deals with systemic view of the family, alcoholism as a family illness and difficulties of children, resp. adolescents from such families. The subsequent chapter studies the theme of resilience, protective factors with regard to social ties, and proceeds with relational resilience, applied in the empirical part. The final part of the thesis is dedicated to health in the context of subjectively perceived life satisfaction.

The empirical part, based on qualitative research, consists of methods: documents analysis, work with timeline, family map, semi-structured interview, SEIQoL questionnaire. The sample consists of adolescents from alcoholic families, attending a therapeutic program, selected by CAST questionnaire.

The obtained data are analyzed for occurrence of relational resilience within each respondent, composed into case studies. Results of the study show that all respondents reported incidence of all items of relational resilience. The first and most frequently mentioned person in relation to the items was female therapist of the program; the most common community is the therapeutic group. We did not find any gender differences in the items incidence. Finally, respondents' perceived life satisfaction was relatively high.

Keywords:

Children of alcoholics, resilience, relational resilience, adolescent, quality of life

Obsah

Úvod	8
1 Vymezení pojmů	10
2 Systémové pojetí rodiny	13
2.1 Prostor rodiny	14
2.2 Komunikace a rodinná dynamika	16
2.3 Transgenerační příběh rodiny	17
2.4 Rodina a vnější svět	18
2.5 Potřeby dítěte v rodině	21
2.5.1 Potřeby dětí obecně	21
2.5.2 Svět a potřeby adolescentů	21
3 Alkoholismus jako rodinná nemoc	28
3.1 Specifika alkoholických rodin	29
3.2 Situace dětí v rodinách alkoholiků	31
3.2.1 Krize a chronicita ve světě COA	32
3.2.2 Chlapci a dívky: Rozdílné etiologie obtíží a zvládání	35
3.2.3 Adaptační role COA: parentifikace, spoustifikace a jiné role	37
3.2.4 Dopad na psychosociální kompetence dítěte	42
3.2.5 Jak rodič, tak potomek?	42
3.2.6 Dospělé děti alkoholiků (ACOA)	45
4 Resilience	50
4.1 Koncept resilience – vývoj a vymezení souvisejících pojmů	50
4.2 Vlivné koncepty resilience	52
4.3 Protektivní faktory	55
4.3.1 Sociální vazby a opora jako protektivní činitelé	61
4.4 Výzkumy resilience u rodin alkoholiků	64
4.5 Vztahová resilience	65
4.5.1 RCT neboli vztahově kulturní teorie	67
4.5.2 Růst podporující vztahy	69
4.5.3 Odloučení a izolace	69
4.5.4 Výzkumy vztahové resilience	72
4.5.5 Komponenty vztahové resilience	73
4.6 Zdraví navzdory zátěži COA	77
Empirická část	81
5 Kvalitativní výzkumná strategie	82
5.1 Validita a reliabilita v kvalitativním výzkumu	83
5.2 Cíl výzkumu	83
5.3 Výzkumné otázky	84
5.4 Metody sběru dat	86
5.5 Etika výzkumu	90
5.6 Výběr a popis vzorku	91
5.7 Operacionalizace	98
6 Výsledky výzkumu	99
6.1 Kasuistiky	99
6.1.1 Kasuistika „Zita“	99
6.2 Výsledky	112
6.2.1 Hlavní výzkumná otázka	112
7 Diskuse	135
8 Závěr	143

Seznam použité literatury	146
Seznam příloh.....	166

Seznam použitých zkratk:

COA – child of alcoholic (dítě alkoholika).

ACOA – adult child of alcoholic (dospělé dítě alkoholika).

CAN – child abuse and neglect (Syndrom týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte).

T – terapeut terapeutické skupiny v blíže popsáném programu rodinně terapeutické a psychoterapeutické péče o rodiny závislých, jehož se účastnili všichni respondenti.

TA – terapeutka terapeutické skupiny v blíže popsáném programu rodinně terapeutické a psychoterapeutické péče o rodiny závislých, jehož se účastnili všichni respondenti.

nM – nevlastní matka respondenta

nO – nevlastní otec respondenta

M – matka respondenta

O – otec respondenta

Seznam použitých obrázků:

Obrázek 1 Subsystemy v rodinném systému, jejich polopropustné hranice a cirkulární komunikace (Sobotková, 2001)	15
Obrázek 2 Mapa sociální dělohy: rodina (Trapková, Chvála, 2004)	19
Obrázek 3 Vývojová trajektorie dcery a syna (Trapková, Chvála, 2004, str. 124-125).....	26
Obrázek 4 Mnohvrstevnaté zakotvení zdraví, resp. nemoci (Prochaska, Norcross, 2006)	29
Obrázek 5 Role, které děti v rodinách alkoholiků nejčastěji naplňují (Braithwaite, Devine, 1993; Tothová, 2011)	40
Obrázek 6 Rizikové faktory na úrovni systémů pro dospívajícího (Jenson, Fraser, 2011, str. 7).....	44
Obrázek 7 Modely protektivních a resilientních faktorů podle Luthar, Cicchetti a Becker (2007).....	56
Obrázek 8 Protektivní faktory, resp. dynamické procesy mezi složkami na různých úrovních – systémový model resilience Kumpfer (1999)	57

Úvod

Tato práce se věnuje duševní odolnosti dětí z rodin alkoholiků.

Již 8 let terapeuticky pracuji s dětmi a rodinami, kde se vyskytuje závislost na alkoholu. Všímám si podobností a odlišností v příbězích těchto dětí a rodin. Bývám svědkem náhlých krizí, které děti prožívají, stejně jako chronických stavů, coby zkamenělých kulis, ve kterých tyto děti žijí. Navzdory mnohým nepřízním, či snad právě pro ně, často shledávám u těchto dětí obdivuhodnou nezdolnost. Právě pro ně je přiléhavá metafora ptáka Fénixe, vstávajícího z popela. Ony, stejně jako Fénix, jsou často obdivuhodné, přestože prošly požáry.

Diplomová práce na toto téma je přirozeným vyústěním mých dosavadních zkušeností v terapeutickém programu, stejně jako získaných vědomostí a dovedností v této problematice. Dokončila jsem výcvik v rodinné terapii psychosomatických poruch, část projektu s dětmi alkoholiků jsem předala jiným, a přecházím tak do dalšího období svého života. Tato práce pro mne představuje milník, a zároveň odrazový můstek dál. Jejím skromným záměrem je přispět k tématu odolnosti dětí z rodin alkoholiků zejména pohledem protektivních, tedy zdraví podporujících prvků.

Nejprve vymezím základní pojmy, tedy alkoholismus, děti z rodin alkoholiků, rizikové a protektivní faktory, resilienci a vztahovou resilienci, pojem zdraví. Zdárný vývoj dětí a jejich potřeby jsou pevně vázány na systém rodiny, ve kterém vyrůstají. Bez uvědomování si kontextu rodiny by nebylo možné problematice dostatečně porozumět. Na téma dětí alkoholiků budu tedy nahlížet prismatem systémového pohledu na rodinu. Ujasním vývojové potřeby dětí, resp. dospívajících. Navážu specifiky těch z rodin alkoholiků. Budu se stručně věnovat rizikovým faktorům na straně dítěte alkoholika a rodinného systému, jehož je součástí. Ty nadnesu zejména proto, abych vystihla souvislosti pro empirickou část mé práce. Zároveň, obecné i specifické protektivní faktory je možné lépe uchopit, seznáme-li se s nepřízní, které děti z alkoholických rodin čelí.

Posléze se budu zabývat odolností, neboli resiliencí. Část kapitoly věnuji vývoji pojmu, nosným teoriím a přínosným výzkumům. Zaměřím se na protektivní prvky a procesy, zejména na ty, budující tzv. vztahovou resilienci. Vztahovou resilienci osvětlím podrobněji s ohledem na její použití v empirické části práce. V závěru teoretické části práce krátce zmíním holistický koncept well-being v kontextu dobře adaptovaného dítěte alkoholika. Byť ten je svým způsobem přítomen ve všech předchozích částech práce.

V empirické části zpracovávám pomocí kvalitativních metod příběhy dospívajících z rodin alkoholiků prismatem vybraného konceptu resilience. Zaměřím se na fenomén

vztahové resilience, v české odborné literatuře téměř neznámý, nicméně velmi zajímavý. Zvědavá, zdali je tento konstrukt živoucí a má co říci i při studiu dětí z rodin alkoholiků, formuluji cíle výzkumu. Hlavní výzkumnou otázkou je výskyt prvků vztahové resilience. Tedy zjišťuji, zda se prvky vztahové resilience manifestují ve vyprávění dětí z rodin alkoholiků, v jaké podobě a v jakém zastoupení. Dílčí výzkumné otázky sledují jak konkrétní prvky vztahové resilience a nejčastěji jmenované osoby v souvislosti se vztahovou resiliencí, tak např. přítomnost prvků u obou pohlaví. Poslední výzkumná otázka se věnuje adaptovanosti těchto dětí ve smyslu subjektivně vnímané životní spokojenosti.

V diskusi shrnuji získané poznatky, zmiňuji limity práce a perspektivy jak pro další studium tohoto tématu, tak i výzkum.

Prostřednictvím diplomové práce chci upozornit klinické psychology, psychoterapeuty a rodinné terapeuty, i pracovníky s mládeží v dalších pomáhajících profesích na možnosti přístupu zaměřeného na zdroje a pozitivní stránky klienta. Pozornost zaslouží možné efekty *růst podporujících vztahů* a využití konceptu vztahové resilience pro klinickou praxi. Poznatky by mohly být integrovány do tvorby a metodiky sekundárně preventivních a intervenčních programů právě pro děti z rodin závislých.

1 Vymezení pojmů

Škodlivé užívání a Závislost

Škodlivé užívání alkoholu

Takové užívání alkoholu, které ještě není charakterizované jako závislost, ale vede k poškozování zdraví člověka. Poškozováno je zdraví ve smyslu well-being. Tedy na fyzické, psychické i sociální úrovni můžeme pozorovat nepříznivé dopady užívání alkoholu. V MKN-10 najdeme termín škodlivé použití, F10.1, odpovídajícím termínem je **abúzus**.

Definicí je: „Příklad užití psychoaktivní látky vedoucí k poruše zdraví. Poškození může být somatické nebo psychické. Abúzus psychoaktivní látky.“ (tabelární seznam MKN-10, 2. revize, 2004, str. 198) Pro stanovení míry škodlivosti pití bylo vytvořeno mnoho dotazníků. V klinické praxi často užívaný je např. test AUDIT¹.

Závislost na alkoholu

V obecném smyslu definujeme závislost jako stav silné potřeby něčeho nebo někoho, jenž negativně zasahuje do běžného fungování jedince.

Definice dle MKN-10 je syndrom závislosti, F10.2: „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. ...“ Alternativním termínem je chronický alkoholismus (MKN-10, 1994, desátá revize z 2004).

Alkoholismus a Alkoholik

Termín „alkoholismus“ se původně vyskytuje ve starší, dnes již v mnoha bodech překonané Jellinekově klasifikaci a neznamena vždy závislost na alkoholu, ale též jeho škodlivé užívání (Nešpor, 2011). Nicméně jím nejen v klinické praxi stále označujeme jedince, který užívá alkohol problematickým způsobem a způsobuje tak obtíže sobě a svému okolí. To viděno subjektivně očima partnera, dítěte, odborníka (Nešpor, 2011, str. 154). Za alkoholika tedy považujeme člověka, který trpí alkoholismem.

¹ BABOR, J.R. DE LA FUENTE, J. SAUNDERS a M. GRANT. Test pro identifikaci poruch působených užíváním alkoholu (AUDIT). Drogy-info.cz: informační portál o ilegálních a legálních drogách [online]. 1989, - [cit. 2013-03-28]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/evaluace/banka_evaluacnich_nastroju/test_pro_identifikaci_poruch_pusobenych_uzivanim_alkoholu_audit

Dítě alkoholika a Dospělé dítě alkoholika

Za dítě alkoholika (Child of alcoholic, COA) považujeme takové dítě a dospívajícího, který má jednoho, případně oba rodiče alkoholiky, či škodlivě užívající. Dítětem alkoholika myslíme jedince, jehož vymezujeme horní hranicí adolescence².

Naopak dospělým dítětem alkoholika (Adult child of alcoholic, ACOA) míníme dospělého jedince, který původně vyrůstal v rodině, kde alespoň jeden z rodičů trpěl abúzem alkoholu.

ACOA je fenomén přetrvávajících rysů dítěte, postiženého alkoholismem rodiče, jež se vyvinuly v průběhu času. Rysy přetrvávají do dospělosti. V kontextu nového prostředí se u jedince prosazují tyto staré, naučené adaptivní mechanismy. V termínech chronicity můžeme tento stav nahlížet jako na přetrvávající bio-psycho-socio-spirituální stav jedince, ačkoliv podmínky, vedoucí k tomuto stavu, již nejsou aktuální. V MKN-10 ani v jiné klasifikaci nemocí nenajdeme symptomy, odpovídající výlučně jen takovému syndromu a diagnóze.

Akademická diskuse o relevanci existence COA a ACOA jako syndromu stále probíhá. Nicméně ve výzkumné sféře jsou tyto koncepty, stejně jako zkratky COA a ACOA, zavedené a užívané (Cavell, Methan, Heffer, 2002; Przybysz-Zaremba, 2012, Walsh, 2003; Walker, Lee, 1998; Woititzová, 1998). Pro účely této práce budeme oba zmíněné termíny také používat.

Duševní odolnost a s ní související pojmy

Rizikové a Protektivní faktory

V životě dítěte alkoholika existuje množství rizik a nepřízní rozličného charakteru. Ty ohrožují jeho zdravý vývoj ve všech oblastech podle bio-psycho-socio-spirituálního modelu jedince. Těmto nepřízním říkáme rizikové faktory.

Protektivními faktory, resp. procesy, rozumíme ty fenomény v životě jedince (v něm samém, v jeho kontextu a interakci obou), které působí různými mechanismy, a predikují lepší výsledek tváří v tvář nepříznivým podmínkám, než bychom očekávali.

Resilience

Definice věnující se vymezení konceptu resilience se u různých autorů liší, shoda však převládá ve vymezení resilience jako schopnosti zvládnout vystavení výrazně nepříznivým situacím. Rozhodujícím faktem pro zjištění resilience je **pozitivní adaptace**, tedy lepší adaptace, než jakou je možno očekávat za negativních okolností, kterým jedinec čelí.

² Instituce národního a mezinárodního charakteru používají tuto etablovanou zkratku. Např. Children of Alcoholics: Important Facts. In: National Association for Children of Alcoholics [online]. 1998 [cit. 2013-07-17]. Dostupné z: <http://www.nacoa.net/impfacts.htm>

Resilienci je možno chápat jako úspěch v **dosažení vývojových cílů**. O resilienci lze hovořit jako o „*souhrnném výsledku dynamických procesů vzájemného působení mezi dítětem, rodinou a prostředím v průběhu času.*“ (Šolcová, 2009, s. 11)

Resilience vztahová

Konstrukt vztahové resilience konfrontuje tradiční modely resilience. Středem zájmu těchto modelů jsou vlastní dispozice jedince či ekologické proměnné, případně jejich interakce, a to, jak souvisejí s „lepším než očekávaným prospíváním“ jedince tváří v tvář nepřízním. Vztahová resilience označuje **vztahy** jako funkční jednotku pro uchopení fenoménu odolnosti. Splňují li vztahy určité rysy, nazýváme je *růst podporující vztahy*. Podle tohoto modelu resilience jedinci „rostou a zrají přes spojení s druhými, a směrem ke spojení; touha po růst podporujícím vztahu je klíčovou motivací v životě člověka (Jordan, 1990, str. 85). Směřování jedince k „empatické vzájemnosti“ je jádrem tohoto procesu. Hlavními rysy vztahové odolnosti jsou: podporovaná zranitelnost, vzájemná empatická účast, vztahová důvěra, posílení a vztahové povědomí (Jordan, 1991, str. 32).

Zdraví

„Zdraví je stav úplné fyzické, mentální a sociální pohody v bytí jedince (well-being), a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo slabosti.“³ (Preamble WHO, 1948, vlastní překlad) V této definici je zastáváno zdraví ve smyslu well-being, tedy subjektivně vnímaná pohoda bytí jedince, kde se kloubí všechny její aspekty podle bio-psycho-socio-spirituálního modelu.

³ „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ (Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.)

2 Systémové pojetí rodiny

„Člověk se stává člověkem prostřednictvím druhých – jejich potvrzováním vlastní lidskosti. Toto stvrzování se děje uznáním 'druhého' v jeho vlastní jedinečnosti a odlišnosti. Je to požadavek na tvůrčí, intersubjektivní formaci (vztah, pozn. překl.), ve které se 'druhý' stává zrcadlem pro mou subjektivitu. Tato idea nám naznačuje, že lidskost není zakotvená v mé osobě pouze jako jedinci, má lidskost spolu-spočívá na druhých a na mně. Lidskost je kvalita, kterou dlužíme jeden druhému. Vytváříme jeden druhého a toto utváření odlišnosti musíme udržet. A pokud jeden (k) druhému náležíme, podělíme se tak na našem tvoření: my jsme, protože ty jsi, a jestliže ty jsi, pak jsem určitě i já. Ono 'já jsem' není rigidní subjekt, je to dynamická sebe-ústava, závisající na tvorbě blízkosti (vztahu) a vzdálenosti.“⁴

Rodina je primárním kontextem lidské zkušenosti od kolébky až po hrob (Sobotková, 2001, str. 9). Dítě alkoholika a jeho odolnost není možné studovat bez přihlídnutí k rodinnému kontextu, proto se mu věnujme v této kapitole.

Systémové myšlení aplikované na teorii rodiny je relativně novým vědeckým paradigmatem (Sobotková, 2001). Klíčovou myšlenkou tohoto pojetí rodiny je, že rodinu tvoří jen jednotlivci sami, ale lidé ve vzájemných vztazích a interakcích, vytvářejících vztahovou síť. V tomto systému má chování jednoho každého člena vliv na všechny ostatní. Systém rodiny je dynamickou strukturou, do jisté míry otevřenou změnám. Zároveň je podstatné uvědomit si, že změna jednoho člena ovlivňuje zpětně celou rodinu (Satirová, 2006).

Z obecné teorie systémů přejímá většina systémových teorií rodiny řadu pojmů popisujících organizaci rodiny jako systému, vedle zmíněného pojmu hranic jsou to např. celek, koalice, autopoieza, cirkulární kauzalita, apod. (Procházka, Norcross, 2006). V této práci se jim však nebudu podrobně věnovat. Zmíním se o nich částečně v těch pasážích, kde pojednávám o nepříznivých okolnostech uvnitř rodiny pro vývoj dítěte a o alkoholismu jako rodinné nemoci v souvislosti s kvalitou vztahů a sycení vztahových potřeb dítěte.

Sobotková (2001, str. 24) uvádí základní charakteristiky vývoje systému rodiny: „Rodinné systémy jsou produktem stálé dynamické hry mezi morfogenetickými (růstovými) a

⁴ Onyebuchi 2010, podle Ubuntu (philosophy). Koncept „Ubuntu“ pochází z termínu kmene Xhosa, definovaný také jako typ humanismu, nalezený u afrického etnika, ne však u europoidního etnika. Ideu zpopularizoval Nelson Mandela.

morfostatickými (kontrolními) silami. Tato dynamická souhra je strukturována organizačními charakteristikami systému.“

Rodinné systémy se charakteristickým způsobem vyvíjejí a mění v průběhu času (rodinný životní cyklus). Pro tyto změny si hledají nové zdroje energie. Vývoj je doprovázen také rozvojem složitosti organizace systému. Tento aspekt nazýváme **morfogeneze**. Síly morfogeneze rodinu *rozvíjejí*. Její členové reagují nově, vytváří se tak nové vzorce chování. V rámci nich se učí, vyvíjejí a mění (Jonesová, 1996). I přes neustále probíhající dynamický vývoj rodiny má tento systém tendenci ke *konzistenci*. Slouží jí k tomu její funkcionální charakteristiky, především kontrolní a regulační mechanismy. Tato schopnost rodinného systému se nazývá **morfoστάze** (Rieger, Vyhnálková, 1996). Síly morfoστάzi aktivizují staré, již osvědčené vzorce chování a zajišťují tak nutnou stabilitu rodinného prostředí, pocit bezpečí a jistoty v něm. Více se aktivizují v momentech pocitu ohrožení rodiny (zvenku i zevnitř), otázka pocitu ohrožení je však velmi relativní, subjektivní. Zejména v období dospívání je systém rodiny puzen vývojovými krizemi dospívajícího k revizi, reorganizaci a aktualizaci morfostatických sil. Oba systémy zpětných vazeb jsou tedy velmi důležité a stále se flexibilně střídají, lépe řečeno fungují paralelně. O zdraví organismu rodiny vypovídá svébytné nastavení, kalibrace těchto sil. Patologie v rodinném systému vzniká např. právě tehdy, pokud výrazně převáží jedna či druhá tendence (Sobotková, 2001). Tendence udržovat rodinnou morfoστάzu s rigidními vzorci je vlastní mnoha rodinám závislých na alkoholu. Na udržení rigidního vzorce se nevědomě podílí celá rodina (Matoušek, Pazlarová, 2010).

2.1 Prostor rodiny

Systém rodiny má několik **subsystémů** (Obrázek 1), definovaných různými znaky, společnými alespoň dvěma jejím členům, jako např. věk, pohlaví, moc, resp. kontrola, apod. (Strnad, 1990).

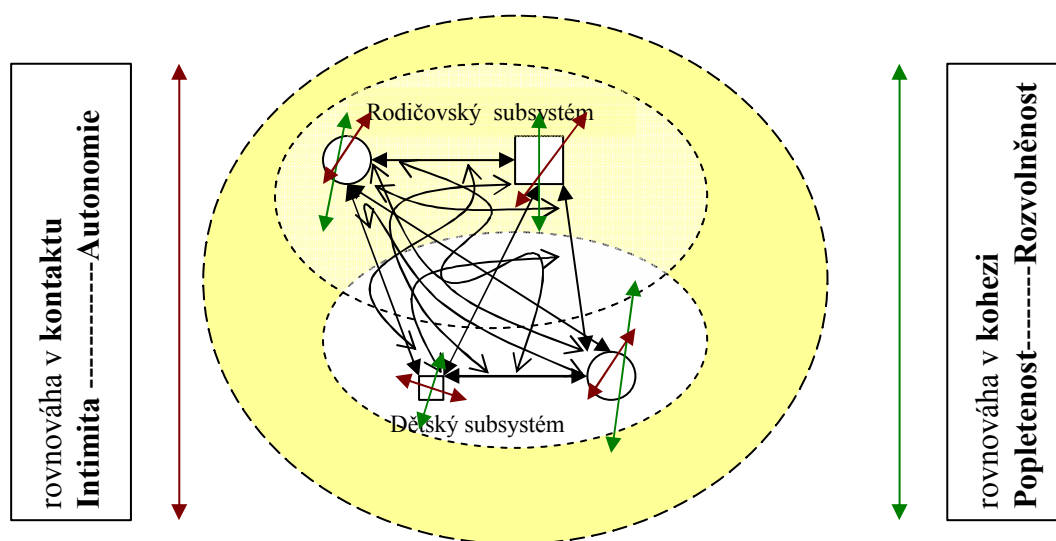
Najdeme tedy **subsystém rodičovský**, resp. **partnerský**. V rodině se tyto dva subsystémy tradičně překrývají, zároveň moderní rodina posledních desetiletí je charakteristická tzv. kooperativním rodičovstvím, kdy se partneři rozcházejí, zakládají nové rodiny, s novým partnerským subsystémem. Coby rodiče však zůstávají a spolupracují při výchově dítěte (Matoušek, Pazderová, 2010). Partnerský subsystém je určujícím prvkem atmosféry rodiny a intimita páru generátorem energie rodiny. Partnerský pár, nejčastěji mužsko-ženský, je dítěti k dispozici coby model interakce a model intimity. Chvála s Trapkovou (Trapková, Chvála 2004, str. 99) říkají, že „tak jako je placenta orgánem

zprostředkujícím látkovou výměnu mezi mateřským organismem a plodem, tak je interakční prostředí mezi rodiči zdrojem 'sociální výživy' pro dítě.“

Děti tvoří **subsystém dětský**, resp. **sourozenecký**. Zde vzniká platforma pro sociální učení se spolupráci, soupeření, podpoře a sdílení. Sourozenci si v neustálé interakci cizelují efektivní modely vyjednávání, komunikace, strážení svých hranic a prosazování sebe a svých potřeb.

Subsystém rodič – dítě se přirozeně utváří už od početí dítěte. Trapková a Chvála použili metaforický jazyk početí, těhotenství a porodu, aby ilustrovali vývoj jedince v mikrosvětě rodiny. Subsystém rodič/e-dítě vytváří tzv. sociální dělohu (Trapková, Chvála, 2004). Pro každé další dítě v rodině se v rodině zakládá nová sociální děloha, rodiče prožívají s každým potomkem nové rodičovství.

Vedle těchto základních subsystémů se v rodině přechodně vytvářejí i jiné specifické **vazby, spojenectví**, které mohou mít různou kvalitu a intenzitu a **ne vždy jsou zcela zdravé**. Takovými vazbami je např. subsystém matka-mladší dítě nebo otec-starší dítě apod. Všechny subsystémy se neustále vyvíjejí a prolínají, jsou dynamické a podílejí se na udržování rovnováhy celého rodinného systému (Satirová, 2010).



Obrázek 1 Subsystémy v rodinném systému, jejich polopropustné hranice a cirkulární komunikace (Sobotková, 2001)

Subsystémy jsou přirozeně oddělovány **hranicemi**, které jsou charakteristické svou mírou propustnosti, mírou kontaktu a mírou pružnosti (Matoušek, Pazlarová, 2010).

Podle Prochaska a Norcross (2006) jsou hranice subsystému pravidla, která definují, kdo a jak patří do systému. Hranice chrání jednotlivé systémy, aby se vzájemně neprolínaly, měly by být zároveň jasné a komunikačně propustné. Z hlediska **patologické povahy hranic** je možné rozlišit dva hlavní typy rodinných struktur (Prochaska, Norcross, 2006):

rozvolněná (disengaged) rodina – typické jsou pro ni rigidní hranice, chybějící řád, struktura a autorita, mezi členy rodiny jsou jen slabé nebo žádné vazby, členové spolu nekomunikují.

propletená (enmeshed) rodina – hranice jsou mezi jednotlivými členy i subsystemy difúzní, oslabené, vzájemně propletené, nejasné. Jednotlivé subsystemy se tak nezdravě prolínají a vzájemně se ovlivňují, či se ve svých funkcích zastupují.

Mezi nejzávažnější poruchy hranic rodinných systémů patří spoustifikace, parentifikace, převrácení rolí a triangulace (Matoušek, Pazlarová, 2010). Více o nich v kapitole o charakteristických rysech rodin alkoholiků.

2.2 Komunikace a rodinná dynamika

Mnozí považují za základ rodinného systému rodinné interakce, opakující se sekvence komunikačních výměn (Sobotková, 2001), vytvářejících specifické komunikační vzorce chování v rodině. Právě *funkčnost rodinných interakcí je tím důležitým ukazatelem zdraví organismu rodiny*. Obtížnost problému se měří mírou kapacity rodiny jej řešit (Walsh, 2006). Řešení problému probíhá v rovině interakcí mezi jejími jednotlivými členy. Jak v jejich kvantitě, tak především v jejich kvalitě (Pecháčková, 1993; Špitz, 2000). Z metapohledu na komunikaci však můžeme vysledovat komunikační vzorce, kruhy, kde už neexistuje žádná kauzalita. V rodině se časem ustálí určité stereotypní komunikační vzorce s ustálenými pravidly a sekvencemi v chování. Ne vždy jsou však tyto stereotypy pro všechny členy rodiny prospěšné, podporující jejich zdravý vývoj. Braithwaite a Devine (1993) při zkoumání dětí s maladaptivními vzorci chování ověřovaly, jaký vliv má kvalita komunikace a dynamika v mikrosvětě rodiny na maladaptivní, tzv. survival role dětí. Ačkoliv alkoholismus v rodině byl prediktorem tzv. survival rolí dětí („Smířlivce“ a „Zlobivého“) a výhradním prediktorem role „Zodpovědného dítěte“, tak *narušená dynamika, hranice rodinných vazeb a nízká kvalita komunikace měla u jiné výzkumné skupiny „na svědomí“ stejné maladaptivní strategie*.

O rolích, které děti adaptují, aby v alkoholické rodině přežily, resp. podle teorie systémů, aby rodinu stabilizovaly a organizovaly, pojednáme v kapitole o dětech alkoholiků.

Dodejme, že důležitým fenoménem je blízkost. Rodinný systém a všichni jeho členové neustále *oscilují mezi póly intimacy a autonomie*. Pokud je rovnováha na této pomyslné ose příliš narušená, či trvá příliš dlouho, dochází opět ke vzniku patologií v systému. Podmínkou zdárného průběhu individuace u dospívajícího je jednak respekt, esenciální předpoklad harmonie na ose intimacy a autonomie, a *zdravá míra rodinné koheze* (Obrázek 1).

2.3 Transgenerační příběh rodiny

Všechny systémy konstruují svou skutečnost v jazyce (jazykování). Součástí souboru rodinných norem jsou bohaté příběhy rodů s charakterem mýtů, předávané mezi generacemi. Tyto rodinné mýty vzpomínají situace, ve kterých se předává **dominantní příběh** (White, Epston, 1990) předků, a „zajišťuje jim kontinuitu s minulými generacemi a smysl života do budoucnosti.“ (Trapková, Chvála, 2004, str. 79) Tyto mýty obsahují klíčové momenty, ve kterých došlo např. odloučení individuality z rodové komunity, jež nenásledovala hodnotový systém rodiny, nebo kde naopak „něco dobře dopadlo“. A proto je, implicitní poselství, záhodno podobné situace takto řešit. V mýtech rodu figurují často konflikty hodnot, zároveň v nich najdeme též cestu k jejich řešení, stejně jako její následky. Rodinné mýty jsou jazykové konstrukce, kterými rodina udržuje konflikty v neřešeném stavu, a které dávají smysl různým „symptomům“ členů rodiny (Tothová, 2011). *Přes rodový příběh, pokračující další kapitolou – generací - dochází k jeho nápravě* (tzv. obnovení síly rodu, Trapková, Chvála, 2004, str. 168), nebo *k opakované traumatizaci* a posilování patologie až k odumírání rodu. Tento *transgenerační přenos* traumatu či naopak *resilience* směrem k uzdravě se děje mnoha mechanismy, **vědomou** – jazykovanou a mytizovanou zkušeností, a **nevědomou** transmisí nevyčteného, tabuizovaného, skrytého.

Přenosy se dějí mnoha mechanismy, Tothová je koncipuje do čtyř hlavních skupin: mechanismem **rodinné emoční, komunikační, strukturální a nevědomé intrapsychie dynamiky** (Tothová, 2011, str. 79). „Teprve krok k neznámému, překračující kontext morfostatických nárazníků, jimiž rodina ztrácí citlivost jak k potenciálním zraněním, tak k možným silám, je vykročením na cestu uzdravení rodinné minulosti.“ (tamtéž, str. 77)

Není tedy možné naprosto oddělit osobní příběh od rodinného příběhu a příběhu rodu, poněvadž v této výslednici je již obsažen smysl bytí jedince. Odolnost jedince má úzkou souvislost s odolností rodiny a rodu (Walsh, 2006).

Obsah tohoto pojmu má v oblasti klinické práce s rodinou velký význam. Na té nejtransparentnější úrovni tento: jedinec si ze své původní rodiny přináší do rodiny, kterou zakládá, soubor hodnot a očekávání. Ten zahrnuje zkušenosti z emocionálních vztahů s pečujícími osobami. Dále je nositelem rodinných a rodových vzorců podněcujících podpůrné či konfliktní rodinné prostředí, pocitů jistoty či nejistoty; bezpodmínečného či podmíněného přijetí ze strany svých důležitých blízkých, a podobně. Partneri tyto své rodové a rodinné kontexty mísí v jedinečné kombinaci prokreační, tedy vlastní zakládané rodiny.

Založením vlastní rodiny vzniká příležitost buď k nápravě negativní emoční zkušenosti, v horším případě k jejímu zopakování. Dávno vytěsněná traumata se u dospělého

člověka nejčastěji probouzejí v situacích, které ožívují nejbolestnější dětskou vztahovou zkušenost - odmítnutí nebo opuštění (Hašto, 2005, str. 157-159).

Prokreační rodina je zároveň ovlivňována přetrvávajícími vazbami s rodinami předchozí generace. Záleží na propustnosti jejich hranic a mnoha jiných faktorech, jak bude těmto přetrvávajícím vazbám a vlivům otevřená.

Fenomén alkoholismu coby rodového traumatu má v klinické praxi při studiu rodových map až archetypální náboj dědičného hříchu, podobně jako jiná hluboká rodová zranění (Chvála, Trapková, 2004; Tothová, 2011). Alkoholismus je v terminologii Tothové uváděn jako **tabu zdraví** v kategorizaci transgeneračního přenosu vulnerability prostřednictvím různých rodinných tabu (Tothová, 2011, str. 139). To, zda se rodina přikloní k transgeneračnímu dědictví, závisí na tom, zda u ní zátěž vyvolá *aktivizaci růstové spirály rodinných zdrojů, nebo naopak aktivizaci ztrátové spirály* (Tothová, 2011, str. 56-65).

Protože tato práce zkoumá zejména protektivní faktory resilience dětí alkoholiků, v této souvislosti zmiňme **faktory rodinné resilience**, které dítě a jeho odolnost přímo ovlivňují a které se optimálně aktivují v případě objevivší se zátěže:

protektivní faktory (pasivně resilientní, nesměřují rodinnou situaci ke změně, ale k zachování), pomáhají tlumit dopad zátěže alkoholismu a snaží se zachovat optimální fungování a integritu v zátěžových situacích.

Faktory **ameliorativní** posilují schopnost rodiny zátěž aktivně zvládat, mobilizují zdroje pro změnu a překonáváním překážek podporují v růstu.

A konečně faktory **regenerující** (obnovující, uzdravující) pomáhají rodině zotavit se z prodělané krize, mobilizují zdroje pro uzdravení, obnovují rodinné fungování, harmonii a vyčerpané zdroje sil (Tothová, 2011).

Významnou roli hrají v rodinách **rodinné rituály** (Wolin, Wolin, 1993, Wolin, 2001). Jsou součástí rodinné kultury (Bennett, Wolin, Reiss, 1988). Ty stabilizují rodinu i v časech krize, ukotvují a spojují její jednotlivé členy a subsystemy. Zároveň mikrosvět rodiny vracejí do řádu světa podílením se na obřadnosti, jež je často sdílená komunitou, obklopující rodinu. Udržení si rodinných rituálů, jak těch všednodenních, tak svátků, výročí a oslav působí na protektivně ve smyslu zdravějšího přizpůsobení a nižšího výskytu rodinné patologie.

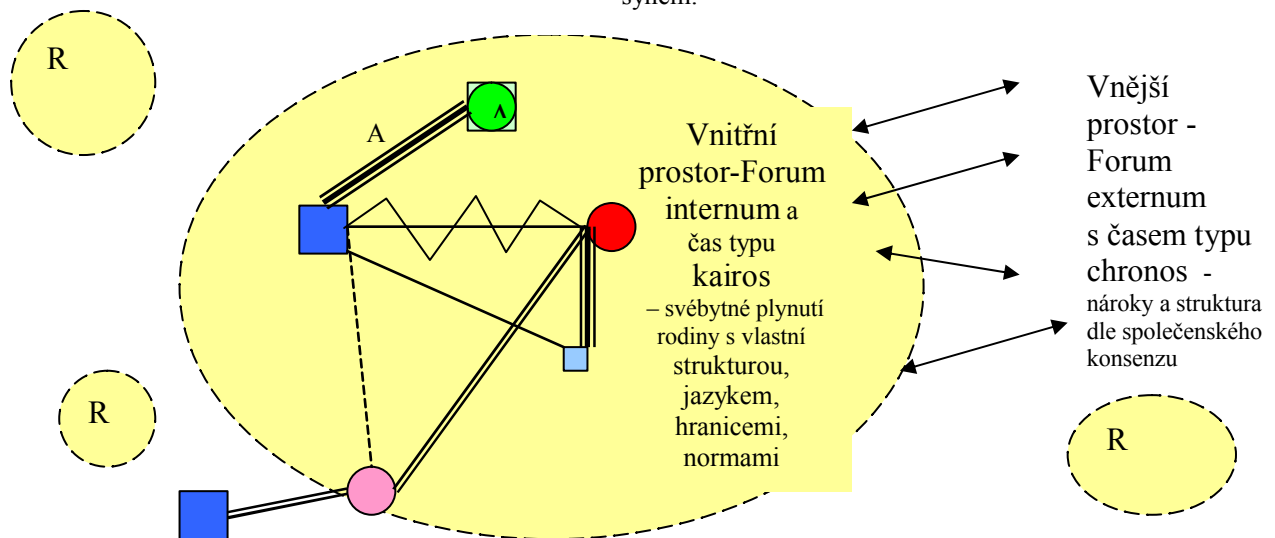
2.4 Rodina a vnější svět

Specifika rodinného systému (soukromá, emocionální a biopsychosociální) jsou provázána s úrovní celospolečenskou, veřejnou, kulturní. Vyhnálková s Riegrem vytvořili obraz rodiny zasazený do vnějšího světa a nazvali jej Ostrovem rodiny. Ostrov rodiny pluje v

Oceánu světa (okolní prostředí rodiny). Každý Ostrov rodiny má svůj svébytný tvar, hranice, stabilitu a integritu. Zónu Oceánu světa můžeme chápat jako biopsychosociální prostor rodiny. Ostrov a Oceán jsou strukturně propojeny na mnoha úrovních. Tělo Ostrova vyrůstá z Oceánu, jeho rozměry jsou určovány jeho kulturní a sociobiologickou úrovní, stejně tak dobou trvání. Důležitá je pevnost ukotvení Ostrova rodiny v Oceánu světa (Rieger, Vyhnálková, 1996).

Chvála s Trapkovou uvedli v této souvislosti koncept Sociální dělohy, metafory pro rodinu, resp. představu rodiny coby svérázně časově i prostorově traktovaného prostředí, chráněného, jehož „speciální uspořádání vztahů kolem novorozence, které bylo za staletí vývoje člověka upřednostněno, plní podobné funkce jako děloha na biologické úrovni.“ (Trapková, Chvála, 2004, str. 89) Rodina se svým svébytným časoprostorem existuje ukotvena ve vnějším světě s nezdědka velmi odlišnými nároky a strukturou. Sociální děloha, podobně jako Ostrov rodiny jsou funkčními koncepty pro klinickou práci s rodinami nejen u závislých (Obrázek 2).

Mapa sociální dělohy s vícečetným těhotenstvím: rodina dvou generací se sedmnáctiletou dcerou a třináctiletým synem.



Otec s abúzem alkoholu je pro dospívající dceru v procesu separace nedostupný. Na obzoru je partner v zástupné roli otce a dává prostor pro vztahovou resilienci dcery. V rodičovském subsystému je přetrvávající konflikt a napětí – alkoholismus je současně jeho zdrojem i následkem. Rodinná dynamika spouští syna, syn se stává partnerem matce.

Obrázek 2 Mapa sociální dělohy: rodina (Trapková, Chvála, 2004)

Ungar (2006) dělí sféry společenského systému mnohem prozaičtěji: rodinu obklopuje společenský systém, zahrnující příbuzné, přátele, sousedy a ostatní relativně blízké osoby, které jsou s rodinou v kontaktu. Ten nazýváme **mezzosystémem**.

Mezzosystém rodinu ovlivňuje, zároveň rodina má vliv na tyto jedince a širokou vztahovou síť. Mezzosystém poskytuje rodině potřebné stimuly a zdroje, podporu a v krizi potřebnou pomoc. Zároveň na systém rodiny vytváří nároky, se kterými se rodina musí vyrovnávat, čelit jim, případně se vůči nim vymezovat. Nezřídka se stane, že jedinec původně z mezzosystému (např. intruzivní tchýně) má v mikrosvětě rodiny moc větší, než jiný jeho člen (např. submisivní žena v mateřské roli). Proto je při terapeutické práci s rodinami závislých důležité zůstat otevřený a zvědavý na všechna specifika konkrétní rodiny, a zejména jeho příbuzenský kontext (Matějček, 1992).

Blízké okolí rodin s problematikou závislosti na alkoholu je také třeba aktivizovat a podpořit. Na druhou stranu toto okolí může udržovat v rodině její zažitě vzorce chování a konzervovat tak závislost (např. mezigeneračními konflikty, kodependence) (Berg, 1992).

Rodina se svým blízkým okolím je zároveň ukotvena v širokém celospolečenském kontextu, tzv. **makrosystému**. Ten je ve vztahu k rodině zastoupen různými institucemi, především pracovními příležitostmi a zaměstnáními, školami, kroužky, úřady, soudy aj., Tyto subjekty mají na rodinu silný vliv coby jako zástupci společenských norem, hodnot a mýtů, se kterými by rodina měla být v souladu (Matějček, 1992). Ungar (2006) mluví o ekosystémovém modelu resilience.

V **problematice užívání návykových látek** rodinu ovlivňují společenské normy, týkající se alkoholu. Tyto normy v kontextu české společnosti umožňují jeho relativně snadnou dostupnost a vysokou míru tolerance k jeho užívání (Sovinová, Csémy, 2010). To přispívá k častým relapsům a recidivám. Zároveň tato implicitně sdílená tolerance společnosti vůči alkoholu komplikuje preventivní působení na děti a dospívající (Ungar, 2006). Menzo a makrosystémy charakteristické tzv. **high-risk kulturou** (sociální patologie, mísící se subkultury, vysoká nezaměstnanost a nízká vzdělanost obyvatel) mají tendenci vytvářet sociální a vrstevnický tlak směrem ke konzumaci návykových látek jak na dospělé, tak na děti. Součástí integrace do různých sociálních celků je konzumace alkoholu, např. proto, že je známkou dospělosti či mužnosti. Alkohol v naší kultuře zpřístupňuje zákon od osmnáctého roku věku, kdy se dospívající stává plnoletým. Při *absenci přechodových rituálů* (Johnsonová, 2011; Stephenson, 2012) je *pití alkoholu a experimentování s návykovými látkami obecně iniciací do světa dospělých*, přičemž dospívající vnímá toto implicitní poselství (Benard, 1991; Richterová Těmínová, 2010). Někteří výzkumníci přisuzují vyšší rizika high-risk prostředí, než např. intrapsychickým charakteristikám jedince. Mládež v riziku je kategorizovaná ve výzkumech resilience spíše podle rizika prostředí než podle vlastních rizikových charakteristik (Kumpfer, 1999).

2.5 Potřeby dítěte v rodině

„Zkušenost malého dítěte s povzbuzující, podporující a spolupracující matkou, a o něco později s otcem, mu dodá pocit vlastní hodnoty, víry v užitečnost druhých lidí a příznivý model, podle něž bude navazovat budoucí vztahy. Dále mu tato zkušenost umožní s důvěrou prozkoumávat své prostředí a účinně s ním zacházet, čímž se posílí jeho pocit kompetence. Od té chvíle, jsou li rodinné vztahy i nadále příznivé, tyto prvotní vzorce myšlení, cítění a chování nejen přetrvávají, ale osobnost se stále více strukturuje směrem k mírné sebekontrolě a k odolnosti a stále pevněji v tom pokračuje navzdory nepříznivým okolnostem. Jiný typ raného dětství a pozdější zkušenosti má jiné účinky, obvykle vedoucí k osobnostním strukturám se sníženou odolností a narušenou sebekontrolou, k labilním strukturám, které rovněž mají tendenci přetrvávat. Způsob strukturování osobnosti má potom vliv na to, jak člověk reaguje na budoucí nepříznivé události, kde mezi nejdůležitější patří odmítnutí, odloučení a ztráta“
(Bowlby, 2010, str. 323).

2.5.1 Potřeby dětí obecně

Langmeier a Matějček (1968) na základě svých výzkumů stanovili následující základní psychické potřeby dětí pro jejich zdravý vývoj: potřeba závislosti (lásky) a polární potřeba nezávislosti (osobní autonomie), potřeba podnětových změn (bohaté a proměnlivé podněty), a zároveň potřeba kognitivního řádu (stálost určitých pravidel) (Krejčířová, Langmeier, 1998) a emoční a sociální stability prostředí. Uspokojení takových potřeb vyžaduje navázání blízkého emočního vztahu, který zároveň poskytuje dostatek prostoru pro samostatnost a postupnou separaci dítěte. Tomuto primárnímu vztahovému poutu říkáme připoutání, neboli attachment (Bowlby, 2010). Úspěšná socializace dítěte (začlenění do společnosti) dále předpokládá jasné stanovení pravidel a jejich dodržování, srozumitelný řád a zřetelné hranice (Krejčířová, Langmeier, 1998).

2.5.2 Svět a potřeby adolescentů

Adolescence je přechodným obdobím mezi dětstvím a dospělostí. V literatuře k oblasti vývojové psychologie se setkáváme s rozdělením této vývojové periody na pubescenci (11-15 let) a adolescenci (15-20 let) (Langmeier, Krejčířová, 1998; Vágnerová, 2000). Někteří autoři, např. Macek (2003), období adolescence rozdělují na adolescenci časnou (11 – 13 let), střední (14 – 16 let) a pozdní (17-20 let), jiní naopak toto vývojové období nazývají souhrnně dospíváním. Jelikož se praktická část práce soustředí na výzkumný vzorek respondentů mezi 14. a 18. rokem života, pro účely této práce použijeme terminologie

adolescent či dospívající. V textu budeme následovat rozdělení Vágnerové, případně budeme mluvit o dospívání obecně.

Jedinec v období dospívání čelí mnoha změnám, které vedou posupně ke **ztrátě či přehodnocení starých jistot** a potřebě nové stabilizace v kontextu nových podmínek. Opodstatněně Erikson (1999) definoval toto stádium jako **krizi identity** při hrozícím **zmatení identity**. Pro tuto destabilizaci je nyní podle Světové zdravotnické organizace (WHO) právě období dospívání nejrizikovějším životním obdobím a dospívající byli definováni jako samostatná riziková populační skupina (WHO report dle Kabíček, Sulek, Mizerová, 2010). Souběžně s biologickým zráním (pohlavní dozrávání, fyzický rozvoj a růst, změna tělesného schématu) dochází k mnoha významným psychickým změnám (emoce, identita, nástup formálních logických operací, celkový duševní rozvoj, sociální učení) a zároveň dochází k novému **stupni socializace jedince**. Mění se totiž společenské očekávání ohledně jeho chování a výkonů, současně se proměňuje jeho role a celé jeho sebepojetí. Všechny tyto změny jsou vzájemně závislé. Za **základní vývojové úkoly** tohoto období jsou považovány postupná separace od rodičů a navazování nových vztahů k vrstevníkům. Tento propojený proces osamostatňování se a zároveň rozšiřování sociálních vztahů je klíčovým pro správné převzetí budoucích společenských rolí (Langmeier, Krejčířová, 2006; Macek, 2003).

2.5.2.1 Pubescence

V období pubescence je typickým předmětem zájmu a hodnocení vlastní dospívání. S **tělesnou proměnou** se mění body image. Dospívající si uvědomují, že tělesná atraktivita má svou sociální hodnotu (Vágnerová, 2000). Mnoho pubescentů se snaží výrazně odlišovat od okolí. Odehrává se zápas o **vlastní identitu, jedinečnost**.

Dospívající usiluje o hlubší **sebepoznání** a **překračuje** v tomto hledání již vymezené hranice aktuálního **sebepojetí**. Všudypřítomná **osobní nejistota** se navenek manifestuje vztahovačností, časté jsou emocionální výkyvy, labilita a nepřiměřenost reakcí. Jedinec má tendenci se **uzavírat** ve smyslu nechuti projevovat své city navenek. Jedním z častých obranných mechanismů je regrese na nižší vývojovou úroveň, to tehdy, čelí-li jedinec subjektivně příliš vysoké zátěži. **Sebepojetí** pubescenta je charakterizováno vyšší mírou komplexity a diferenciací. **Sebeúcta** je nejkřehčí a nejnižší mezi 12. a 14. rokem věku ve srovnání s obdobím středního školního věku i adolescencí (Vágnerová, 2000, str. 225). **Sebehodnota** osciluje a je ovlivňována vysokou mírou zranitelnosti, přecitlivělosti na reakce okolí. Odvíjí se též od **sebedůvěry**. Ta je do velké míry modelována přijetím a hodnocením druhými, zejména vrstevníky. Vrstevníci se stávají **neformální autoritou** a tvoří **referenční**

skupinu, tedy tu, v jejímž kontextu dospívající porovnává své zkušenosti. Dospívající získává **role**, které se vyznačují větší variabilitou než ty, které zaujímá např. v rodině, stejně tak se mohou výrazně lišit. Tyto role závisejí na jeho osobnostních kvalitách a kompetencích, vlivu, oblíbenosti, apod. V tomto období vzrůstá význam **přátelství** coby varianty emoční vazby a platformy „trénování“ **intimity, vzájemnosti a sdílení** (Vágnerová, 2000). Dospívající, kteří měli blízkého přítele, se lépe hodnotili, měli vyšší sebeúctu a považovali se za dostatečně kompetentní, byli sami se sebou spokojenější (Calderone, 2012).

Pokud do této fáze dospívající vstupuje s handicapem z patologického prostředí rodiny, kde jsou emoční vazby narušené, je pravděpodobné, že tento vývojový úkol sblížení se a sdílení se vztahovými partnery bude pro něj obtížný, ba nezdolatelný (Bowlby, 2010). Např. Vagnerová (2001, str. 716) uvádí, že **nejistý typ attachmentu** (v typologii M. Ainsworthové) je v budoucím vývoji dítěte spojen v oblasti vytváření dalších vztahů s nedostatkem empatie, s hostilitou, impulzivitu, ale též s pasivitou a bezmocí ve vztazích. V dospělosti jedinec tenduje k izolaci. Naopak jedinec, který ve své původní rodině získal důvěru, empatii, otevřenost k pocitům, a přijetí svých individuálních rozdílů, mnohem snáze vstupuje do kontaktu s vrstevníky, s dospělými autoritami a do blízkých vztahů v dalším období dospělosti. Tam je, slovy Eriksona, intimita tou pravou výzvou, partnerství pilotním vztahem, a láska získávanou ctností (Erikson, 1999).

Vztah s rodiči je charakterizován vysokou mírou konfliktnosti. Pubescent svou hyperkritičností, vymezování se vůči autoritě a hodnotám, které představuje rodič, vytváří tlak na změnu. Tím nutí celý systém rodiny do revize stávajících pravidel, hranic i charakteru vztahů. Rodina je svým způsobem rigidní a má potřebu zachovat homeostázu často i za cenu udržení si patologií (Satirová, 2006). Dochází tak ke konfliktu potřeb. Toto turbulentní období charakteristické frustrací na obou stranách je však podmínkou pro korigování pubescentem nově osvojovaných vzorců a hranic. Zároveň iniciuje změnu pro rodičovský subsystém, resp. tematizuje „spící či vyprázdněný“ partnerský subsystém. Nastavuje zrcadlo, tlačí k flexibilitě a vyzývá oba rodiče k určitému semknutí (Trapková, Chvála, 2004).

A konečně se v rámci **poznávání vlastní sexuality** objevují první experimenty se sexuálními objekty (Vágnerová, 2000).

V tomto období se rozšiřují **základní potřeby o nové dimenze**. Například **potřeba jistoty a bezpečí**, dosud vázána spíše na tady a teď, dostává rozměr anticipace budoucnosti. Ta je posuzována buď jako přijatelná, či naopak jako děsivá a ohrožující. Přispívá tak k základnímu jmenovateli tohoto období, tedy nejistotě. Je potřeba nabýt jistotu novou, a tato tendence je spojena s potřebou rozvoje nové identity.

Potřeba **seberealizace** získává nový rozměr, když pubescent začíná uvažovat o svých možnostech právě ve vztahu k budoucnosti. Seberealizace se též rozšiřuje z přítomnosti na budoucnost.

Potřeba **otevřené budoucnosti** nyní dostává smysl. Přesah aktuální skutečnosti umožňuje právě abstraktní myšlení. Perspektiva se dospívajícímu otevírá a on je nyní schopen se k ní vztahovat a o ní přemýšlet.

Přestože se jedinec v tomto období do značné míry individualizuje, individualizace je do jisté míry obrazem skupinové příslušnosti k vrstevníkům. Jedním z úkolů puberty je dosažení **nové přijatelné pozice ve světě**, resp. ve společnosti. Tím dojde též ke stvrzení určité jistoty. (Vágnerová, 2000)

2.5.2.2 Adolescence

Adolescenci charakterizuje spodní mezník završení povinné školní docházky, shora je vytyčená ukončováním vzdělávací dráhy. Na to navazuje hledání budoucího uplatnění. Adolescent dosahuje plnoletosti. V tomto období ještě zřetelně vystupuje sociální aspekt identity, tedy potřeba někam patřit, stoupá potřeba něco sdílet, být aktivní a účastný na něčem s druhými. Sílí téma vlastní hodnoty, možnosti sebeuplatnění. Vlastní atraktivita od tělesné přes tu psychosociální je předpokladem k **sociální akceptaci a prestiži**, což umožňuje dosažení dobré sociální pozice. Součástí adolescentní identity je zaměření na **výkon a na kompetence**. Dalo by se říci, že adolescent v novém sociálním prostředí (nejčastěji střední školy) používá dovednosti a způsoby řešení, nabyté v předchozím vývojovém období puberty, testuje a fixuje ty efektivní.

Pro adolescenty je velmi důležité mít možnost vyjadřovat svobodně své názory a mít pocit, že jejich názory a činy mohou ovlivnit běh dění. Dospívající přijímá společenskou výzvu a přebírá novou roli dospělého *de iure*. S tím je zároveň často přítomen tzv. **adolescenční egocentrismus**, vedoucí k ignoranci všeho, co by vadilo v užívání svobod nové role. Kompromis je považován za nejméně atraktivní řešení. Adolescenti preferují absolutní řešení, intenzivní prožitky, okamžitá uspokojení. To se může promítnout i v občasném překotném opouštění rodinného hnízda v různých podobách, také podle toho, co se nápodobou v rodině naučili, nebo naopak co představovalo v rodině tabu – od drogového abúzu přes náhlý sňatek, příklon k církvi až po squatting (Vágnerová, 2000).

Za normálních okolností pokračuje proces emancipace od rodiny, nicméně vztah mezi rodiči a adolescentem zažívá na začátku období adolescence zklidnění a stabilizaci. To v případě, že rodina byla schopna nastavit nová pravidla soužití, ze strany rodičů došlo

k přijetí adolescentovy nové identity, zároveň adolescent byl schopen integrovat potřebu samostatnosti a zachování soužití s rodinou.

Rozvíjí se nové sebepojetí, které již není vázané jen na příslušnost ke skupině, tzv. **ego-identita**. Dospívající se intenzivně zabývá otázkami **existenciálního charakteru**, nezdědka objevuje svébytný vztah k víře. Uvažuje o **morálních principech** a podrobuje je přísnému zkoumání prismatickým idealismem. Je metaforicky vzato tarotovým bláznem, divákem, který, jelikož dosud plně nikam nepatří, může si dovolit kritizovat společnost a její mechanismy. V sociální sféře je jedinec čím dál víc **akceptován jako dospělý**, s tím jdou ruku v ruce očekávání. **Vztahy mimo rodinu** mají nyní již zásadní význam. S vrstevníky si dospívající cizeluje své nabyté strategie, rozlišuje jejich různou **účinnost**. Probíhá porovnávání, které ve zdravých mezích vede k lepšímu sebepoznání adolescenta. Uspokojuje se tak **potřeba orientace a smysluplného učení**. Vrstevníci postupně nahradili rodinu v sycení potřeb bezpečí a jistoty.

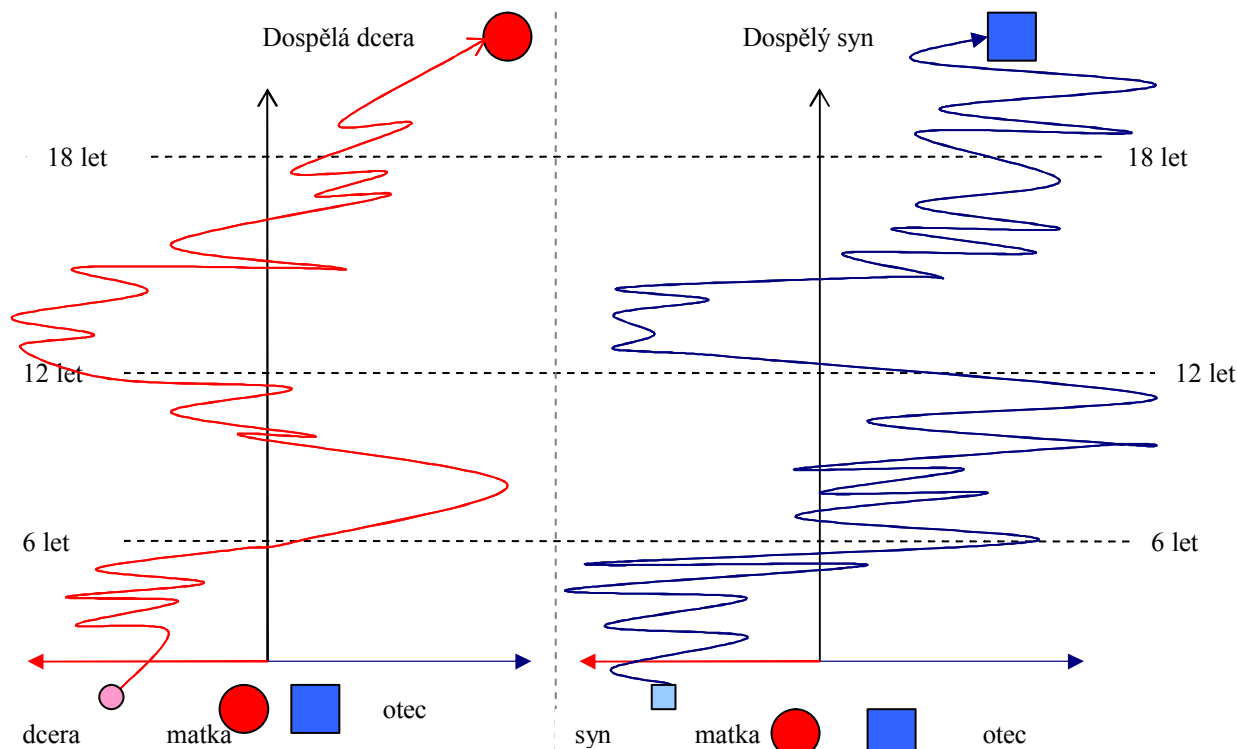
Nezdědka adolescent navazuje vztah s **dospělou autoritou**, která je bere vážně, koriguje jejich názory a postoje, umožňuje dialog (Beam, Chen, Greenberger, 2005). Slouží také jako role model, a v případě potřeby může poskytnout coby zástupná figura za rodiče emoční dosycení jedince na prahu dospělosti (Blyth, Hill, Thiel, 1982). O **roli mentora** coby **protektivním** činitelem pojednáme v podkapitole Protektivních faktorů.

2.5.2.3 Sociální porod a jeho komplikace

Rodiče a jejich vztahování se k osobnosti dospívajícího hrají též zásadní roli. Když pubescent uvažuje o sobě a své identitě, důležitou roli hraje **fantazijní představa o sobě**, určitý ideál, který si dospívající vytváří (Vágnerová, 2000). Tato představa ideálního já není statická, nýbrž se mění v čase s pod vlivem mnoha zkušeností. Například setkání se s **modelovými figurami (tzv. role models)** je součástí pubescentovy představy o mužství či ženství v širším, psychosociálním kontextu (Woititzová, 1998). Tímto předobrazem jsou již od dětského věku rodiče, nicméně tak, jak se paleta sociálních zkušeností dítěte rozšiřuje, předobraz ženství či mužství se obohacuje a diferencuje.

Podle Trapkové a Chvály (2004) se jedinec pohybuje po vývojové **trajektorii** od cca. 12. roku věku mezi mateřskou a otcovskou osobou, vždy v podobném schématu: **sblížení** dcery s **matkou** (dosycování, čerpání zkušeností přichýlením se ke zralému ženství a upevnění jistoty přijetí), na prahu puberty a adolescence dceřina **separace** od matky (konflikt a zpochybnění hodnot, které rodič, resp. matka představuje, zároveň při současné podpoře dcery matkou v rozvoji ženské role) a **sblížení s otcem**. Následně separace od otce a **přijetí**

samostatnosti (Obrázek 3). Stejně tak syn prochází prvně fází sblížení s matkou, separací od matky a setkání, posléze utkáni se a následného přijetí otcem, aby od něj separovaný mohl odejít směrem k samostatnosti vlastního plně vyvinutého psychosociálního mužství (Trapková, Chvála, 2004; 2008).



Obrázek 3 Vývojová trajektorie dcery a syna (Trapková, Chvála, 2004, str. 124-125)

Přesto, úspěšné zvládnutí **vývojového úkolu individuace** a nabytí vlastní podoby mužství či ženství, s následným odpoutáním se od původní rodiny závisí jistě na mnoha faktorech. Například na tom, zda má dítě, resp. mladistvý k dispozici i jiné, dostupné modely rolí, se kterými by se mohl identifikovat a učit se. A zejména, jak organismus rodiny ob stojí ve výzvě vývojové krize k separaci dospívajícího.

Komplikace sociálního porodu v rodině alkoholika

V tomto období je podmínkou, aby **jeden každý** z rodičů byl **dostupný pro toto setkání, přijetí** a následné **odloučení**. Chvála s Trapkovou používají pro separaci dospívajícího metaforu sociálního porodu (Trapková, Chvála, 2004). Sociální porod může být přerušeno, zpomalen či zastaven např. náhlou **traumatizující událostí**. Tou může být např. úmrtí rodiče, nemoc v rodině, rozvod rodičů, narození sourozence s odklonem pozornosti od dospívajícího, ale též právě relapsu či recidiva abúzu. Naopak mezi **chronické obtíže** v rodině můžeme řadit právě samotnou *závislost rodiče na alkoholu*, vleklou disharmonii v partnerském subsystému, rodiče absentující, indiferentní, lhostejné k chování dospívajícího

(Hašto, 2005). V rodině alkoholika se mohou vyskytovat jak všechna výše zmíněná traumata, tak obtíže chronického charakteru, což bude ilustrovat v popisu vzorku praktická část této práce. Podstatné je, že z těchto a mnoha jiných nepřejících příčin je rodičovská figura nedosažitelná pro uskutečnění potřebné vývojové subfáze, kterou má dospívající za úkol projít.

Pak mezigenerační **konflikt**, potřebný k vymezování se, korigování nově tvarovaných vzorců chování a prožívání, **nenastává** (Trapková, Chvála, 2004, str. 146). Stejně tak přijetí a identifikace s vzorem ženství, resp. mužství není možné. Pokud jsou vzájemné citové vztahy slabé či neadekvátní, případně idealizované v rámci obranným mechanismů ega, proces emancipace nemůže uspokojivě proběhnout. Ve fázi, kdy si za normálních okolností jedinec vytváří ze skutečné jistoty živoucí rodiny její **zvnitřněnou symbolickou reprezentaci** jistoty a bezpečí, není vlastně co zvnitřňovat. Jedinec se tak mnohdy vydává vstříc nárokům mladé dospělosti bez této vnitřní opory. V nejhorším případě nebude separace mladistvého dokončena (Vágnerová, 2000; Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001). Slovy Chvály a Trapkové (2004), sociální porod neproběhne řádně.

3 Alkoholismus jako rodinná nemoc

Alkoholismus je nemoc, zasahující svým dopadem celou rodinu a její důležité blízké (Lambie, Sias, 2005). Podle Amerického Národního centra pro závislost a abúzus návykových látek (CASA)⁵ v USA žije přibližně polovina, tedy cca 35, 6 milionů, dětí v domácnosti s rodičem, který zneužívá nějakou formu návykové látky, nejčastěji tabák a alkohol (CASA report, 2005). Jiné zdroje nabízejí statistiku, týkající se pouze alkoholového abúzu v amerických domácnostech. Údajně 28, 6% všech dětí a mládeže je vystaveno alkoholovému abúzu nebo závislosti rodiče (Elgán, Hansson, Zetterlind, et al., 2012). Ve státech Evropské Unie bylo odhadnut počet kolem 11, 7% dětí a mládeže do 18 ti let ovlivněných abúzem alkoholu alespoň jednoho z rodičů.

V České republice se problematika závislosti týká zhruba 5, 5% mužů a 0, 8% žen, problémového užívání cca přes 4% mužů a přes 1% žen⁶. Z těchto statistik vyvodíme, že je to nemoc také mimořádně rozšířená.

Zároveň jsou tato data diskutabilní a je možné, že skutečnost je ještě nepříznivější. Např. podle Kroll (2004, str. 129) se nezdá stává sociálním pracovníkům a jiným záchytným institucím, zabývajícím se rodinami s nějakou formou sociálně patologického jevu, že pro jiné, na pohled dramatičtější obtíže, s nimiž rodina aktuálně zápasí, zůstane zneužívání alkoholu buď nedetekováno, nebo je podceňováno. V autorkou uváděných studiích z let 2000-2003 se v problematice zanedbané péče o dítě pohybuje procento rodičů se závislostí na alkoholu mezi 30- 62%

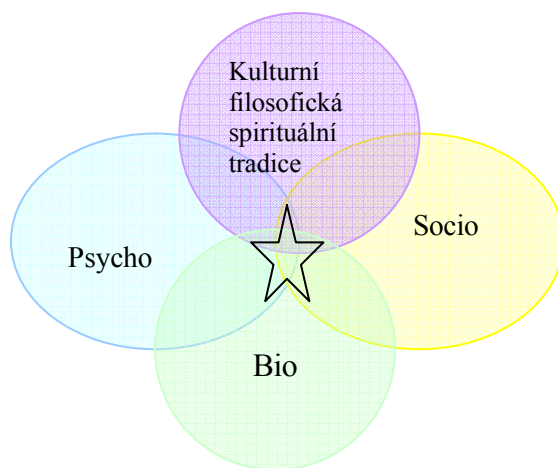
Alkoholismus rodiče či rodičů, zejména **ve spojení s jinými komorbiditami**, má výrazně poškozující vliv na kvalitu života jak samotného uživatele, tak jeho dětí, partnerů, blízkých příbuzných, přátel rodiny i celého systému, jenž je s rodinou v kontaktu. Dlouhodobě zatěžuje celý systém pomáhajících profesionálů (Lambie, Sias, 2005). Alkoholismus jako fenomén je socioekonomicky spravedlivý, dospělí na obou koncích socioekonomického spektra trpí abúzem alkoholu přibližně ve stejném zastoupení, ačkoliv okolnosti vzniku a průběhu abúzu se mohou lišit.

5 The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University (CASAColumbiaTM). Family matters: Substance Abuse and The American Family [online]. New York: A CASA White Paper, May, 2005 [cit. 2013-01-04]. Dostupný z [www: <http://www.casacolumbia.org/templates/publications_reports.aspx>](http://www.casacolumbia.org/templates/publications_reports.aspx).

6 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Volume 1, Second Edition, WHO Geneva 2004, český překlad "Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10)". Ministerstvo zdravotnictví ČR 2008-2012. Aktualizovaná druhá verze k 1. 1. 2012, [cit. 2013-01-04]. Dostupný z [www: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>](http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html).

Zmíněné komorbidity se vedle samotného zneužívání alkoholu u rodičů objevují velmi často. Výzkumy ukazují, že jde až o 50% uživatelů, kteří mají duální diagnózu abúzu/závislosti na alkoholu a psychiatrické poruchy (Nicholas, Rasmussen, 2006). V tomto dvojitě patologickém prostředí je dítě *vychováváno a získává psychosociální vzorce, jež pravděpodobně bude replikovat ve svém dospělém životě*. Podle zjištění jiného výzkumného týmu (Ohannesian, Hesselbrock, Kamer, et al., 2004) se signifikantně více vyskytuje škála psychosociálních obtíží u dospívajících, jejichž rodiče splňovali právě komorbidní profil, tedy nejen závislost či škodlivé užívání alkoholu, ale také další psychiatrickou poruchu (často depresi, nebo bipolární afektivní poruchu), nebo škodlivé užívání ještě jiné návykové látky.

Alkoholismus není izolovaný fenomén, je to nemoc, která má mnohvrstevnaté zakotvení (Obrázek 4) (Prochaska, Norcross, 2006). Tato nemoc ovlivňuje celý systém, který je se závislým člověkem v kontaktu, a jakkoliv se podílí na sanaci či naopak konzervaci patologických vzorců spojených s abúzem. Jedná se primárně o mikrosvět rodiny, sekundárně o širší okolí. Tedy prarodiče, přátelé, sousedy, kolegy a zaměstnance, školy, vrstevnické skupiny, celý systém poskytovatelů péče (Lambie, Sias, 2005). *Alkoholismus se nezřídka objevuje také coby geneticky, narativně či implicitně předávané dědictví* (Przybysz-Zaremba, 2012). Dá se říci, že je to nemoc, zasahující jedince v celé šíři prostoru, ale i v hloubce času.



V tomto modelu hvězda zastupuje jedince a/nebo rodinu.
Model symbolizuje sféry well-being jak v případě zdraví, tak nemoci, např. alkoholismu.

Obrázek 4 Mnohvrstevnaté zakotvení zdraví, resp. nemoci (Prochaska, Norcross, 2006)

3.1 Specifika alkoholických rodin

Mikrosvět rodiny pro své členy plní funkci socializační. Je podpůrnou bází, zdrojem citového sycení, přijetí a intimity. Pro to potřebuje být vybaven prostředky, které pomáhají

uvědomit si potřeby svých blízkých. Komunikace v rodině je za zdravých okolností srozumitelná a otevřená, bez dvojných vazeb a dalších matoucích mechanismů (Krejčířová, Langmeier, 1998). V rodině, postižené alkoholovým abúzem, panují bohužel zcela jiné normy.

Některé **rysy rodin** postižených alkoholovým abúzem uvádíme níže (Gershuny, Peterson, Raskin, 1997):

- **dysfunkční interakční vzorce** s vysokou mírou **konfliktů** a agresivního ladění (např. Mezi partnery, mezi rodičem a dítětem)
- **nízká míra rodinné koheze** (nízká míra spolupráce spolu s vyšší mírou soupeřivosti mezi jednotlivci, patologické a kontraproduktivní rodinné koalice)
- **nedostatečné** rodičovské strategie **přizpůsobování se změnám**, např. v transitivity vývojových periodách typu dospívání
- **narušené rodinné rituály** (Walsh, 2006)
- pijící rodič je **nečitelný rodič**, to generuje **nestabilní** prostředí, mění se každým dnem
- **nejasné**, tzv. Fuzzy **hranice subsystémů**
- na prožitkové rovině sledujeme pocit **nepřijímání, nezáměr či lhostejnost**
- **narušený attachment**
- narušené a **převrácené role** (dítě jako rodič - parentifikace, a dítě jako partner - spoustifikace)

Podle systemické teorie otevřených, živých systémů rozumíme tomu, že objeví li se na scéně rodinné stability abúzus coby nový fenomén, prvotní reakcí je *destabilizace systému*. Všichni členové systému *spolupracují přirozeně na tom*, nastolit zpět morfostázi systému, nehledě na to, jak patologické, či naopak nezhoubné stability mohou ve skutečnosti dosáhnout svým snažením. Cílem je udržet prostředí a jeho vnitřní strukturu stabilní. Kvalita adaptace na *nového člena systému, alkohol*, je z perspektivy systému méně důležitá, než adaptace jako taková. V tomto bodě je již zárodečný list společné nemoci, disponující chronickými rysy, založen. *Rodina hibernuje ve stavu, byť patologické, ale přesto, rovnováhy* (Schlippe, Schweitzer, 2001).

Zároveň alkohol je v podstatě symptomem hlouběji ukotveného problému. Ten může být buď osobnostního charakteru, nebo vzniká reaktivně v interakci se systémy, například uvnitř partnerského mikrosvěta. Alkoholem se obtíž manifestuje, zároveň uživateli slouží samoregulačně. Nezřídka se objevuje závislost ostatních členů rodiny na závislosti. Tato kodependence, nejzjevněji partnerská, původní dependenci posiluje a udržuje. Původní

dependence může v cirkularitě rodiny „sloužit“ pro uspokojivější naplnění některých potřeb jednotlivých členů, např. partnerky (samozřejmě na nevědomé úrovni). Na nevědomé úrovni tedy není záhodno, aby abúzus vymizel, neboť by sycení těchto potřeb bylo ohroženo. Je tedy velmi nesnadné objevit původ problému. K rozkrytí všech okolností také slouží přesná diagnostika, zahrnující široké souvislosti problémového užívání (Nešpor, 2007).

Zde je důležité konstatovat, že alkoholismus matky a otce se v dopadu na dítě do jisté míry liší. Například, pokud matka pije v těhotenství, přímo ohrožuje dítě vznikem Fetálního alkoholového syndromu. Od nepijící matky dítě častěji očekává, že při nich bude stát a bude je ochraňovat v případě krizové situace. Naopak užívající matce má dítě spíše tendenci pomoci, být tam pro ni a neopustit ji. Děti mohou pocítovat odpovědnost za pijící matku spíše než za otce (Lambie, Sias, 2005). Nicméně pro účely této práce ponechme toto téma bez dalšího zkoumání.

Poselství zakódovaná v chronicitě alkoholické rodiny

Rodiny kolem tohoto stavu nemoci nezřídka vytvářejí implicitní, či/a explicitní pravidla, normy, komunikační vzorce, hranice a role s cílem nastolenou rovnováhu systému udržet. Tato síť norem a vzorců se časem chronifikuje. Jednou z norem abúzivní rodiny bývá „rodinné tajemství“. To funguje jako pouto, zavazující všechny členy systému, a udržuje chronicitu. Má často formu nezlomného tabu (Pernerová, 1999). Toto je poselstvím členům rodiny vzájemně (existence abúzu a koexistence v abúzu), ale také vnějšímu světu. Dítě jej čte a překládá si jej svou vlastní perspektivou. Obsahem obvykle bývá: „Abúzus vlastně neexistuje, a tak (my, vy, kdokoliv) to nevidíme, nemluvíme, nepřemýšlíme o tom. Embargo – mlčení, svazuje dítě a izoluje jej od jakýchkoliv nápomocných zdrojů mimo postižený systém (Lambie, Sias, 2005). Ostrov rodiny se vymkl z kloubů Oceánu světa.

Vznikající problémy se v rodinném systému přenášejí na obětího beránka rodiny, kterým bývá často dítě. Manifestními symptomy jsou pak jeho problémy s chováním, se školou, psychosomatická onemocnění, apod. Na ty se blíže podíváme v následujícím příspěvku.

3.2 Situace dětí v rodinách alkoholiků

V literatuře najdeme mnoho konceptů, vyjadřujících se k vývojovým potřebám dětí. Ty by měly být poskytovány zejména rodinou dítěte, jeho důležitými blízkými. Primárními potřebami každého dítěte je pozitivní a bezpečná vazba s mateřskou figurou (attachment), bezpečná a nadějná vize budoucnosti, stabilní prostředí s jasnými hranicemi a pravidly, a konečně předvídatelný rodič, čitelný v komunikaci verbální i neverbální, poskytující péči a

lásku. Winnicot (2006) mluví o tzv. **Holding environment** pro dítě, kde právě tzv. *jazyk základních potřeb* (basic needs language) komunikuje interakci dítě-rodíč a uspokojování potřeb dítěte. Abychom popsali základní rysy prostředí rodiny s alkoholickým rodičem/ rodiči vzhledem k dítěti, můžeme použít tzv. **Hard growing koncept** autorů Radke-Yarrow a Shermana (Radke-Yarrow, Sherman, 1990), rozvedený dále týmem kolem Burdzovic (Burdzovic, Burdzovic, O'Farrell, 2006). Koncept spočívá ve *spolupůsobení různých rizikových faktorů* :

- **CAN syndrom** ,
- opakující se cykly **krizí-traumat** na pozadí **chronicky nepříznivých podmínek** , které se v dlouhodobé perspektivě pro všechny členy rodiny stávají "normalitou"
- spolu s **absencí** či **oslabenými protektivními faktory** .
- **Převrácení rolí, parentifikace a spoustifikace dítěte** (Tothová, 2011).
- **Narušení jisté vazby-attachmentu** a z toho plynoucího **nepříznivého výchovného stylu** (Gillernová, 2004).

3.2.1 Krize a chronicita ve světě COA

Trauma v dětství bylo definováno jako psychologický následek náhlého vnějšího šoku, nebo série šoků, který zanechá mladého člověka dočasně bezmocného a rozbije všechny, za běžných okolností funkční, obranné mechanismy a mechanismy zvládnání (Kendall-Tackett, 2002). Takto vyprovokovaná vnitřní změna může být dočasná, nebo trvající léta.

Charakteristické prvky traumatu:

Dítě může prožívat silně vizualizované, nebo jinak opakovaně se objevující vzpomínky na událost. U dítěte se objevuje repetitivní chování, symbolizující trauma, a s ním spojené specifické strachy. A konečně bývá přítomna změna postojů k lidem, aspektům života a k budoucnosti (Scheidlinger, 2004).

Pro dítě je příliš náročné traumata zpracovat bez následků zejména z důvodů nezralosti, nedostatku zkušeností a emocionální závislosti na rodině. Proto se u něj často objevuje **porucha přizpůsobení** . Poznáme ji podle trvání méně než šest měsíců, déle jsou obtíže označovány za chronické. Dítě mívá depresivní nálady, úzkosti a poruchy chování. **Akutní stresová porucha** se může objevit po zvláště traumatické události násilného charakteru, kterou provází např. hrozba smrti. Do podobných situací se může dítě dostat např. ve vyhrocené situaci při akutní intoxikaci rodiče v kombinaci s domácím násilím či dokonce usmrcením rodiče (Bryant, 1999).

Posttraumatická stresová porucha (Posttraumatic stress disorder, PTSD) je provázena extrémní úzkostí, pocity beznaděje a bezmoci. Dítě může znovuzžívat trauma v nočních můrách, rezonuje v různých podobách během her či v rozhovoru (Scheidlinger, 2004). Můžeme sledovat jeho vyhýbavost nebo otupělost, nebo naopak nabuzení. To se manifestuje obtížemi se spánkem, se soustředěním a hyper-vigilancí (Joseph, Williams, Yule, 1997, Yule, 1999). **Příčin PTSD u dětí alkoholiků** bývá mnoho: **domácí násilí, zkušenost znásilnění** (dítě bývá svědkem či obětí), rysy **CAN syndromu** ve své **zesílené formě**, např. po náhlém ataku. Určité procento dětí je také **svědkem vraždy rodiče** v souvislosti s alkoholem (Krakow, 2001) a jiných kriminálních a sociálně patologických projevů v rodině.

Krizové situace jsou pro COA často doprovázeny **domácím násilím**. To se častěji vyskytuje **v souvislosti s opilostí** rodiče (Wolin, 1982). Alkohol činí rodiče invazivnějším, verbálně abúznivním a výbušným. V kvalitativních studiích dospívajících a dospělých z rodin alkoholiků zaznívá idea, že alkohol v rodině je přinejmenším stejně nebezpečný, ne-li nebezpečnější než abúzus jiných drog (Bancroft, Wilson, Cunningham-Burley, 2004). Dítě v krizové situaci domácího násilí, kdy je např. druhý rodič napaden rodičem pod vlivem alkoholu, zvažuje vlastní intervenci. Prostým přáním dítěte je, aby násilí přestalo. Děti zvažují, či se uchylují k různým řešením. Ta popisují respondenti jak v empirické části této práce, tak v mnoha jiných kvalitativních studiích (Bancroft, Wilson, Cunningham-Burley, 2004, str. 8). Jestliže v dítěti převládne potřeba konat a do násilné situace vstoupit, je samo přímo ohroženo. Zároveň se v budoucnu může setkat se situací, která bude asociovat zážitky těchto rodinných dramát. Nebezpečí je, že coby dospělý bude jednat stejně a riskovat tak trestný čin. Aktuální intoxikace alkoholem, tedy krizová situace pro COA, je nezdá se, ale neřídka doprovázená sbepoškozujícím chováním rodiče s případnými hrozbami sebevraždy, potřebou s dítětem mluvit (emocionální zneužití dítěte) o svých emocionálních problémech. Někdy rodič pod vlivem alkoholu také zaplavuje dítě exaltovanými vyznáními lásky, kterým však v takovémto double bind kontextu dítě nevěří a naopak se pro něj stávají prázdnými frázemi (Bancroft, Wilson, Cunningham-Burley, 2004).

Dítě, které je vystaveno těmto traumatům v rodině, vyvine **symptomy**, které zahrnují rovinu **fyzilogickou**: dítě alkoholika může trpět enurézou, enkoprézou, nespecifickými bolestmi břicha či jinou psychogenně podmíněnou symptomatikou (Hort, 2000; Mylant, Ide, Cuevas, 2002), **behaviorální**: dítě projevuje hyperkinetické příznaky, mívá častěji poruchy chování, objevuje se opoziční vzdor, dívky mohou manifestovat sexuálně vyzývavé chování. V extrémních případech se mohou děti pokusit o sebevraždu, či utíkat z domova v pocitu bezvýchodnosti. Podle Mylant, Ide a Cuevas (2002) se **adolescentní COA častěji potýkají s**

poruchami příjmu potravy, s kouřením, otěhotněním a rizikovým chováním (sensation-seeking). Děti, původně samy v ohrožení, začnou být okolím vnímány jako ohrožující. Okolí k nim zaujme postoj, který nezřídka symptomatiku opět posílí a zpevní.

Na **emocionální** úrovni se objevuje snížená sebeúcta, pocit vlastní účinnosti. Děti alkoholiků měly obtíže s důvěrou, také se častěji vyskytovala úzkost, hostilita a jiné psychiatrické symptomy (Reich, Earls, Frankel, 1993). U více než 50% COA tým kolem Westermayera zjistil poruchy přízpusobení, symptomy úzkosti, nízké sebeúcty a deprese. Mladí dospělí v psychiatrické péči měli signifikantně častěji v rodinné anamnéze rodiče s problémem závislosti na alkoholu, případně na jiných drogách. (Westermayer, Yoon, Thuras, 2006) i Ali s Munaf (2006). V **sociální** oblasti jsou *pouta k významným druhým výrazně narušena* (Sloboda, 1974). U chlapců se může objevit psychosexuální zmatení, pokud jsou příliš vázání na stabilní mateřskou figuru a postrádají tu mužskou/otcovskou, se kterou by se mohli identifikovat (Reichs, Earls, Frankel, 1993). Na **kognitivní** rovině děti alkoholiků často projevují poruchy učení, nízké aspirace a úspěšnost, a nerozhodnost v kariérních záležitostech. Když se navíc tyto obtíže objevily v dětství, s větší pravděpodobností se pak v dospělosti vyskytovala závislost a antisociální chování (Reichs, Earls, Frankel, 1993).

Typickým fenoménem, spojeným s přechodem krizových cyklů do chronické podoby, je **naučená bezmocnost**. Děti alkoholiků, jsou-li opakovaně vystaveny zneužívání a subdeprivaci (Matějček, 2005), vnímají poté svět spíše jako nebezpečné místo a přeceňují nebezpečí, jelikož už v minulosti zažily bezmoc. Tyto obtíže též sytí vznik deprese. *Naučená bezmocnost a hledání bezpečného prostředí, případně jiná adaptace na rodinnou zátěž se zpevňují v bludných kruzích krizí a chronicity alkoholické rodiny.*

Mluvíme-li o chronicitě v rodinách alkoholiků, zmiňme komplex těch psychosociálních rizik, která zahrnuje termín **CAN syndrom** (Child Abuse and Neglect), syndrom týraného, zanedbávaného či zneužívaného dítěte (Malá, 2000, str. 385). V alkoholické rodině je dítě často vystaveno **psychologickému zneužívání** (nejčastěji emocionálnímu zneužívání, deprivaci a subdeprivaci citových potřeb a vztahového přimknutí k mateřské osobě – attachmentu), **fyzickému zneužívání** (dítě jako oběť domácího násilí), **sexuálnímu zneužívání** (dítě může mít zážitek znásilnění či pokusu o něj). **Emocionální zneužívání** jako forma patologického zacházení s dítětem nese různé rysy podle definic různých autorů skládající se s širokého spektra rodičovského chování jako odmítání dítěte, jeho ponižování, jeho zastrasování, izolování dítěte, jeho korumpování a vydírání (Nicholas, Rasmussen, 2006). Jiní autoři posuzují coby emocionální zneužívání **jakékoliv typy abusivního chování**, které nejsou přímo fyzické a sexuální, tedy **verbální zneužívání**,

ventilace vzteku na dítě a poškozující zacházení, či **emocionální zanedbávání** (ignorace potřeb dítěte, selhání péče a zájmu vůči dítěti spíše než aktivní ponižování dítěte) (Joseph, Williams, Yule, 1997).

Dítě se s nepřízní, které čelí, vyrovnává **nově** vyvinutými **adaptačními mechanismy**, které jsou *funkční v abnormálním prostředí alkoholické rodiny*. Bohužel však již *nejsou funkční* v jiném kontextu, v *normalitě venkovního světa*, v dospělosti. Děti se učí chování v celém spektru sociálních situací. **Observační učení** probíhá přirozeně podle modelů, nejvíce těch, které se nacházejí v nejbližším okolí a které pro ně mají primární citový náboj (nelze se učit vše od každého, získávali bychom mnoho rozdílných poselství a vznikal by zmatek) (Hoskovcová, 2006, str. 56-59). Tyto děti se *střetávají s realitou* ve vrstevnické skupině, ve školním prostředí a mnoha jiných sociálních kontextech. Některé jejich adaptační mechanismy jsou posilovány a působí motivačně. Dítě nejprve pozoruje, posléze praktikuje a zpětnovazebně získané vzorce modifikuje, zpevňuje, nebo ty nevýhodné opouští. A tak si představme dítě, syna, který doma pozoruje agresivní reakci otce, posíleného alkoholem, během procesu rozhodování o nějakém tématu, na který mají oba rodiče jiný názor. Otec prosadí svou vůli křikem a hrubou silou, matka ustoupí ze strachu, nebo proto, aby „byl klid“. Ve vrstevnické partě je tréninkové prostředí, kde může být dítě v prosazování vlastní vůle tímto způsobem úspěšné. Později, již jako dospívající, použije maladaptivní vzorce prožívání a chování při budování své kariéry, vztahů, rodiny. Jednoduše řečeno, vzniká tzv. sekundární chronicita, podle Navarro Góngora (osobní sdělení, 27.3. 2007), kdy se z původní role oběti nezdědka vyvine aktér. Fenoménu, zvanému ACOA, dospělé dítě alkoholika, bude věnována samostatná podkapitola níže.

Manželé Wolinovi (1992) vyvinuli **Challenge model**, model výzev. V tomto modelu *se zaměřují na odolnost, zvládání a sílu*, na rozdíl od na patologii zaměřené perspektivy. Říkají, že pro dítě, vyrůstající v podmínkách např. alkoholické rodiny, mohou být stresory paradoxně odrazovým můstkem pro posílené kompetence. Zároveň nevyvracejí fakt, že psychologický vliv života v alkoholické rodině na dítě je poškozující. Více se konceptu odolného dítěte navzory nepřízní budeme věnovat v kapitole Resilience.

3.2.2 Chlapci a dívky: Rozdílné etiologie obtíží a zvládání

Dívky jsou obecně náchylnější k vývoji posttraumatické stresové poruchy. Zároveň většina alkoholických rodičů jsou otcové. Chlapci jsou proto mnohem častěji psychosexuálně zmateni a emocionálně hostilnější, s narušenou sebeúctou a citovou vazbou k otci, coby blízkému druhému a identifikačnímu modelu. Chlapci často cítí potřebu odplaty a agrese vůči

otci, představují si otcovu trvalou nepřítomnost, která by „vyřešila“ problém, např. kdyby byl mrtvý, nebo ve vězení (Yule, W., 1999, str. 107-109). Chlapci pak také častěji tíhnou ke zneužívání návykových látek v dospělosti. Chlapci se také od dívek liší rozdílností potřeb a témat během případné léčby (Windle, Searles, 1990). K tomu dodejme, že čím je dítě mladší, tím výraznější budou např. somatické symptomy a poruchy (Malá, 2001, str. 332).

Jordan (2006) a jiní poukazují na to, že chlapci mají blíže k tzv. „boy code“, tedy jsou přirozeně akulturováni do rolí, bližších původním konceptům resilience. Maskulinita podporuje na sebe zaměření, nezávislost, samostatnost, apod. Muži spíše externalizují problém a internalizují úspěch. Dívky naopak (Jordan, 1992). Dívky, zejména se s tímto střetnou v dospívání, jsou socializovány do opačné role s jinými představami o projevech vlastních potřeb, emocí, a odolnosti. Chlapci jsou podporováni k přímému vyjádření agresivity a potlačení emocí smutku apod. Dívky naopak (Jordan, 2006). Muži častěji pracují se strategií zaměřenou na problém či instrumentální, dívky častěji pracují s emočním zvládním, spíše vyhledávají vztahové opory (sdílení, mluvení o problému, apod.) Na problém zaměřené zvládní je častější tam, kde je reálná šance ovlivnit situaci, ve které se nacházím. Na emoce zaměřené strategie zvládní jsou spíše přítomny tam, kde mám jen malou či žádnou možnost vlivu a nemohu aktivně situaci změnit (Paulík, 2010). Jordan se domnívá, že ženy spíše „obývají“ (či tam byly společenským vývojem „odejity“?) takové sociální světy, kde je tato menší šance na změnu. Proto používají tento typ strategie, a proto je výzkumy nacházejí častěji u nich (Jordan, 1992). Obecně lze říci, byť je rozdělení velmi hrubé, že dívky tendují k častější somatizaci, depresivitě (Werner, 2006) a sebekritice s dopadem na sebeúctu (Jordan, 2006). Chlapci spíše projevují sociálně patologické symptomy (poruchy chování) (Paulík, 2010). Ženy na stres a ohrožení reagují snahou se spřátelit – sblížit se, spíše než reakcí fight-or-flight. Ženy se tedy víc angažují v péči o druhé a ve sblížovacích snahách, mají tuto odpověď neuronálně zakotvenou. V obdobích po zátěži také tendují k působení v dobrovolnictví a sociálních skupinách více než muži (Jordan, 1992, 2005).

Podle různých výzkumů se zdá, že nejvhodnějším modelem reakce na zátěž s pružnou adaptací na měnící se podmínky je model jedince, který má androgynní rysy (Paulík, 2010, str. 124). Maskulinní reakce na stres se zdá být výhodnější v situaci akutního, krátkodobého stresu. Typicky femininní reakce je údajně výhodnější naopak v dlouhodobé zátěži, ženy mají výraznější tendence k přátelským a podpůrným projevům, k vyhledávání sociální opory. Přesto však jsou výsledky výzkumů na toto téma výrazně nekonsistentní jak z důvodu metodologie, tak užitých vzorků respondentů a jejich vstupních charakteristik (Paulík, 2010).

Jordan poznamenává, že z výzkumů let sedmdesátých, osmdesátých, ale i novějších jsou také data, která svědčí pro *nižší sebeúctu obecně u žen* než u mužů, dokonce někteří se nchtali slyšet, že socializace žen jim brání rozvinout odolnou osobnost (Jordan, 1992, str. 2). Nicméně zároveň dodává, že dívky vykazují stejnou, ne-li vyšší odolnost do období dospívání, což potvrzuje též Kauaiská studie Werner a Smith (2001). Zároveň Werner (2006) dodává, že mezi high-risk dospívajícími, ze kterých se skutečně stali „potížisté“, více žen než mužů zvládlo úspěšný vývoj do svých třiceti-čtyřiceti let (Werner, 2006, str. 100). Proto se Jordan domnívá, že to souvisí s vnitřním konfliktem různých sociokulturních tlaků, nastupujících v plné síle právě v dospívání. Např. euroamerická společnost hodnotí přirozené potřeby žen spočívat ve vztazích, čerpat energii a růst ze vztahového prostoru jako příliš „needy“, tedy závislé a nesamostatné (Jordan, 1992). Ženy tak v dospívání musí přerámovat pojetí tohoto svého zdroje ve smyslu vnímané hodnoty a částečně jej potlačit.

3.2.3 Adaptační role COA: parentifikace, spoustifikace a jiné role

V předchozí části jsme se zmínili o adaptaci všech členů rodiny na fenomén alkoholu v rodině, popsali jsme poruchy přizpůsobení a jejich symptomy u dětí. Studie dětí alkoholiků zjistily opakující se adaptační vzorce dětí alkoholiků. Byť vědecká obec častěji zastává názor, že tyto role jsou v konečném důsledku špatnou adaptací, přesto závěr není tak jednoznačný (Braithwaite, Devine, 1993). K problematické komunikaci v rodině alkoholika také patří jev **triangulace**. Dva členové rodiny nejsou schopni komunikovat přímo, otevřeně. Proto triangulují: komunikují přes někoho dalšího, třetího člena rodiny (Satirová, 2006). Rozlišujeme triangulaci intragenerační (dítě je vtahováno do emočního pole rodičovského subsystému), pozornost/napětí je přesunuto z páru na dítě. **Transgenerační triangulace** vypovídá o spojenectví dítěte s jinou generací než rodičovskou, nejčastěji s prarodiči. Součástí dynamiky triangulace je hypersenzitivita dítěte k očekávání rodičů. To právě posiluje maladaptivní vzorce dítěte. A díky nim je „zajištěna“ krátkodobá redukce napětí. Dítě je pak vnímáno jako „problémové“ – vyžaduje důslednější kontrolu či péči, a vzorec se posiluje (Tothová, 2011). **Převrácení rolí** se může překrývat s parentifikací či spoustifikací. Jedná se o situaci, kdy dítě přebírá povinnosti namísto rodiče je tím neúměrně zatíženo. Nejistota a zmatenost vede k předčasnému dospívání se všemi svými vývojovými následky. V praktické rovině dítě pečuje o chod domácnosti, udržuje ji, a stará se o sebe sama, mladší sourozence, nahrazuje absentujícího rodiče (Pasternak, Schier, 2012).

Parentifikace: Dítě se v rodinné hierarchii dostává na místo jednoho z rodiče péči o něj. Dítě sytí emoční a psychologické potřeby, které po něm rodič vyžaduje, explicitně či

implicitně, a tato role byla dítětem hluboce internalizována. Dítě vlastně nahrazuje energii, která chybí v partnerském subsystému. Energie je mazivem pro kohezi rodiny. Dítě tak vydává tuto životní energii a samo se vyčerpává. Separace dítěte je v čase dospívání ohrožena zejména proto, že jeho vlastní odchod není možný. Dítě může na vědomé rovině prožívat dilema: neopustit trpící matku/otce, např. pro věkově adekvátní výzvu v podobě partnera, studia, atd. Dítě se za normálních okolností separuje od dávajících rodičů, nasycené (Tothová, 2011). *Dítě jako rodič může být citově nenasycené, ba naopak vyprázdňené až vyhořelé* (Chvála, Trapková, 2008).

Carroll a Robinson (2000) provedli studii, kde zjišťovali míru depresivity a parentifikace u dospívajících a mladých dospělých dětí alkoholiků (a také dětí workoholiků). Děti alkoholiků signifikantně více skórovaly v míře parentifikace. Tytéž závěry potvrdilo mnoho dalších výzkumů, např. Goglia, Jurkovic a Burt z roku 1992. Tito výzkumníci mezi nejškodlivější efekt parentifikace řadí ***zbrzdění individuace a autonomie dítěte***.

Zároveň někteří jiní odborníci tvrdí, že i tento, na první pohled negativní jev může mít ***pozitivní vliv na proces individuace*** (Walker, Lee, 1998). Může vést k *adaptivnímu* behaviorálnímu fungování dítěte v rodině a jeho *zvýšení sebehodnoty* (Beadslee, Podorefsky, 1991). Jiné výzkumy poukazují na to, že při převrácení rolí dítě může snáze konfrontovat rodiče s jeho pitím, může se snáze vymezit vůči zneužívání a jiným poškozujícím a zraňujícím vzorcům uvnitř rodiny. Tím vším se *aktivizuje*, vlastně *koná*, a přepisuje tak vzorec naučené bezmoci (Bancroft, Wilson, Cunningham-Burley, 2004). *Tedy, opakovaný zážitek ovlivňování vlastní žité skutečnosti a možnosti mít věci pod kontrolou má korektivní potenciál. Locus of control se internalizuje. A interní LoC ve výzkumech resilience pozitivně souvisí s odolností jedince.*

Rozhodně je třeba tento fenomén zkoumat velice pečlivě zejména v rodinách alkoholiků. Výzkumy, zhodnocující vztahovou resilienci v rodinách s parentifikovaným dospívajícím, se snažily zjistit jak reciproční výměna benefitů vedla k adaptivním výstupům pro více než jednoho člena rodiny. Například tím, že dospívající převzal vedoucí úlohu ve výchově mladšího sourozence. V takovýchto případech může být vedlejším ziskem *zpětná vazba mladšího sourozence v podobě respektu a úcty ke staršímu*, spolu s *vnímanou osobní účinností (self efficacy)*. Zároveň toto převzetí výchovné povinnosti dává nepijícímu rodiči možnost emočně se zotavit a vložit maximum své snahy a energie do řešení problému s rodičem pijícím. Studie ego-identity u adolescentních (15-18 let) synů alkoholiků srovnávala hodnoty ego-identity, resp. úrovně sedmi zkoumaných dimenzí. U těchto COA adolescentů se překvapivě, navzory původní hypotéze autorů, ukázala být ego-identita

mnohem stabilnější a respondenti skórovali v celkovém skóre a ve 4 ze 7 dimenzí výše. Důvodem může být fakt, že jsou tito jedinci z rodin závislých nuceni rychleji vyspět a vyvinou takové copingové a obranné mechanismy, které umožňují vývoj stabilnější ego-identity a „adaptivního self“, než u jejich dospívajících vrstevníků (Gavriel-Fried, Teichman, 2007).

Spoustifikace je případ, kdy systémové síly dítě angažují do emočního sycení v roli partnera rodiči. Dítě se stává „partnerem rodiče“ a naplňuje vztahové, emoční a intimní potřeby rodiče. Posléze se však dítě cítí být vyprázdněno a emočně opuštěno. Stává se tak samo extrémně potřebným.

Survival roles

Black (2001) a Wegscheider (2012) přinesly ve druhé polovině sedmdesátých let typologie survival rolí COA, resp. Vzorce způsobů zvládnání (coping mechanisms), které si dítě osvojuje v chronicky nepříznivém klimatu rodiny alkoholika (Obrázek 5). Cílem dítěte je **vyhnout se či minimalizovat** následky rodičovského pití a přidružených obtíží (např. rodičovského konfliktu, násilí, zhroucení praktických úloh, které zastávají rodiče, apod.).

Role **Zodpovědného dítěte** (Black), resp. **role Hrdiny** (Wegscheider) – takové děti přebírají pozici dospělého a snaží se všemožně zmírnit rodičovské pití. Usilují o to být vším, co by rodič mohl chít, aby dítě bylo. Odpovědné dítě má zbytnělý smysl pro dosahování cílů, pro odpovědnost a perfekcionismus. Dítě v roli hrdiny bojuje s pocity nedostatečnosti. Dá se říci, že rodině dodává *sebeúctu* (Perkins, 1989). Toto dítě často bývá parentifikováno. Jeho sebeúcta je též provázána s pocitem „mít věci pod kontrolou“. Jestliže se tak neděje, sebeúcta dítěte je ohrožena (Perkins, 1989).

Ztracené dítě (Wegscheider), resp. **Přízpůsobovač** (Black), ignoruje problémy doma a „odpojuje se“. Tato role je v odborné literatuře často zkoumána. Mnoha výzkumníky se má za to, že tzv. *adaptivní distancování je vlastně resilientní vzorec chování* (Kumpfer, 1999). Dítě se emočně distancuje od problematického a abúzivního (jak ve smyslu alkoholu, tak i psychického zneužívání) rodiče. *Bohužel však se takové děti často distancují nejen od rodiče, resp. rodiny jako celku, ale také od ostatních lidí, vrstevníků a jiných dospělých.* Tyto děti bývají samotářské, cítí se nemilovány, nedůležité a osamělé. Jordan tyto dvě polohy odloučení se nazývá **adaptivní distancování** (averzivní poloha), odvrácení se od zdroje patologie, a **izolace** (reverzní poloha, odvrácená a v dlouhodobé perspektivě sebepoškozující), odvrácení se od lidského kontaktu jako takového (Jordan, 1993).

Třetí rolí je **Zlobivé dítě** (Black), neboli **Obětní beránek** (Wegscheider), dítě, které projevuje delikventní a sociálně patologické chování. Tím vytváří další čitelný symptom,

komunikovaný i do vnějšího světa mimo rodinu, a stává se tzv. indikovaným pacientem. Často přivádí rodiče do terapie, ti přicházejí se zakázkou „Opravte mi to dítě..“ Tedy, obětní beránek zároveň odvádí pozornost od subsystému, kde se děje primární konflikt. Koneckonců, na opravě „porouchaného“ dítěte nezřídka „spolupracují“ oba rodiče. A to, co každé dítě bytostně potřebuje, je semknutý rodičovský pár, kooperující na „projektu“. Stejným principem je somatizace těchto intrapsychických konfliktů a dramat dítětem. V takovém případě dítě „nevyrábí“ symptomy antisociální, ale tělesné. Existují výzkumy, dokladující, že *chlapci mají sklon spíše k naplňování role zlobivého, tedy antisociálního chování. Pro obě pohlaví jsou typické pocity vzteku a viny. Dívky naopak tendují k somatizaci.* Výsledkem výskytu atopického ekzému, lupénky, bolestí hlavy či břicha může být, že symptom spojí a zaměstná oba rodiče, přinejmenším však alespoň jednoho. Je nutné natírat pokožku, měřit teplotu a masírovat břicho. Pozornost od konfliktu uvnitř partnerského subsystému je nevědomě odkloněná (Trapková, Chvála, 2004; 2008).

Čtvrtou rolí je **Usmiřovač** (Black) nebo **Klaun** (Wegscheider). Oba vzorce chování směřují k tomu, aby rozptýlily střet a napětí. Usmiřovač obvykle empatizuje a přebírá distres ostatních tím, že opečovává a podporuje. Klauni naopak používají humor a rušení v epicentru napětí, tím se vyrovnávají s náročnou situací. Uvolňují napětí. Tuto roli obvykle zaujmou děti nejmladší, nejmiň zralé a nejvíc chráněné (Perkins, 1989).



Obrázek 5 Role, které děti v rodinách alkoholiků nejčastěji naplňují (Braithwaite, Devine, 1993; Tothová, 2011)

Podle výzkumu Braithwaite a Devine (1993), a jiných odborníků se názory liší v tom, *zda jsou některé z těchto survival rolí skutečně maladaptivní v dlouhodobé perspektivě a zda*

se nutně váží na patologické rodinné prostředí ve smyslu koheze, komunikace, apod. Výzkumníci zjistili, že usmiřovači jsou častěji přítomni v kohesivních a pečujících rodinách. Takové prostředí je též spojováno s lepší adaptací na rodičovský alkoholismus. A např. v longitudinálním výzkumu Werner a Smith (2001, str. 75) *se kvalita zodpovědnosti objevuje právě u těch jedinců, kteří byli vyhodnoceni jako resilientní*. Zároveň ve výzkumech Werner a Smith (2001) resilientní dospělí často trpěli somatickými obtížemi, např. bolestmi hlavy, apod. Je otázkou, zda tito dobře nesnáze přežijí, resilientní jedinci, nezastávali v původní rodině roli hrdiny. Pakliže by si tuto roli dále přenesli do dospělého fungování, zda, případně nakolik se jejich internalizovaný tlak na výkon, na neselhání a perfektně odvedenou práci promítl do jejich tělesného zdraví (Trapková, Chvála, 2008, str. 78-95).

Nicméně analýza dat ve výzkumech Braithwaite a Devine potvrdila maladaptivní následky **tří zmíněných typů rolí** (Usmiřovače, Ztraceného dítěte a Zlobivého) podle obou autorů výše. Neprokázalo se, že by tyto přejaté role zvyšovaly životní spokojenost nebo psychické zdraví (Braithwaite, Devine, 1993, str. 426). Zároveň, např. Glover (1994) tvrdí, že role hrdiny je dobře přístupná terapeutické spolupráci, a že dospělé děti alkoholiků s touto rolí *snáze odhalují nezdravé vzorce chování a prožívání, a směřují ke změně*.

Zajímavé závěry přinesla studie s ambicí vyjasnit, jaké rodinné faktory a tzv. survival roles, neboli role, *kteří dětem umožňují přežít v patologii rodinného prostředí, ovlivňují well-being* dětí alkoholiků. Braithwaite a Devine (1993) tvrdí, že *nedostatečná blízká citová vazba alespoň jednoho rodiče s dítětem je větším predikátorem vážné poruchy přizpůsobení než alkoholismus rodiče sám o sobě*. Tato data jsou konsistentní s většinou nálezů, potvrzujících kauzalitu: *pijící rodič vážně narušuje rodinné interakce a kvalitu rodinného klimatu obecně, což zpětně podporuje výskyt patologického chování a prožívání u dítěte*. Dítě se od rodiny distancuje fyzicky (ztracené dítě), psychologicky (klaun) a/nebo sociálně (zlobící dítě, tzv. acting out child). Tyto strategie zvládání jsou podle Braithwaite a Devine maladaptivní proto, neboť **dítě tak přerušuje pouto ke svému hlavnímu zdroji podpory a psychologické výživy** ve společnosti, tedy k rodině. Výsledná prožívaná nejistota a absence pocitu bezpečí zpětně podporuje vznik symptomů deprese a úzkosti, tak často diagnostikované u dětí alkoholiků (Stanley, Vanitha, 2008).

V dospělosti ACOA se často aktivizují původní survival roles, zejména ve skupinové dynamice (v pracovním či rodinném prostředí, například). Corazzini (1987) uvádí příklady role hrdiny a obětního beránka z kvalitativní studie terapeutických skupin a analyzuje benefity těchto rolí pro skupinu. *Cooper a McCormack (1992), a mnoho jiných autorů popisuje úspěšné terapie různého formátu s ACOA*.

3.2.4 Dopad na psychosociální kompetence dítěte

Zjišťujeme negativní souvislost alkoholické rodiny se **školní úspěšností, sebeúctou, sebevědomím a Locus of control**. Chandy (1993) potvrdil **nižší školní úspěšnost** u dospívajících z rodin alkoholiků ve všech šesti zkoumaných doménách. Zjistil také, že coby *protektivní faktory resilientních dospívajících se objevila vyšší očekávání ze strany rodičů, dospívající se dále hodnotili coby všeobecně zdraví a věřící*. Autorka další školní studie (Morey, 1999), která zjišťovala rozdíly v **sebeúctě**, pocitech viny a studu, vnímané sociální opoře a hodnocení chování učitelem, nenašla významné rozdíly v jiných oblastech **až na sebeúctu a hodnocení chování učitelem**. Tyto hodnoty byly u COA výrazně nižší. Stejně závěry učinil Rangajaran a výzkumný tým v roce 2006, kdy zároveň specifikoval, že *alkoholismus otce má na zkoumanou sebeúctu dítěte ještě škodlivější dopad*, než ten matčin, a poškození sebeúcty v tomto případě též souviselo nejen s otcovým přehlížením a pohrdáním dítětem, ale překvapivě také se stylem rodinné komunikace, zvaným „na rozhovor orientovaný“. Studie Post a Robinsona (1998) také potvrdila výrazně *nižší sebeúctu u dětí* z rodin alkoholiků, spolu s častěji se vyskytujícím **externím Locus of control** a **vyšší mírou úzkostnosti**. Také studie týmu kolem Fischer (Fischer, Kittleson, Ogletree, 2000) a Hall s Websterem (2002) došla ke stejným závěrům co se úrovně stresu týče, avšak u dospělých dětí z rodin alkoholiků.

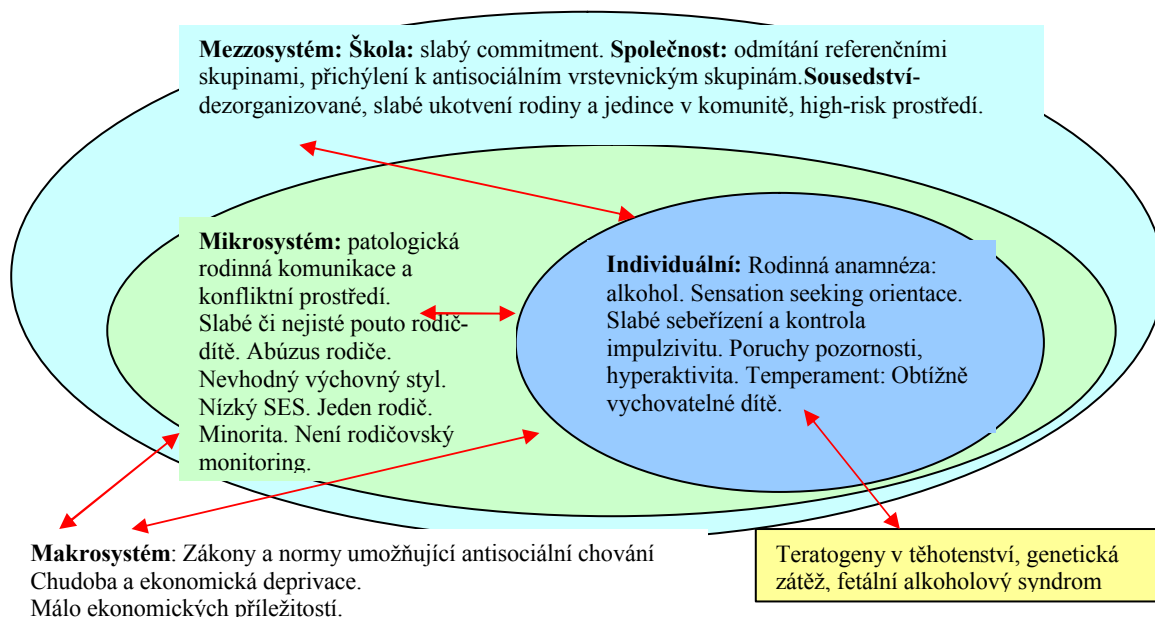
3.2.5 Jak rodič, tak potomek?

Rodičovské pití mělo výrazný **negativní vliv na postoje a konzumaci alkoholu** u dospívajících. Ti pili častěji a více sami i ve vrstevnické skupině, uváděli častěji důvody jako „Opít se“, „Zapomenout na trable“, stejně jako skryté motivy, souladící s problémem alkoholu u rodičů (Chalder, Elgar, Bennett, 2006). Rizikové chování, např. Pití alkoholu před jízdou (Durkin, Wolfe, May, 2007) a rizikový sex jsou podle některých výzkumných studií častější u dětí z rodin, kde je přítomen abúzus či závislost rodiče na alkoholu (Windle, 1996). Stejně tak samotné zneužívání alkoholu adolescenty a později dospělými z rodin, kde byl přítomen alkohol alespoň u jednoho z rodičů, je podle výzkumů pravděpodobnější (Windle, 1996). Důvodů k tomuto, pro potomky alkoholiků neblahému, závěru je mnoho. Například fakt je, že samotný *alkoholismus*, jak již bylo zmíněno v předchozích kapitolách, *interferuje s partnerským vztahem, tak s výchovnými povinnostmi rodiče, zejména výchovnou konsistencí a výchovným stylem*. Pro výchovu v alkoholické rodině je častá konstelace kladně záporného, nebo záporného emočního vztahu, s především s rozporným řízením. *Výchovné zásahy bývají proměnlivé, netransparentní a nepředvídatelné*. Dítě se postupem času učí (proto naučená

bezmocnost), že nemá žádný vliv na rodičovo chování. Jeden den totiž může být rodič laskavý, druhý den v opilosti agresivní a násilnický. Rodičova **odezva na např. selhání dospívajícího v různých situacích** může být nepřiměřeně příkrá až agresivní, zejména opilý rodič nedisponuje sebekontrolou, trpělivostí a tolerancí, tolik potřebnými v době dospívání. Naopak vystřízlivělý rodič může později pociťovat pocity viny a studu za své předešlé chování. Ty **kompenzuje přílišnou tolerancí a nedůsledným přístupem k pravidlům**, a následkům za jejich porušení vůči dítěti. Včetně toho, že dospívající přijde domů opilý či konzumuje alkohol před rodiči, kouří, apod. Výzkumy svědčí pro to, že *vyšší míra tzv. rodičovského monitoringu*, resp. kontroly toho, kde se dospívající pohybuje, co má ve dni konkrétně v plánu, s kým bude trávit čas, apod., *je významným preventivním prvkem nejen ve zneužívání návykových látek mladistvým, ale také obecně*. Rodičovský monitoring ochabuje a znepravidelňuje, jestliže je rodič okupován svým vlastním abúzem a obtížemi z toho plynoucími (Windle, 1996). Podaří-li se však druhému rodiči tento dohled pravidleně udržovat, je to jednoznačně *protektivní faktor v alkoholické rodině*. Na druhou stranu, abychom podpořili kompetence a samostatnost dospívajícího, je třeba s rodičovským monitoringem v tomto věku citlivě a uvědoměle zacházet. Což vyžaduje rozhodně střizlivost, klid a čas.

Zároveň pijící rodič poskytuje coby modelová figura dítěti *neefektivní strategie zvládnání a jiné problémové vzorce chování*. Například, slouží-li alkohol rodiči jako automedikace, je pravděpodobnější, že potomek (s genetickou predispozicí k poruchám nálady) tuto medikaci sebe sama převezme též. Samotné psychické obtíže, kterým dítě alkoholika čelí jej samozřejmě také predisponují. A genetickou zátěž jsme též zmiňovali. Ta se vyskytuje zejména v případech, kdy si partner vybere druhého již se závislostí či škodlivým užíváním. Tomuto jevu se říká nenáhodný výběr partnera-problémoví uživatelé si spíše vybírají partnery s abúzem. Tím se zátěž pro potomka potencuje (Windle, 1996).

Naopak výzkum Duncan (2006) na dvojčatech neprokázal vztah mezi vzrůstáním s alkohol zneužívajícím otcem (pro děti do 12 let) a následným škodlivým užíváním či závislostí u jejich dětí vzhledem k **role model** přenosu a **observačnímu učení**. Genetické faktory a faktory rizikového prostředí jsou dle tohoto výzkumu silnějším prediktorem potomkova zneužívání alkoholu.



Obrázek 6 Rizikové faktory na úrovni systémů pro dospívajícího (Jenson, Fraser, 2011, str. 7)

Podle některých autorů (Phaneuf, 2007) je *množství rizikových faktorů* (Obrázek 6) přímo *úměrné intenzitě a množství následných psychosociálních poškození dítěte ve smyslu maladaptace*: úzkosti, deprese, somatizace, suicidální chování, sociálně patologické chování – zneužívání návykových látek, násilné chování, šikana, vandalismus, apod. Tomuto modelu se říká **Aditivní** model rizik. Podle této teorie také existuje přímá úměra mezi množstvím rizikových faktorů a pravděpodobností užívání návykových látek (O'Dougherty Wright, Masten, 2006; Rutter, 1979, 1987). Podle jiných je množství rizikových faktorů riziko **kumulativní** (Kroll, 2004). V počtu dvou rizikových faktorů je dobrá šance, že si s nimi průměrně zdatný dospívající poradí, nad dva faktory výše riziko rapidně stoupá ve smyslu negativní synergie, *vzájemné potence* (Rutter, 1993). **Podobnou zákonitost mají dle těchto autorů faktory protektivní.** Množství a spolupůsobení protektivních faktorů je úměrné resilienci jedince a pravděpodobnému neuzívání návykových látek (např. Rutter, 1987). Jiný model, tzv. **Multiplikativní**, zvažuje *interakci mezi jednotlivými faktory*, nicméně od určitého množství faktorů a kombinací mezi nimi je již poměrně složitý na používání (Farris, Smith, Weed, 2007, str.179-186). Autoři také poukazují na to, že významnějším faktorem je vlastně počet faktorů a dlouhodobost - chronicita jejich působení, než to, jaké konkrétně faktory na dítě působí (Farris, Smith, Weed, 2007, str.180).

V dopadu rizik hraje také roli jak závažné je trauma, jaký je psychický stav dospívajícího v době traumatu, zda je v tu chvíli přítomná sociální síť pro „zachycení“ jedince (Samson, 2007).

U alkoholických rodin je podstatné, jak se *rodina jako organismus s abúzem jednoho člena vyrovnává*. Zvládat situaci může rodina **maladaptivně**: partnerský konflikt eskaluje, výčitky a kritika vytvářejí **bludný kruh**, posilující abúzus. Vzniká **kodependence**, resp. závislost partnera/partnerky/dětského subsystému na závislosti pijícího člena, **somatizace** člena či členů systému, **izolace** pijícího člena či **rozpad** rodiny. Nebo se rodina zmobilizuje **konstruktivně** (terapie systému – rodinná terapie, případně terapie párová, intenzivní léčba indikovaného pacienta-pijícího člena, vyhledání podpůrné péče a aktivizace sociální sítě jednotlivými členy rodiny, tzv. suchá domácnost, podporující léčbu, apod.) (Nešpor, 2011; Nešpor, 2007). Rodinnou resiliencí, kterou představím v kapitole o resilienci, se intenzivně zabývá Walsh (2006).

3.2.6 Dospělé děti alkoholiků (ACOA)

Woitzová postihuje charakteristiky dospělých dětí, pocházejících z rodin, kde byla přítomná závislost na alkoholu. Detailně se jimi zabývá ve své knize Dospělé děti alkoholiků (1998). Na základě mnoha let klinické praxe s touto cílovou skupinou byla schopna vyprofilovat vzorce prožívání a chování, které se u dospělých dětí alkoholiků vyskytují.

Woitzová tvrdí, že neexistuje věková hranice pro dítě alkoholika, charakteristiky se vyskytují nezávisle na věku ACOA. Stejně tak v podstatě nezáleží na kultuře, etniku, socioekonomickém statutu ACOA, ani na pohlaví (Woitzová, 1998, str.12-14).

Je však nutno říci, že tento popis, byť odpovídá poznatkům mnoha výzkumů ACOA, není zdaleka platným pro všechny dospělé z rodin alkoholiků. Lidé z těchto rodinných prostředí si mohou (a nemusejí) osvojit některé níže uvedené vzorce. Do výslednice vstupuje mnoho proměnných a záleží na **kumulaci protektivních a rizikových faktorů, resp. souběhu protektivních procesů a výzev k adaptaci**. Konstelace je vždy jedinečná. Výčet charakteristik dospělých, kteří původně vyrůstali v alkoholické rodině tak posuzujeme jen jako soubor častých sledovaných znaků, které nemusí být naplněny.

1. ACOA si nejsou jisty tím, jaké chování je normální.

ACOA chybí zdravé základy, podle kterých by mohly posuzovat, co je a co není normální, zdravé. Život v rodině se odehrával v surreálných kulisách, což však bylo pro dané dítě normou. Dítě alkoholika se chránilo unikáním do fantazie a denního snění. Naučilo se stále kontrolovat své pocity, časem je zcela potlačovat, čímž si vypracovalo nedůvěru ve svou vlastní intuici, instinkt. Rodiče nebyli citliví k potřebám dítěte, měnících se v různých obdobích jeho vývoje. Časem se dítě naučilo tyto potřeby potlačovat. Dítě obtížně poznává,

co je správné. Proto je v dospělosti nejisté ve svých dalších rolích, např. v roli rodiče či partnera.

2). ACOA mají těžkosti při dotahování úkolů do konce.

Rodiče obvykle nenaplnovali to, co dítěti slíbili. Stejně tak jej nevedli k tomu, aby sám dokončovalo započaté úkoly. Při různých příležitostech a výzvách k dosažení si s ním o tom nepovídali. Dítě tak nemělo ani vzor, ani průvodcovství v dokončování započatého.

3. ACOA lžou v situacích, kdy by bylo stejně snadné říci pravdu.

Lhaní pomáhá zastírat nefunkční vzorce, neuskutečněné sliby a jiná selhání alkoholika. Je to funkční mechanismus, sdílený celou rodinou v konfrontaci s nepříjemnou skutečností a možnými následky. První častou lží v rodině je, že rodiče popírají problém a předstírají, že je vše v pořádku. Další lží je krytí a hájení alkoholika nealkoholickým, kódependentním rodičem. Lhaní se stalo rodinnou normou. Rodiče udržují systém lží i ve vztahu s mezzo a makrosystémem, touto strategií řeší mnohé obtíže mezi sebou a těmito systémy. Dítě si na kulturu lhaní navykly a stala se jim přirozenou.

4. ACOA posuzují samy sebe bez slitování.

V rodině alkoholického rodiče nezdědila panovala kritika, verbální i fyzická agrese. Za stejné chování bylo dítě jednou pochváleno, jindy mu bylo vynadáno, to podle střízlivosti rodiče. Nebylo možné předvídat a předem ovlivnit reakci rodičovských autorit, proto se dítě alkoholika vžilo do přesvědčení, že nikdy není dost dobré, a že může za vše, co se v rodině děje. Přirozeně tak začalo samo sebe hodnotit negativně. Tento výkladový rámec sama sebe mu byl známý, je proto bezpečný a preferovaný. ACOA pozitivní hodnocení nezná, neumí jej, proto jej nepřijímá. Sebe i ostatní posuzuje spíše polarizovaně. Jeho reakce bývají afektované.

5. ACOA mají problémy se bavit, berou samy sebe velice vážně.

Dětství v rodině alkoholika se zdaleka nevyznačovalo pohodou a uvolněním. Spontaneita a radost byla přirozeně potlačena životem „na lánovém poli“.

6. ACOA mají problémy s důvěrnými vztahy.

Ve vztahu s rodiči COA zažívaly ambivalenci v projevech citu ze strany rodiče v závislosti na jeho momentálním stavu. Pro děti alkoholiků je těžké něčemu uvěřit, zejména projevům lásky. Důvěrný vztah se pro ně spojil se zklamáním a strachem. Budování vztahu předpokládá vzájemný respekt, snahu porozumět partnerovi a řešit problémy. I malý rozdíl v názorech s rodičem však děti znají jako nebezpečný. Tím, že se svěřujeme jiné lidské bytosti, dáváme jí také určitou moc nad námi. Jordan (1990) toto nazývá podporovanou zranitelností, spolu se vzájemnou vztahovou důvěrou. Opakované zkušenosti s abúzivním

rodičem však COA poučily, že tato moc je ohrožující. Proto je nedůvěra v intimitu logickou adaptací dítěte na život v alkoholické rodině.

Bylo však také prokázáno, že obtíže v sexuální sféře nejsou ve vztazích ACOA o nic větší než u běžné populace. Problémy se tedy týkají především dlouhodobého psychosociálního aspektu vztahů. *ACOA studie zjistily, že ACOA mají výrazně větší potřebu kontroly ve vztazích, zároveň v nich prožívají výrazně nižší spokojenost* (Beesley, 2002).

7. ACOA reagují nepřiměřeně na změny, které nemohou ovlivnit.

Děti alkoholiků rychle převezmou zodpovědnost za sebe, důvěřují pouze samy sobě (a to jen omezeně). Obávají se nechat zodpovědnost na druhých, mají zkušenost, že s ní významní druzí nakládají velmi nevyzpytatelně. Ke svému okolí se ACOA mohou vztahovat autoritářsky. Zároveň touží po jistotě a stabilitě. Každé větší změny, nad kterými nemají kontrolu, je tak vyvádějí z míry.

8. ACOA neustále hledají a vyžadují pochvalu a ujištění.

Od svých rodičů dostávaly děti nejasná sdělení, ve vztahu k nim samotným a věcem každodenního života žádná jasná ujištění. Proto je provází neustálá vnitřní nejistota o správnosti jejich konání. Tuto nejistotu se snaží zmírnit pozitivní zpětnou vazbou od svého okolí. Když nepřichází, ACOA zažívají velkou nejistotu o svých kvalitách.

9. ACOA obvykle cítí, že jsou jiné než ostatní lidi.

Už od dětství se ACOA cítily být jiné než ostatní děti. Nevybudovaly si sociální dovednosti, nezbytné k tomu, aby se ve skupině mohly cítit přirozeně. Ovládají uplácení, manipulaci, cokoliv, co se v patologickém prostředí rodiny uplatnilo s cílem adaptovat se na nestabilní a nejisté rodinné prostředí. Pro děti z rodin alkoholiků je těžké uvěřit tomu, že mohou být milovány tak jak jsou, že zájem o jejich osobu je skutečný. Lze u nich nalézt chronický pocit izolace, osamění a odlišnosti od ostatních.

10. ACOA jsou buď mimořádně zodpovědné, nebo mimořádně nezodpovědné.

Model rodičů děti naučil nezodpovědnosti za své vlastní chování a reakce, nezodpovědnosti za druhé, za své povinnosti ve světě. Zároveň se od rodičů nenaučily spolupracovat, podílet se na zodpovědnosti. V dospělosti si tak buď neberou zodpovědnost žádnou, nebo naopak přílišnou. Neumí říkat ne, říkat si o pomoc, neodhadnou své možnosti.

11. ACOA jsou extrémně loajální, a to i tehdy, když vidí, že jejich loajalita je nezasloužená.

Loajalita vůči domovu se stala výsledkem strachu a nejistoty. Druhý rodič prožíval velkou nespokojenost, přesto společnou domácnost neopustil. Kodependentní vazby byly příliš silné. Loajalita je také dílem kognitivní disonance, kdy dítě miluje své rodiče, svou

primární vazebnou figuru, zároveň mu tento rodič ubližuje. U části dětí tento vnitřní konflikt vede k adaptivnímu distancování a posléze k izolaci. U jiných dětí vede k ještě většímu přimknutí nehledě na cokoliv. Malá (2000) k tomu říká: „Hrozby ztráty lásky se dítě bojí víc než hrozby násilí.“ (Malá, 2000, str. 395) Děti alkoholiků si tak do života vnášejí tento model, kdy pokud už je někdo jejich přítelem, snesou v rámci vztahu leccos. Prvotním imperativem je totiž držet se toho, co je pro ně známé, jisté, bezpečné.

12. ACOA jsou impulzivní.

ACOA dělá obtíž zvažovat dopředu alternativy svého chování. Kontrola impulzivity jim dělá velké potíže. Podobně lze popsat projevy alkoholika. Doma děti poznaly nedůslednost, nebyly vychovávány přiměřenými následky svých činů. Život s rodičem alkoholikem je rámovaný sinusoidami akutní intoxikace rodiče a jeho následným střízlivěním, vše mezi tím je nejisté, sliby ani hrozby se mnohokrát nevyplnily. Děti se tak naučily rychle reagovat na to, co je aktuální. Zjistily, že je třeba využít možnosti, která právě je. Žijí okamžitým ziskem, nedovedou odkládat své uspokojení (Woititzová, 1998).

Tyto charakteristiky nejsou však zdaleka definitivní. V dospělosti jsou jiné možnosti růstu a vývoje, než tomu je v dětství. Změna, alespoň do určité míry, je vždy možná. Ačkoliv některá poškození podle některých autorů mohou být nevratná (Hašto, 2005, Vágnerová, 2000). Dospělí však mohou napřít svou vůli a motivaci směrem ke změně. Již v mnoha sociálních kontextech se konfrontovali s tím, co jim dělá obtíže. Takto získávají do jisté míry náhled. Ten umožňuje uvědomit si některé nefunkční mechanismy a petrifikované vzorce, které jej svazují, stejně jako jejich provázanost s minulými zkušenostmi, s původní rodinou a tamními modely. Čas také napomáhá odstupu od prožitých traumat, zklamání a ztrát. Jakmile si dospělý uvědomí, že odpovědnost za svůj současný život nese on sám, udělal první velký krok ke změně. Následnou cestou je přebírání kontroly nad svým životem a otevřenost novým zkušenostem a učení. Proces je to jistě nelehký a dlouhý. Cairns (2012) mluví o *afirmativní zkušenosti získávání duševní odolnosti*. Tato cesta změny vyžaduje odvahu zkoušet nejprve alternativní vzorce chování – jiné reakce na tytéž akce. ACOA se také učí rozlišovat jemné rozdíly na škále libosti a nelibosti, pojmenovávat, co vyhovuje právě jim a kde jsou naopak jejich vlastní hranice. Učí se hledat nejprve cestu k sobě a přijmout se, mít se rádi. Hašto (2005) k tomu říká:

„V psychoterapii je často naším nejdůležitějším cílem napomoci rozvinutí nového procesu v chování k sobě samému, totiž, aby se člověk mohl chovat k zraněnému frustrovanému dítěti v sobě s pochopením a oporou, aby mu mohl být dobrým rodičem.

Pracujeme tedy na procesu maternalizace sebe sama. V němčině je na to pěkné označení Bemutterung. Být sobě a zraněnému dítěti v sobě dobrou matkou/otcem.“ (Hašto, 2005, str. 157)

Paralelně s tím se ACOA učí *pobývat v intimitě s druhými*. Blízký vztah vyžaduje zranitelnost, důvěru, empatii a soucit, porozumění, respekt a mnoho jiných hodnot. Oba procesy nabývání zdraví v tom holistickém slova smyslu se vzájemně prolínají a jeden spočívá ve druhém. Z důvěrného vztahu s druhým čerpáme zážitek hodnoty a úcty k sobě sama. Ze zkušenosti, že můžeme ovlivnit vztah, jeho charakter, blízkost a hranice, získáváme zážitek vlastní osobní účinnosti a vědomí, že mohu věci ve svém životě ovlivnit. Sebevědomí a optimismus roste. Uvolňuje se tvůrčí energie a potencuje úzdravu. Platón říká, že pečujeme o svou duši péčí o duši druhého. Proto se většina resilientních COA v dospělém věku zřejmě intuitivně angažovala v dobrovolnických aktivitách různého druhu (Werner, Smith, 2001).

Terapeutickou podporu mohou ACOA nalézt v mnoha programech. V zahraničí fungují s úspěchem terapeutické skupiny pro ACOA, stejně tak rodinná terapie či individuální psychoterapie a poradenství (které je vhodné i pro edukaci např. v oblasti rodičovských kompetencí). V České republice lze pomoci těmto lidem např. v institucích, věnujících se péči o rodiny závislých (Anima-terapie, o.s., Sananim, o.s., PrevCentrum, Alma Femina, apod.), v AT poradnách a ambulancích, v poradnách pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy, a jiných podobných zařízeních.

4 Resilience

„Trauma je běžná zkušenost; ztráta důležitých druhých nebo významných životních struktur každodenního života je universální. V kterékoliv fázi života jsou to transformativní prožitky, které narušují pletivo našeho života a proměňují nás, někdy přímo zásadně. Pokud tyto proměny nastanou v dětství, jejich odpad na vyvíjející se osobnost je obzvláště zásadní.“ (Cairns, 2012, str. 55)

4.1 Koncept resilience – vývoj a vymezení souvisejících pojmů

Pojem resilience vychází z latinského *resilio, resilire* a znamená skákat zpět. Anglický pojem resilience vyjadřuje odolnost, pružnost, elasticnost. Používáme li jej ve vztahu k osobám, mluvíme též o vitalitě, energii a životní síle. V definicích mnoha autorů najdeme frázi „bouncing back“, neboli odrazení se od nepříznivých podmínek zpět do zdraví ve smyslu síly ducha a prospívání. Čeští autoři používají pro vyjádření resilience slova jako „odolnost“ a „vzdornost“, také "houževnatost" (Dytrych, Matějček, 1998) a „nezdolnost“ (Křivohlavý, 2010). Slovo resilience je používáno nejčastěji, protože je mezinárodně přijímané a jeho výklad je nejméně zavádějící. Resilience znamená „dynamický proces, provázející pozitivní adaptaci v kontextu významné nepřízně.“ (Luthar, Cicchetti, Becker, 2007, str. 2) Zkušenost traumatu a ztráty má podle Cairns (2012) *transformativní* potenciál, na jehož základě rostou nové kvality. Jedinec se stává resilientním.

Kořeny konceptu resilience sahají zhruba padesát let zpět (Goldstein, Brooks, 2006, str. 3), a v posledních třech dekadách intenzivního a extenzivního výzkumu, a klinické praxe lze sledovat jeho velké proměny. Obvykle autoři přehledů teorií resilience (Cunningham, 2009; Kumpfer, 1999) mluví o třech vlnách studia a proměn tohoto konceptu.

Nejprve byly zkoumány spíše vývojové a situační mechanismy, zapojené v protektivních procesech (Rutter, 1987, str.2). Studie resilience se zaměřovaly především na *high-risk populaci* se zaměřením na ty mladé, kteří prokazovali odolnost nebo schopnost překonat emocionální, vývojové, ekonomické a environmentální výzvy (challenges), s nimiž se setkávali během svého dospívání. Odolnost byla koncipována jako **osobnostní rys**, který umožnil jedincům takto disponovaným vyvíjet funkční adaptační mechanismy a překonat životní nepřízeň. Tento rys byl původně chápán jako *vrozený, součástí osobnosti*. To však implikuje myšlenku, že jedinec buď tyto komponenty má, nebo ne. Později se koncept resilience čím dál víc přesouval do pole *interakce nature a nurture*. Výzkumy se poměrně dlouho soustředily na přeživší individuality z **patologického** rodinného, a jiného kontextu

(např. studie dětí schizofrenních matek Garmezy z let sedmdesátých, na které odkazuje Garmezy, Masten a Tellegen, 1984). Studie, ve snaze rozkrýt a uchopit nepříznivé okolnosti života resilientních jedinců, se věnovaly **zjišťování rizikových faktorů**. Až s narůstající potřebou prevence a včasné intervence se fokus výzkumníků přesunul na **protektivní faktory**, které posilují zdroje dětí a dospívajících, a „umožňují“ jejich resilienci. Těž sílil tlak na *klinické ověřování zjištěných poznatků* a jejich přetavení do klinicky relevantních intervencí, jež by nejen zvýšily pozitivní výsledky u mládeže vystavené riziku (Brooks, Goldstein, 2001).

Výzkumy resilience brzy odhalily, že děti mohou mít *rozdílné protektivní „systémy“* a oblasti zranitelnosti v *různé periodě vývoje* (Masten, 2001). Termín resilience podle autorky obvykle vypovídá o vzorci pozitivní adaptace v kontextu minulé či přítomné nepřízně (adversity). **K posouzení resilience je zapotřebí:** zhodnocení jednoznačného rizika či ohrožení vývoje, resp. adaptace, které jedinec čelil. A posouzení, zda navzdory tomuto nebezpečí je současná míra přizpůsobení jedince uspokojivá, obojí podle stanovených kritérií.

Po *průlomové publikaci longitudinálního výzkumu Werner a Smith* (2001) na Kauai se výzkumné snahy zaměřily na celou šíři nepříznivých kontextů. V hledáčku odborníků se nejvíce ocitly protektivní faktory, tedy to, co odlišuje děti se zdravým profilem adaptovanosti od těch mnohem hůře adaptovaných. **Vyprofilovány byly tři oblasti faktorů:**

Atributy v **osobnostech samotných** dětí, **charakteristiky jejich rodin** a charakteristiky **širšího prostředí** (mezzo a makrosystému) (Masten, Garmezy 1985, Werner, 1994).

Další změnou ve výzkumu bylo *opuštění představy statických faktorů ve prospěch protektivních procesů*. Výzkumná bádání se zaměřila směrem „jak“ – jak jednotlivé sféry, ve kterých se protektivní prvky nacházejí, přispívají do resilientní výslednice (Luthar, 1993; Masten, Best, Garmezy, 1990; Rutter, 1990). Původní Antonovského koncept nezranitelnosti (invulnerability) se tak postupně přetavil do současného konceptu resilience (Luthar, Cicchetti, Becker, 2007).

Třetí vlna přinesla perspektivu multisystémovou. Jenson a Fraser (2011) vnitřně rozčleňují sociálně ekologický koncept resilience na systémové úrovni.

Stále probíhají snahy o vyjasnění terminologie ve studiu resilience. Pro detailnější přehled čtenáře možno odkázat na Goldstein a Brooks (2006). Zde však pro účel této práce uvedu tyto: **Resiliency, či ego-resiliency** označujeme jako osobnostní charakteristiky jedince. **Protektivní faktory** jsou v podání autorů redefinovány coby kvality jedince či kontextu jeho interakcí, které predikují lepší výstupy, zejména v situacích rizika či nepřízně (tamtéž).

Přínosy/Zdroje/Kompenzační faktory jsou ty měřitelné charakteristiky skupiny jedinců, nebo situací, ve kterých se nacházejí, které predikují obecný či specifický pozitivní výstup (O'Dougherty Wright, Masten, 2006, str.19-20).

Také v samotné **operacionalizaci resilience** nepanuje shoda. Je otázkou, zda posuzovat resilienci podle všech kritérií, ve kterých by se mělo resilientnímu dítěti navzdory okolnostem dařit, nebo zda stačí, aby dítě prospívalo dostatečně dobře ve většině, a velmi dobře v jedné oblasti (Luthar, Zelazo, 2003; Radke-Yarrow, Sherman, 1990). Proto je třeba vždy vyjasnit teoretický koncept, ve kterém se výzkumníci v dané studii pohybují. Luthar a Zelazo (2003) v tomto kontextu doporučují napříč hojností výstupů z výzkumů vysledovat nejčastěji opakující se témata.

Resilience je často uváděna jako umění či dovednost odrazit se od nepříznivých okolností *zpět do síly*, Walsh však poukazuje na to, že resilience obsahuje *též krok vpřed, odhodlání čelit nejisté budoucnosti* (Walsh, 2003). Werner a Smith (2001) totéž směřování našli u dospělých resilientních jedinců v Kauaiské studii. A konečně, současní autoři upozorňují, že jde *o kvalitu života*, ne jen o přežívání, ale o zdravý život v té nejširší, systémové rodně (Šišláková, 2005). Masten (2001), klasička resilientních studií a teoretička (Masten, Reed, 2002; Masten, Powell, 2003; Masten, 2007), ve svém článku Ordinary magic poukazuje na to, že resilience není vlastně nijak exkluzivní a nezranitelní jedinci neexistují. Resilience se manifestuje jako schopnost zvládat nároky a očekávání prostředí (zvládání, neboli coping). Není nutné ji vymezovat jen v high-risk okolnostech, ale též v kontextech všednodenních výzev a nároků, případně nepřízní, které se staví do cesty dětem i dospělým.

Masten a Obradovic (2006) se vyjadřují o čtvrté vlně výzkumů jako o nástupu **multidisciplinárního přístupu** (neurobiologie, apod.) a kreativních návrhů proresilientních **intervencí** na všech úrovních **systému**. Mnoho výzkumů na téma resilience u COA vychází z prostředí klinické praxe a různých programů péče. Vzorek respondentů, zkoumaný v empirické části této práce, také pochází z dlouhodobého preventivního a intervenčního programu pro COA. V diskusi se dotknu souvislosti resilience COA a protektivních faktorů v programu.

4.2 Vlivné koncepty resilience

Definice věnující se vymezení konceptu resilience se u různých autorů liší, shoda však převládá ve vymezení resilience jako schopnosti zvládnout vystavení výrazně nepříznivým situacím. Rozhodujícím faktem pro zjištění resilience je **pozitivní adaptace**, tedy lepší adaptace, než jakou je možno očekávat za negativních okolností, kterým jedinec čelí.

Resilienci je možno chápat jako úspěch v **dosažení vývojových cílů**. O resilienci lze hovořit jako o „*souhrnném výsledku dynamických procesů vzájemného působení mezi dítětem, rodinou a prostředím v průběhu času.*“ (Šolcová, 2009, s. 11)

Rutter (1987) zjistil, že **vyšší sebeúcta (self-esteem)** a **vnímaná osobní účinnost (self-efficacy)** zvyšují pravděpodobnost *úspěšného zvládnutí rizik*, a naopak *pocit bezmoci zvyšuje pravděpodobnost, že jedinec zátěže nepřestojí*. K těmto dispozicím přidává **vřelé a kohezivní rodinné prostředí**, resp. **získání emočních zdrojů též mimo rodinu v podobě sociální opory**. Resilience spočívá jak uvnitř jedince, tzv. **ego-resiliency**, tak v interakci s celým sociálním kontextem. Resilience dle Ruttera *podléhá vývoji*, stejně jako řada jiných charakteristik. Pokud jedinec v době šetření nedisponuje resiliencí, či se neprojevuje jako resilientní, je přesto možné, že si v průběhu času tyto charakteristiky osvojí. Resilience je víceúrovňový jev, který se liší napříč individualitami, situacemi. Panuje otázka, nakolik je možno zevšeobecňovat poznatky o jedné cílové skupině, přestože byla vystavena stejným nepříznivým podmínkám. Resilience, stejně jako životní situace, je charakterizována jedinečnou konstelací faktorů, které jsou u každého jedince specifické.

Seligman (1998) akcentuje interní Locus of control, resp. víru jedince v pozitivní vliv na události ve svém životě.

Wolinovi (Wolin, Wolin 1993; 1996) zkoumali resilienci také u dětí z rodin alkoholiků. Tito výzkumníci chápou resilienci jako dynamický proces odvratu od nepřízně („bouncing back“). Hovoří o dvou základních modelech: **model poškození**, který je charakteristický popisem symptomů a bez zohlednění silných stránek jedince. Druhým je **model výzvy**. Wolinovi si všimli, že se někteří jedinci navzdory patologickému rodinnému prostředí dokázali adaptovat relativně dobře a bez výrazných psychosociálních následků. Z tohoto pohledu se k problémové situaci dá přistupovat jako k výzvě. Wolinovi se domnívají, že resilienci se lze *naučit, lze ji modelovat a zvyšovat*. **Resilientní** jedinci zůstávají navzdory traumatickým zkušenostem **stále otevření intimitě a spontánní ve vztazích**, namísto osvojení si rigidních vztahových vzorců a uzavřenosti. Resilience podle nich vysoce koreluje s **humorem a tvořivostí**, stejně jako se **zdravím ve smyslu well-being**. Uvádějí **sedm charakteristik jedinců**, kteří dobře přestáli náročné dětství: **vhled** (uvědomění si dysfunkce), **nezávislost** (distancování se od obtíží), **vztahy** (podpurná spojení s druhými), **iniciativa** ve smyslu **pomoci sobě přes pomoc druhým**, již zmíněná **tvořivost** (sebevyjádření a transformace), **humor** (pomocí kterého přerámují události do méně hrozivé podoby) a **morálka** (tendence ke spravedlnosti a soucitu). Tyto prvky jsou rozuměny coby **dynamické**

procesy, pomocí nichž se jedinec adaptuje a roste. Tyto závěry jsou v souladu s mnoha jinými empirickými studii resiliентních dětí.

Walsh (1996, 2006) stejně jako Wolinovi (1993) poukazuje na častý výklad rodinného prostředí coby noxy pro jedince. Walsh se proti tomuto černobílému výkladu staví. Také částečně kritizuje svépomocné skupiny pro ACOA, které v osmdesátých a devadesátých letech vznikaly. Autorka má dojem, že nepomáhaly převzít odpovědnost za svůj život a věnovat se sobě, namísto toho část lidí uvízla v perspektivě výčitek vůči své původní rodině a prostředí, ve kterém vyrůstalo. To posílilo oddělení se těchto jedinců od rodiny. Podle ní je nutné udržet si systemický pohled a pracovat s resiliencí v tomto výkladu. Walsh (2006, str. 14) definuje resilienci jako: „*procesy adaptace a zvládání v rodině, coby funkční jednotce ... perspektiva systémů nám umožňuje pochopit, jak rodinné procesy přenášejí stres a umožňují překonat období strádání.*“ Silné rodiny vytvářejí atmosféru optimismu, vynalézavosti a „výživy“, což odráží rysy odolných jedinců (Walsh, 2006). Znak odolné rodiny jsou dle Walsh ty, jež jsme si jmenovali v počátcích práce při popisu rodinného prostředí: **závazek, koheze, adaptabilita, komunikace, spiritualita, efektivní nakládání se zdroji a soudržnost** (Walsh, 2006). Záměrem odborníků má být proresiliентní práce s alkoholickou rodinou.

Werner a Smith (2001) poukazují na tyto prvky, přítomné u resiliентních jedinců: jistá **sympatičnost a milost dítěte**, jež vyvolává spíše **pozitivní odezvy** od svého okolí. Dítě si *umělo obstarat náhradní zdroje emočního sycení, resp. citovou vazbu i mimo rodinu.* Všichni resiliентní respondenti navázali **vřelou citovou vazbu s pečující osobou**, tyto osoby hrály také důležitou roli v *pozitivní identifikaci*. Náhradními rodičovskými modely byly např. chůva, babička, starší sourozenec, apod (str. 58). V dospělosti našla naprostá většina resiliентních jedinců blízkou osobu, se kterou spojila svůj život (partner, přítel). To, co je spojovalo, byla jistá vazba s matkou v prvním roce, dále emocionální podpora rodičovskou figurou (pečovatelem) nehledě na jeho vzdělání a socioekonomický status (str. 27-30). Koncem adolescence měli **vysokou sebeúctu, interní locus of control a přítomnost sociálních vazeb intimního charakteru.**

Ve věku třiceti let resiliентní jedinci prokazovali **soucít, angažovanost, většina měla zájem a péči o druhé a o komunitu, ve které žijí** (str. 75). Dovedli vyjít s druhými, disponovali humorem a optimismem. Byli zdatní v plánování a řešení problémů, tvrdě pracují a jsou tvůrčí (str. 78). Tito resiliентní lidé se velice často **dobrovolnický angažovali**: doučovali, vedli kroužky, působili v církevní komunitě, byli aktivní v podpůrných skupinách pro alkoholiky a pro lidi s psychickými obtížemi.

Výzkumnice si též všimly, že *ženy byly angažovanější než muži* (str.47). Muži se více spoléhali na sebe, ženy mnohem více spočívaly uvnitř vztahů (Werner, Smith, 2001, str. 70). Když muži hledali emocionální podporu, tak u bývalých učitelů, kteří se stali jejich mentory. Učitel působil jako role model, přítel a důvěrník (Werner, Smith, 2001, str. 58).

Zároveň, tito resilientní jedinci spláceli cenu za překonávání překážek, zejména zdravotními obtížemi v souvislosti se stresem (Werner, Smith, 2001, str. 55).

Výzkum zjistil externí LoC u neadaptovaných jedinců (Werner, Smith, 2001, str. 55)

Matějček a Dytrych (1998) Podle nich jsou složkami resilience **dobrý vývojový výsledek** v případě dětí z vysoce rizikového prostředí, zachovaná **kompetence** u dětí ve **stresových situacích**, a konečně **uzdravení** z psychického **traumatu**.

Pod pojmem resilience u **Křivohlavého** (2003) nacházíme soubor **osobnostních charakteristik**, které jedinci pomáhají zvládat zátěžové situace. Používá termín **resiliency**; definuje jej jako pružnost, elasticnost, houževnatost, mrštnost, nezlomnost.

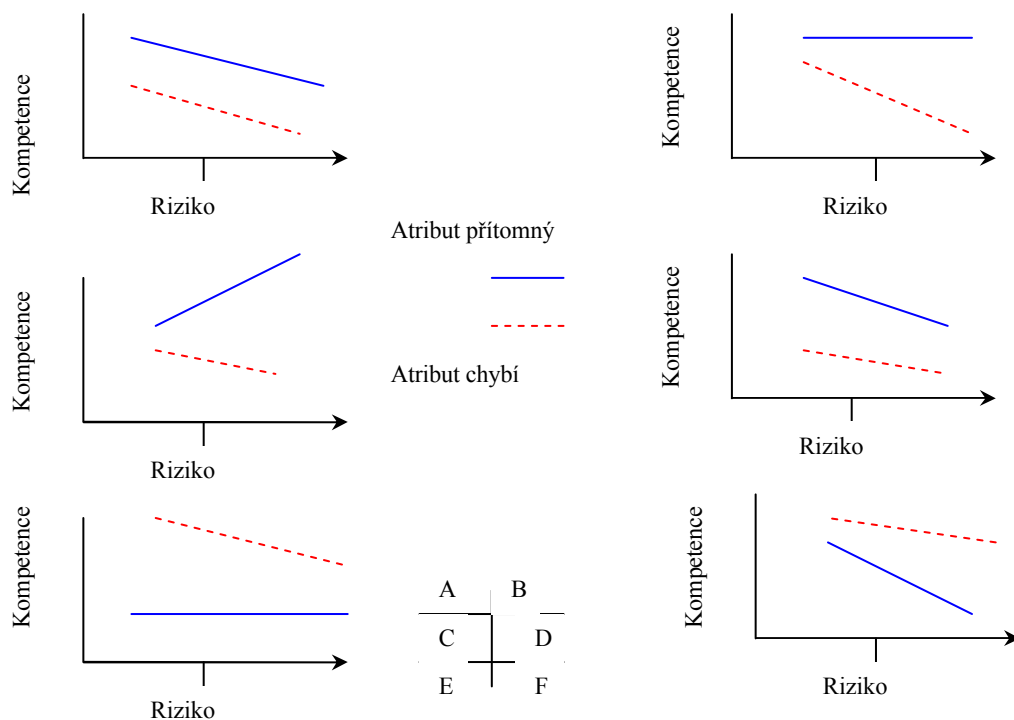
Mnoho akademiků poukazuje na fakt, že i v rámci procesu ontogeneze je běžné, že v různých doménách jedince najdeme různou míru prospívání či zdaru. Napříč zdravými a průměrně *zdatnými dětmi najdeme rozmanitost emocionální, kognitivní i behaviorální*. Třetí vlna výzkumů (a období „poté“) spolu s teoretiky apeluje na normalizaci těchto nároků. S množícími se hlasy proti velkým nárokům na „ve všech doménách zdatné“ resilientní jedince se **precizuje terminologie**. Objevuje se tak *resilience v oblasti vzdělání, dále emocionální, behaviorální, stejně jako vztahová resilience* (Cunningham, 2009, str. 8-9). O *vztahové resilienci* více pojednává zvláštní kapitola. Je to také koncept, jehož optikou se ve výzkumné části dívám na téma resilience u dětí alkoholiků.

4.3 Protektivní faktory

Být dítětem alkoholika není ani diagnóza, ani psychologický rozsudek. Ani alkoholické rodiny, ani samotné COA nejsou monolitické. Do jedinečné výslednice každého dítěte se skládá mnoho faktorů. Perspektivním přístupem je soustředit se na protektivní faktory v životech COA. Protektivní faktory *různými mechanismy* působení brání (buffering), ubrzdují či minimalizují vliv rodinné patologie, jiné naopak posilují některé vzorce či charakteristiky tak, aby byly ještě silnější (ameliorative). Mnoho autorů posledních dvou desetiletí se staví výrazně *proti plošnému posuzování* COA coby předurčených *k deformované vztahové budoucnosti* (Braithwaite, Devine, 1993; Lum, 2008; Stanley, Vanitha, 2008; Templeton, Zohhadi, Galvani, 2006; Walker, Leer, 1998; Walsh, 1996) a *proti jejich*

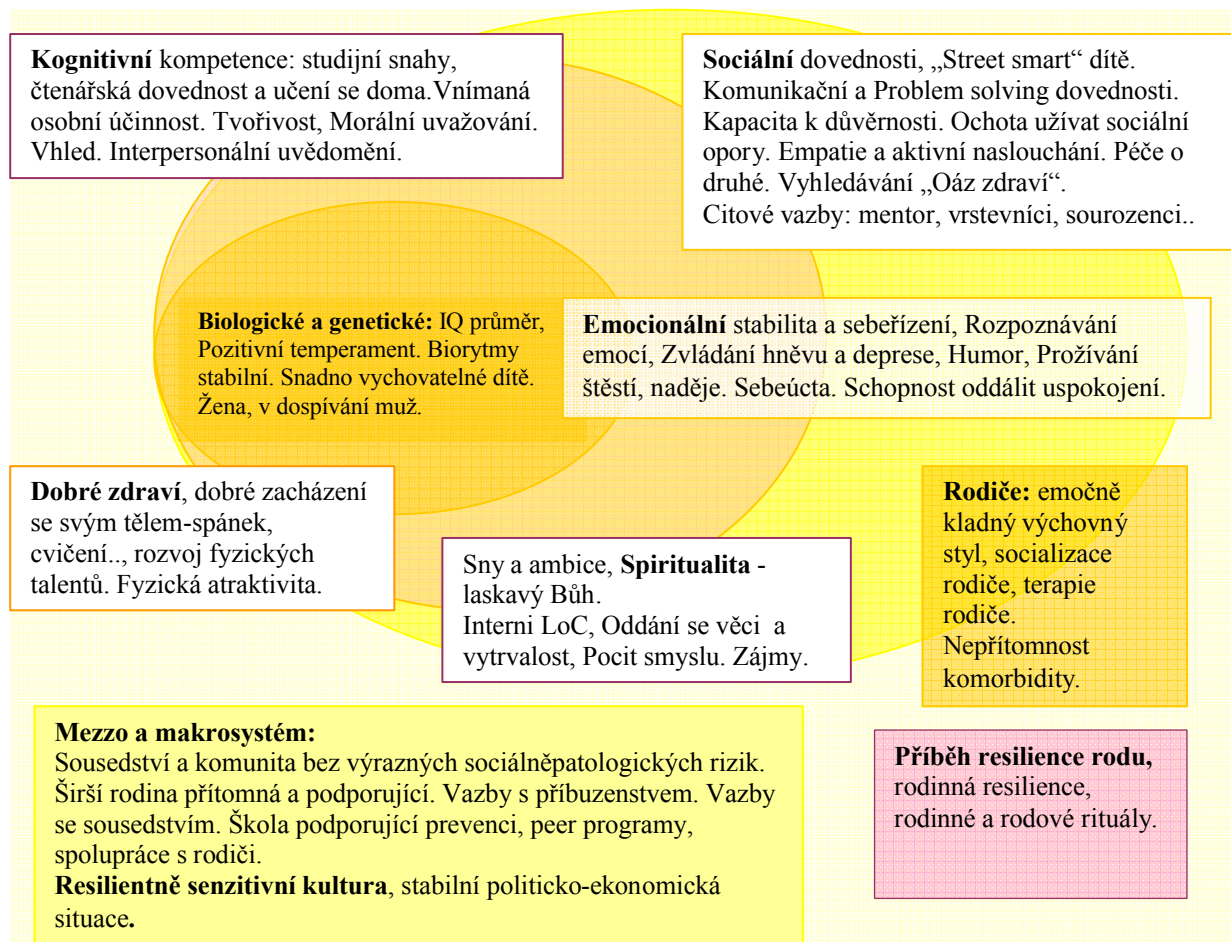
stigmatizaci nejen v širší společnosti, ale zejména ve školách (Benard, 1991) mezi vrstevníky, a dokonce i v očích pomáhajících profesionálů (Burk, Sher, 1990).

Luthar, Cicchetti a Becker (2007) předpokládají rizika-nepříznivé podmínky prostředí, zvyšující zranitelnost jedince, a protektivní faktory, které **odráží, tlumí a chrání** proti těmto rizikům v *dynamické, časově omezené interakci* tak, jak se jedny či druhé vynořují. Jednotlivci se liší jak úrovní vystavení nepříznivým okolnostem, tak mírou jejich schopnosti je snášet. Tito autoři navrhuje rozdělení protektivních faktorů (Obrázek 7) na jednoduše protektivní (A) – ty působí jak v podmínkách vysoce rizikových, tak nízké rizikových. Dále protektivní-stabilizující (B) jsou ty, které stabilizují kompetence navzdory zvyšujícímu se riziku. A protektivní-posilující (C), které dítěti v rostoucím riziku naopak umožňují růst. Konečně faktory protektivní-reaktivní (D), ty obecně přinášejí výhody, ale menší, když je úroveň zátěže vysoká, než nízká. Stejně tak vulnerabilitu, zranitelnost jedince, můžeme rozdělit na stabilní a reaktivní (E, F).



Obrázek 7 Modely protektivních a resilientních faktorů podle Luthar, Cicchetti a Becker (2007)

Podle Radke-Yarrow a Brown (1993) se protektivní faktory kumulují a působí na sebe synergicky (vzájemně se posilují). Podívejme se na některé významné protektivní faktory (Kumpfer, 1999; Werner, Johnson, 2004), které se podílejí na zvládnání nepřízní a dobrém prospívání (Sesma et al., 2006) u dítěte alkoholika (Obrázek 8):



Obrázek 8 Protektivní faktory, resp. dynamické procesy mezi složkami na různých úrovních – systémový model resilience Kumpfer (1999)

Intraindividuální faktory (tzv. Ego-resilience, resiliency):

Biologické a genetické faktory:

Intelektuální schopnosti, zejména zvýšené verbální dovednosti pozitivně korelovaly s resiliencí v mnoha studiích u schizofrenních a depresivních rodičů (Garnezy, 1987; Masten, Best, Garnezy, 1990) a u alkoholických rodičů (Werner, 1995). Žádné z resilientních COA nemělo IQ pod průměrnou hodnotou, naopak u neodolných COA bylo IQ u cca 16% pod průměrem.

Gender Protektivním prvkem obecně je ženské pohlaví (Rutter, 1987; Werner, Smith, 2001). Dívky reagují méně behaviorálně negativně než chlapci. Zároveň spíše internalizují patologický vliv (Šolcová, 2009, str. 16). Stejně tak studie Jennison a Johnson (1998) došla k závěru, že ACOA ženy mají pětkrát menší riziko vzniku závislosti na alkoholu, než muži z rodin alkoholiků. Nicméně Werner a Smith (2001) zjistily, že dívky jsou zranitelnější v dospívání, chlapci naopak v ranějším věku, což tvrdí též Šolcová (2009).

Temperament a osobnost: Cicchetti a Garmezy (1993), Rutter (1979) a další udávají pozitivní temperament a osobnost coby prekursor resilience (druhé dva jsou vřelé rodinné prostředí a rodinná koheze, a dostupnost a užití externího podpůrného sociálního prostředí dítětem a rodičem).

Reaktivita na vnější změny, schopnost nechat se ukonejšit po prožité zátěži (snazší uklidnitelnost dítěte), schopnost zachovat si fyziologickou rovnováhu s nenarušenými biorytmy (dobrý spánek, apod.) *Temperament tzv. snadno vychovatelného dítěte* je protektivním faktorem v případě rodičovského abúzu. Rodič má sníženou trpělivost vůči pláči coby přirozenému projevu malého dítěte. Dítě, které je stabilní, pozitivně naladěné a „neobtěžuje“ rodiče, si pravděpodobněji získá častější pozitivní odezvu. Stejně tak dítě ve stresu snáze uklidnitelné⁷. Zda získá též více péče, pozornosti a kontaktu s pečující osobou je spíše diskutabilní. Ať je tím závislým matka či otec. Vzhledem k tomu, že partnerovo pití negativně ovlivňuje mnoho psychologických charakteristik, může i nepijící rodič pro velké vyčerpání, depresi nebo prostě přílišnou zaměstnanost snahami o udržení rodiny v chodu, ztratit kapacitu na náročnější temperament dítěte. Bohužel, alkoholismus matky znevýhodňuje dítě v tomto směru již před narozením: výzkumy prokazují, že vlivy *in utero* chemické expozice tabáku, alkoholu a dalších drog souvisí s neurotransmitterovou nerovnováhou, která se v chování projevuje právě negativismem, podrážděností a nepříjemným, agresivním projevem (Kumpfer, 1999).

Kognitivní a Emocionální: Hardiness a kompetence⁸. Studie k těmto, coby protektivním faktorům najdeme u Luthar (1991), Radke-Yarrow a Brown (1993), uvádí je též Werner a Smith (2001). Zdatní a odolní jedinci disponovali např. studijními snahami, častěji to byli dobří čtenáři. Dovedli se snáze rozhodnout a efektivně řešit obtíže. Častěji disponovali vzhledem do sociálních situací a dovedli oddálit uspokojení či pracovat s vlastní impulzivitou (Kumpfer, 1999). Věřili tomu, že mohou ovlivnit věci ve svém životě, častěji se odvážili a experimentovali, zkoušeli různé jiné způsoby a cesty. Byli také samostatnější. Zažívali častěji pocit smyslu a byli si jisti vlastními kompetencemi a účinností (Hoskocová, 2006).

Spirituální: Spiritualita se ukázala jako silný protektivní prvek (Howard, Carothers, Smith, 2007, str.219). Chandy (1993) tyto poznatky potvrzuje u dospívajících. Hodačová (2007) k tomu dodává, že vztah s Bohem coby protektivní prvek má rysy přijetí a láskyplnosti. „Protektivní“ Bůh je laskavý Bůh.

⁷ Byť se zjistilo pozdějšími výzkumy u různých etnik a kultur, že určitý temperament, a jiné prvky a vzorce, v euroamerické kultuře „nepříznivé“, mohou být naopak jinde protektivní (Šolcová, 2009).

⁸ Pro objasnění obou pojmů v souvislosti s resiliencí vizte Paulík, 2010, str. 108 - 114

Sociální/behaviorální:

Vřelá citová vazba byla shledána jako pozitivně korelující s pozdějším výskytem užití alkoholu u ACOA než u těch, kteří s rodičem tuto vazbu neměli. U těchto dospívajících také konzumace alkoholu spíše neeskalovala do vážnějších problémů (Windle, 1996). Např. Walker a Lee uvádí ve svém výzkumu resilience dětí alkoholiků, že kombinace vřelých citových vazeb s nealkoholickým rodičem či jinou pečující osobou, resp. důležitým druhým (mentorem, učitelem, apod.), se sourozenci, a přiměřená míra parentifikace *zvyšují sebeúctu dítěte, dobré adaptační schopnosti a salutoprotektivně působí* ve vztahu k návykovým látkám. Tito odborníci pro výzkum i pro klinickou praxi doporučují zaměřit se zejména na *zdroje podporující vztahovou resilienci jak v rodině (je-li to možné), tak mimo rodinu*.

Kvalita výchovného stylu, tedy konsistentní pravidla a jejich důsledné **vyžadování** Gest, Neemann, Hubbard (1993), a **otevřený komunikační styl rodič-dítě**: Pro adolescenty též s důležitou podmínkou, že se rodič dokázal vyhnout nekonstruktivní kritice a snižování dospívajícího. Zároveň je prospěšné, aby měl rodič na dítě očekávání a jisté nároky (Benard, 1991).

Rodinné rituály: Wolinovi (1993) zjistili, že udržení si rodinných rituálů, jak těch všednodenních, jako například společná jídla, oslavy svátků, výročí, rodinných událostí působí na COA pozitivně ve smyslu zdravějšího přizpůsobení a nižšího výskytu rizikového chování včetně užívání alkoholu

Socializace rodiče: Děti, jejichž rodiče byli lépe socializováni, také častěji vyhledávaly aktivně pomoc a podporu u důležitých blízkých a jiných autorit, včetně učitelů. Zároveň se u nich méně často vykytovala porucha přizpůsobení a byly efektivnější ve svých strategiích zvládnutí této rodinné zátěže. Tyto pozitivní výsledky však byly *vázány na aktuální stav alkoholického rodiče*, resp. na jeho abstinenci či recidivu (Smith, 2006).

Terapie rodiče: Protektivním faktorem je též léčba alkoholického rodiče a její úspěšný průběh. Děti ze sledované skupiny s alkoholickými otci měly výrazně více psychologických a psychiatrických symptomů než kontrolní skupina vrstevníků. Avšak ty děti, jejichž otcové nerelabovali v průběhu léčby a doléčovacího procesu, a celkově se jim v léčbě dařilo, se též výrazně zlepšily. Později byly se svými „kontrolními“ vrstevníky srovnatelné a vykazovaly mnohem méně poruch přizpůsobení než děti s otci, selhávajícími v léčbě (Burdzovic, Burdzovic, O'Farrell, 2006). Ke stejným výsledkům došli výzkumníci Andreas a O'Farrell v longitudinální studii, završené v roce 2007.

Studie dětí z rodin alkoholických otců ve srovnání s kontrolní skupinou s nepijícími otci potvrdila zjištění jiných autorů: děti alkoholických otců zažívaly mnohem častěji zavržení

rodičem, trpěly velkým napětím uvnitř rodiny a nebyly ve výsledku schopné se identifikovat a ani uskutečňovat vztah k jednomu či oběma rodičům (Kondandaram, Bangalore, 1995).

Studie ACOA, kteří byli kdysi účastníky coby děti alkoholiků v longitudinální studii na Kauai (Werner, Smith, 2001), provedená Werner a Johnson (2004) prokázala, že ti resilientní dospělí z rodin alkoholiků spoléhali ve věku kolem 30 let na výrazně více zdrojů podpory a velmi důležitou roli hráli vřelí dospělí mimo původní rodinu.

Terapie dítěte či dospělého z rodiny alkoholika: Rodinná terapie slaví úspěchy v terapii rodin a dospělých dětí alkoholiků. Nicméně skupinová terapie je též velmi dobrou alternativou. Každá forma práce má jiné přínosy a oslovuje maladaptivní mechanismy z jiného úhlu. Barnard (1991) zjistil, že skupinová terapie s ACOA pomáhá postupně se vyvázat z původních rigidních a nyní již dysfunkčních mechanismů. Účastníci této kvalitativně orientované studie si v dlouhodobém terapeutickém procesu v malé, intimní skupině osvojili zdravější vzorce prožívání a chování.

Téma rodinné terapie, skupinové a individuální psychoterapie a psychagogického přístupu by si zasloužila samostatné zpracování. Protože však není předmětem této práce, zde jej zmíníme jen stručně.

Důležitý blízký (mentor): Typickým důležitým blízkým, přirozeným mentorem pro dospívající z rodin alkoholiků byl jedinec stejného pohlaví, který s adolescentem navázal tento typ vztahu (Cavell, Meehan, Heffer, 2002). Vztah měl rysy **připravenosti** vztahového partnera (*vztahový partner* je českému jazyku ladící fráze, vycházející z prací a terminologie Jordan, např. 1992) **podívat se na problém** z hlediska dospívajícího. Partner také **chápe pocity potenciálního příjemce** a **uvědomuje si složitost kontextu**, **vžívá** se do jeho starostí a **nesnaží se jej kontrolovat** a řídit. **Stará se s citem o jeho skutečné Self**, **respektuje jeho osobnost** a jedinečnost; **umožňuje mu, aby projevil své pocity** a **usnadňuje mu pokusy o jeho vlastní iniciativu a autoregulaci**. *Rozdíly v adaptaci jsou signifikantní u dospívajících, kteří měli vztah s takovou přirozenou autoritou a tento vztah působil preventivně, jako intervenčně* (Cohen, Lakey, Tiell, 2005). Zejména např. u dospívajících z rodin alkoholiků či z pěstounských rodin, kdy jsou jedinci díky této citlivé transitivity periodě už z podstaty zranitelní (Osterling, Hines, 2006). Na zásadní roli vztahových figur-mentorů, partnerů, přátel, apod. poukazuje v konečném důsledku většina studií (Walsh, 2003; Werner, Smith, 2001; Wolin, Wolin, 1993). Některé figury byly více rodičovské, jiné více partnerské. To podle toho, v jaké fázi individuace a nasycenosti citových potřeb jedinec byl (Hašto, 2005, též mluví o tzv. zralé vazbě, např. partnerské, apod.).

4.3.1 Sociální vazby a opora jako protektivní činitelé

Dominující teorií sociální opory je Lazarusova teorie stresu a zvládání (Lakey, Cohen, 2000). Podle této teorie stres a zátěž vzniká tehdy, když jedinec *interpretuje situaci negativně* (např. negativní posouzení). Mnoho výzkumů potvrzuje předpoklad, že dobré osobní vztahy a sociální zázemí mohou zmírňovat účinky stresorů, a že nedostatek blízkých vztahů může negativní působení stresujících okolností ještě více zintenzivnit (Lakey, Cohen, 2000). Existují ovšem i výzkumná zjištění dokládající opak. Zdá se totiž, že vůči působení stresu jsou vůbec nejodolnější lidé s některými sociopatickými rysy (s nestálými vazbami k lidem, k sociálními skupinám a k cílům) (Rutter, 1987). Mohli bychom to interpretovat jako totální izolaci, slovy Miller (1991). Krátce se podívejme na typy sociálních vazeb a opor, které některé poskytují.

Podle teorie sociálních vazeb dělíme sociální vazbu na čtyři typy:

„attachment“ - **vazba či připoutání** jedince na blízké osoby, zejména rodiče či pečovatele (Bowlby, 2010).

„commitment“ - racionální **závazek** vůči mezzu a makrosystému. Ten vyjadřuje úhrn času, energie a prostředků investovaných do společenských aktivit potřebných např. k dosažení vzdělání nebo udržení zaměstnání. Slabý závazek vůči škole je např. u dospívajících rizikovým faktorem (Jenson, Fraser, 2011). Naopak závazek směrem k akademickému úspěchu je protektivním faktorem (Kumpfer, 1999).

„involvement“ - **angažovanost v sociálních aktivitách**. Ta spočívá v množství času, které jedinec tráví každodenními činnostmi: plněním školních povinností, zájmovou činností a sporty, účastí na mimoškolních aktivitách či prací v dobrovolnických organizacích.

„belief“ - **víra** ve společenské aktivity a systém postojů vůči normám.

4.3.1.1 Attachment v hlavní roli

Bliže se podívejme na vazbu primární, která zakládá prvotní vztahovou zkušenost dítěte s druhou osobou. Koncept citové vazby se v psychologické literatuře objevil v polovině minulého století. John Bowlby (2010) jej definuje jako **trvalé emoční pouto**, charakterizované potřebou vyhledávat a udržovat blízkost s určitou osobou, zejména v podmínkách stresu. Tendence k citové vazbě jsou podle této teorie geneticky podmíněné a základní vztahová zkušenost citové vazby vzniká v raném dětství mezi kojencem a matkou, při absenci matky případně jinou nejbližší vztahovou osobou.

Podle kvality interakce mezi pečující osobou a dítětem se utváří **jistá** nebo **nejistá** citová vazba. Jistá citová vazba se u malého dítěte projevuje uvolněním a radostí,

vyžadováním tělesného kontaktu s matkou po situaci odloučení a schopností se po krátké době opět vrátit k jiné činnosti. Tato, v kulisách každodennosti s mateřskou osobou, uskutečňovaná vazba se v průběhu individuace internalizuje. Vazba zároveň spoluzakládá osobnost jedince, je tzv. **formativní zkušeností** (Cairns, 2012, str. 54). Zvnitřněná bezpečná a jistá vazba je u dospívajících a dospělých patrná v bazální důvěře vůči světu, druhým i sama sobě. Jedinec sebe i svět prožívá jako veskrze dobrý, čitelný a smysluplný (Bowlby, 2010). Lidé, kteří byli milováni v raném dětství mají nejen emocionální rezervy, které je dělají silnějšími, ale také budou schopni tyto rezervy použít později v životě pro to, aby si vystavěli hodnotné vztahy s ostatními. Například budou schopni identifikovat ty druhé ve svém okolí, kteří jim dovedou v případě potřeby pomoci (Samson, 2007).

Nejistá vazba se projevuje absencí radosti z návratu matky a následně odtahitým chováním ve vztahu k ní nebo radostí z návratu matky, která je však spojena s ambivalencí v podobě agresivního chování vůči ní. Ainsworthová a později Mainová rozlišily u dětí **nejistou citovou vazbu** na **vyhýbavý** typ, **ambivalentní** typ a **dezorganizovaný** typ (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001). Mnohé studie zjistily, že lidé mají tendenci opakovat základní zkušenost z attachmentu i v dospělých vztazích s blízkými lidmi. Je to jakési základní nastavení vztahování se, kterým disponuje každý jedinec. Někteří autoři si všimli, že *větší množství výskytu vyhýbavého typu vazby mají děti a dospívající z rodin, kde figuroval alkohol* (Hunter, 2012; Pasternak, Schier, 2012).

Bludný kruh: závislost jako důsledek nejisté vztahové vazby

Studie sledující typ citové vazby u závislostí shodně docházejí k tomu, že mezi závislými se výrazně častěji vyskytuje nejistý typ citové vazby a naopak, že jistý attachment působí jako preventivní faktor mnoha psychopatologických fenoménů, včetně zneužívání návykových látek (Getz, 2013, Potter–Efron, 2006; Templeton, Zohhadi, Galvani, 2006). Podle některých autorů je samotná závislost na návykové látce formou citové vazby. Uživatelé podle nich díky nejisté vztahové vazbě nejsou schopni navázat a vytvořit zdravé vzorce vztahové zkušenosti, a tak objekt závislosti slouží jako základní objekt citové vazby. Jeho funkce je zejména v kompenzaci nedostatků a nepříjemných pocitů z nejistých citových vztahů a dodání iluze bazálního bezpečí (Potter–Efron, 2006; Templeton, Zohhadi, Galvani, 2006). Jednou ze základních funkcí *internalizované jisté citové vazby je schopnost regulovat vlastní emoce a schopnost relativně dobře se vyrovnávat s náročnými životními zkušenostmi*. Nejistá vazba s sebou nese nedostatky v těchto copingových mechanismech. To může vést k tomu, že návyková látka pro uživatele představuje způsob jak regulovat nepříjemné prožitky. *Lidé s nejistou citovou vazbou tak nezřídka nemají uspokojivé mezilidské vztahy, ani nemají*

stabilní schopnost regulace vlastních emocí. To je činí náchylnější k závislému chování (Potter – Efron, 2006).

Ačkoliv se koncepty attachmentu a resilience překrývají, resp. jsou paralelní, rozdílem je, že koncept resilience disponuje širokým záběrem mnoha protektivních faktorů. Ty sahají daleko za typ vazby dítěte a mateřské osoby, dotýkají se protektivních zdrojů v dítěti samotném, v rodině, v mezosystému, atp. V koncepci vztahové resilience však opět citová vazba dostává zásadní roli (Hartling, 2008), nicméně *v širším smyslu, než v užším pojetí* attachmentu podle Bowlbyho (Bowlby, 2010).

4.3.1.2 Sociální opora jako protektivní faktor

Sociální opora může napomáhat dvojím způsobem. Nezávisle na prožívání stresu může posilovat osobní zdroje jako jsou např. sebedůvěra a sebeúcta. V samotné zátěžové situaci snižuje působení stresu. Funkce, které plní sociální opora při zvládání zátěžových podmínek jsou **informační** (poskytování informací a rad příjemci), **instrumentální** (předměty poskytované a činnosti konané vůči příjemci), **emoční** (projevy lásky, empatie aj. vůči příjemci), **hodnotící** (posilování sebevědomí a sebehodnoty příjemce, projevy úcty) (Šolcová, Kebza, 1999).

Využívání sociální opory lze tedy podle její funkce v konkrétní situaci zařadit mezi **strategie orientované jak na emoce, tak na problém.** Podle způsobu, jakým se jedinec k sociální opoře vztahuje, můžeme rozlišit tyto:

anticipovaná sociální opora – očekávání či jistota, že v případě potřeby druzí blízcí poskytnou pomoc, **mobilizovaná** sociální opora a **získaná** sociální opora – skutečné pomocné aktivity směrem k subjektu (Šolcová, Kebza, 1999).

Vedle těchto typů sociální opory Lakey zmiňuje ještě oporu v podobě **sociální integrace** (Lakey, Cohen, 2000). Ta zahrnuje širokou paletu sociálních vazeb, jako např. již zmíněné rodinné a sourozenecké vazby, dále u dospívajících třídní kolektiv, neformální uskupení definované sousedskou blízkostí (party, gangy, apod.), zájmové kroužky a členství např. v církvi (Mareš a kol, 2007).

Některé výzkumy naznačují, že **míra aktuální podpory se u resilientních a méně resilientních COA výrazně nelišila.** To, co se však významně lišilo bylo to, **jak byla opora vnímána a jak byla anticipována** (Templeton, Zohhadi, Galvani, 2006).

Navzdory letitému přesvědčení výzkumníků *o pozitivních dopadech sociální opory* bylo zjištěno, že může mít též negativní důsledky. Zřejmě právě pro svou *jednostrannost* v smyslu poskytování péče a její přijímání. Tam, kde chybí reciprocita, mohou přijít pocity

viny, nekompetence či závislosti u příjemce opory, a naopak vyhoření u poskytovatele (Šolcová, Kebza, 1999). *Unipolarita sociální opory* je patrná už z jejího názvu. Teprve tehdy, podílí-li se jedinec oboustranně a aktivně na psychosociálních ziscích, plynoucích ze vztahu s druhým, nevyskytují se tyto odvrácené důsledky (Jordan, 2006, str. 82-83) a jedinec v zátěži skutečně roste, ne jen přežívá.

4.3.1.3 Adaptivní distancování

Již ve studiích Wolinových (1993) se objevuje protektivní faktor velmi zajímavý a sporný. Je to faktor odstupu od zdroje obtíží, např. v případě dítěte z rodiny alkoholika byl u odolných dětí častěji popsán právě od pijícího rodiče. Wolinovi toto vnímají jako pozitivní, zároveň však dodávají, že je nutné „s vaničkou nevylít i dítě.“ Tedy, resilientní jedinci se dokázali distancovat od náročného rodiče či jiného prvku v systému, který působil stres a zátěž. Zároveň si podrželi jiné důvěrné vztahy, které jim zřejmě kompenzovaly tuto ztrátu. O adaptivním distancování též referují výzkumníci v kontextu citových vazeb a vztahové resilience zejména u dětí z tzv. high-risk prostředí; Jordan (1991, 2006), Hartling (2008), Torres (2011), Sankaran (2006), Benard (1991) explicitně u dětí alkoholiků.

4.4 Výzkumy resilience u rodin alkoholiků

Mnoho odborníků v oblasti resilience se zabývá výzkumem dětí z rodin alkoholiků v rámci zkoumání teorií rodinné nezdolnosti. Např. Tothová (2011, str. 40), rodinná resilience – koncept krize a výzvy Walsh (1996, 2003), Posilování rodinné resilience (Walsh, 2006) Sankaran s kolegy (2006).

V České republice máme silnou tradici Matějčkových a Langmeierových (1968), Matějčkových a Dytrychových výzkumů (1998), Křivohlavého prací psychologie zdraví též v souvislosti s odolností (2003, 2010) a výzkumů rodinné resilience (Sobotková, 2004, Tothová, 2011), kde se téma dětí z nepříznivých prostředí (dětí nechtěných, deprivovaných, apod.) objevuje. Výzkum self-efficacy v kontextu odolnosti dětí předškolního věku intenzivně probíhá u Hoskovcové (2006). Šišláková se věnuje resilienci v kontextu sociální práce s rizikovou mládeží (2005).

V zahraničí se odolností dětí alkoholiků v posledních letech zabývali např. Moe, Johnson a Wade (2007) , kteří pracovali obsahovou analýzou výpovědí těchto dětí. Dále Werner a Johnson (2004) studovali role pečujících dospělých autorit v životech dětí alkoholiků opět jejich vlastními slovy. Zajímavé studie resilience u dětí alkoholiků též provedli Mylant, Ide a Cuevas (2002). Walker a Lee svým již klasickým kvalitativním

výzkumem doslova odkrývají silné stránky dětí alkoholiků (1998). Také a Wolin (1991) či Wolinovi (1992, 1993) se věnují tématu resilience dětí alkoholiků, byť v dalších souvislostech.

Mnoho studií se týká **zakomponování resilientních faktorů do práce** s dětmi alkoholiků (např. Emshoff, Anyan, 1991; Emshoff, Price, 1999; Jordan, 2010), a evaluace konkrétních programů (např. Broning, Wiedow, Wartberg, 2012).

Na *zásadní, vztahově korektivní a protektivní role pečujících dospělých autorit* v životech dospívajících z rodin alkoholiků upozorňují svými výzkumnými závěry také Beam, Chen a Greenberger (2002), Chen, Greenberger, Farrugia a kolegové (2003), kteří jim přezdívali VIP (very important people), stejně jako Blyth, Hill a Thiel (1982).

Bancroft, Wilson a Cunningham-Burley publikovali v roce 2004 kvalitativní studii, týkající se 38 respondentů mezi roky 15-27 let. Cílem výzkumu bylo zjistit, jaké cesty jednotlivých osobností vedly k nezávislosti a relativně normálnímu fungování na pozadí každodenních životů. Tedy nahlédnout *strategie zvládnání, přežití či resilience*. Výzkumníci se proto věnovali mnoha tématům: situacím, kterým byli respondenti v dětství a dospívání vystaveni, obtížím, kterým čelili a zdrojům, které byly k dispozici a pomáhaly, volbám, které činili, kde jsou respondenti nyní a jak vzhlížejí do budoucnosti. Resilience nebyla definována jako fixní rys, či jako schopnost „bouncing back“, odrazit se zpět do nějakého stavu, nýbrž *jako řetězec vykonaných rozhodnutí a přijatých strategií*, jenž dětem umožnily jít svým životem v nějaké integritě, spokojenosti se sebou a zdravím. Tvorba dat probíhala metodou interview a životní křivky. Následné zpracování probíhalo obsahovou analýzou.

Tyto výzkumy mne velmi inspirovaly k navržení podoby výzkumné části mé diplomové práce. Zásadní klady pozoruji v kvalitě dat, jejich autentičnosti a mnohovrstevnatosti. Každý dospívající má svůj specifický příběh resilience. Také vnímám přínos v individualizované definici resilience, která pro každého repondenta sestává v konečném důsledku z jiných zdrojů a komponent. Věřím, že pro klinickou praxi a posuzování jednotlivých klientů, přicházejících s obtížemi ve svém životě je, navzdory debatám o živosti a smysluplnosti tohoto teoretického konceptu, takto pojatá resilience přínosným konceptem.

4.5 Vztahová resilience

„Ahoj, poslechni si, co se mi teď stalo. Jsem teď na pár týdnů ve Francii v jedné rodině jako au-pair a dneska večer děti před spaním strašně zlobily a já musela sedět na schodech a okřikovat je. A už se pomalu stmívalo a mě to bylo strašně líto, protože jsem celý den s dětma doma a chtěla jsem si jít takhle večer zaběhat. A tohle se mi právě stalo už včera že jsem je okřikovala tak

dlouho až se setmělo úplně a já měla po běhání. A i když už byli teď docela klidní, bylo mi blbě jen tak odejít, protože mě o to jejich mamka poprosila, abych tam takhle zůstala. A bylo mi blbě i se jí zeptat. Ale pak ses mi v hlavě objevila ty a říkals takovým tím svým hlasem: "Aha. A co ti v tom brání?" No a tak jsem si dala takovou vnitřní facku a šla jsem a zeptala jsem se a ona řekla bien sur jakože samozřejmě a já šla běhat a bylo to super! :-D Tohle se mi v podobných situacích stává často, když se o něco bojím říct, tak se mě zeptáš, co mi v tom brání a já jdu a udělám to ☺ Tak dík ☺ Doufám, že trávíš pěkný prázdniny, asi jsi teď s dětma na táboře, vid'! Ať tě moc nemordujou ☺ Pa ☺"

Zpráva jedné z respondentek, Zity, terapeutce z prázdnin, 2013

Shrňme, co již bylo v této práci zřetelně řečeno. Z extenzivního výzkumu resilience je patrné, že resilience je svou povahou sociálně zakotvená. Jdeme-li napříč výzkumy resilience, zjišťujeme tento prvek, který se jako červená nit vine všemi výzkumy. Je to blízký vztah s kvalitami, podobným bazálnímu vztahu s mateřskou osobou, případně vztah, poskytující korektivní zkušenost vztahu s mateřskou osobou (v případě, že matka byla nedostupná či vazba byla narušená). V systemickém pohledu jsou to kvalitní interakce na mnoha úrovních, ze kterých opět systémy sbírají své zdroje.

Mnoho výzkumníků se **v posledních letech pokouší přenést individuální konstrukty na vztahovou, rodinnou, resp. socioenvironmentální úroveň.** Tedy, např. Antonovského koncept sense of coherence je nazírán jako „pracovní rámec“ rodiny, charakteristický důvěrou, že svět je srozumitelný, zvládnutelný, a má smysl“ (VanBreda, 2001, str. 31). Nebo Kobasy hardiness, jež může sloužit jako „sebeřídící faktor v rámci rodin.. a fungovat coby nárazník ve vztahu k psychogenně podmíněným nemocem..“ (tamtéž, str. 31-32). Stejně tak je podle vztahové resilience na úrovni vztahové - ne primárně osobní - zakotvena sebedůvěra (self-confidence), sebeúcta (self-esteem), a vnímaná osobní účinnost (self-efficacy). Hartling (2008), Jordan (2006), Torres (2011) a jiní je používají ve Vztahově-kulturní teorii (neboli RCT, Jordan, 2006) coby *vztahově zakotvené a z dynamiky vztahů se rodící charakteristiky jedince* Například velmi známá akademička Fromma Walsh se svými výzkumy rodinné resilience vychází z idejí vztahově zakotvené resilience (1996). Pro propracované modely rodinné resilience a jejich konstruktivní kritiku je přínosné prostudovat např. VanBredu (2001). V této práci se pouze soustředíme na stručné uvedení k pojmu.

Podle Samson (2007) i **dítě, které trpělo emoční deprivací může získat zpět schopnost** angažovat se v pozitivních citových vazbách. Pro dítě je potřeba, aby se dostalo do kontaktu s empatickým druhým, který mu poskytne porozumění a uzná hodnotu dítěte coby lidské bytosti. Tím člověkem může být učitel, soused, terapeut. Prakticky kdokoliv, kdo dítěti

umožní dostatečně autentickou, hlubokou vztahovou zkušenost *s rysy autonomní podpory* (Mareš a kol., 2007)

V základu vztahové teorie je idea, že psychologický růst se objevuje a probíhá ve vztazích. Zdravý attachment se buduje vyladěným spojením matky a dítěte. Jestliže adolescent ví, že jeho rodič je *schopen naslouchat* bez odsudků, *všímat si jeho pocitů*, *podpořit jeho silné stránky* a *cenit si jej jako osoby*, pak je toto živnou půdou pro rozvoj jeho self. Ale pouto mezi rodičem a dítětem je ohroženo, když do hry vstoupí návyková látka. Rodiče pak mají tendenci přejít ve vztahu (s adolescentem) do reakcí vzteku, zklamání a studu (Getz, 2013).

4.5.1 RCT neboli vztahově kulturní teorie

Počáteční vlny studia resilience se opíraly o nezranitelnost (Kumpfer, 1999). Odolní jedinci byli nahlíženi jako ti, kteří jsou relativně nezávislí na poryvech vnějšího světa, odolávají zátěžím a dovedou si ponechat vysokou míru kontroly nad situacemi, vztahy a procesy. Jordan, Miller (1991) a jiní akademici z oblasti vztahové resilience se na teoretickou bázi odolnosti dívají jako na symptom euroamerické kultury. Charakteristická je pro ni *vysoká míra individualismu, egocentrismu a upřednostňování nezávislosti*. Nežádoucím opakem je *závislost a zranitelnost*. Nicméně, co jiného je *vztahová, rodinná rovina, než rovina pout, vazeb a vzájemného závisení, ovlivňování a provázanosti*? Walsh tuto kulturní determinaci resilience popisuje takto: „Americká kultura glorifikuje tvrdého jedince-individualistu. John Wayne, zosobnění maskulinity a síly, byl adorován generacemi Američanů jako hrdina. Nicméně, v mýtu o tvrdé individualitě je obsaženo skryté nebezpečí; implikuje totiž, že vulnerabilita a emocionální provázanost (interdependence) jsou prvky slabosti a dysfunkčnosti.“ (Walsh, 2003) Euroamerická kultura stojí na genderových stereotypoch mužů jako těch, kteří nepláčou, neprojevují emoce a nečerpají pomoc. Samostatnost je rysem dospělého muže, ten nežádá o pomoc. Naopak ženy jsou stereotypně nahlíženy jako slabé, jemné, emocionální, ale neagresivní. V dospívání ženy ztrácejí „svůj hlas“, tedy sebejistotu a sebeúctu. Jordan říká, že „...(dívky) v očích mužů se objektivizují a ztrácejí kontakt se svým tělem, mají dojem, že se musejí přizpůsobit nahlížení mužů... Příliš se začnou zabývat svým tělem, to se každý cítíme naprosto nedostatečně, a kontrolou sexuality a dynamických, aktivních emocí vzteku postupně ztrácejí svou autentičnost. Mají strach, že projeví li svou přirozenost, budou zavrženy jak chlápci, tak ostatními vrstevnicemi“ (Jordan, 2006, str. 87). Jordan dále rozvíjí vztahovou resilienci u dívek elaborováním rozdílných základů pro formování sebeúcty, sebehodnoty a sebevědomí. My se však podržíme toho, co platí

principiálně. U všech potřeb, které obě pohlaví potlačují v rámci těchto sociokulturních tlaků vznikají jako doprovod pocitu viny a studu. Tyto pocity jsou také velmi *časté u minorit*, ať už se jedná o etnickou či sexuální menšinu, *o jedince stigmatizované nízkým socioekonomickým statutem, či právě rodinnou nemocí, jakou je alkoholismus*. Děti alkoholiků mnohem častěji prožívají pocit viny, studu, zahanbení (vzpomeňme, že participují na rodinném tajemství). A právě euroamerická individualizovaná kultura s těmito tlaky a zaměřením na autonomii a autosanaci *nepomáhá takto stigmatizovanému a izolovanému člověku spojovat se bez studu a strachu s druhými, ať je to chlapec, nebo dívka*.

Správně Komárek (2011) poznamenává, že výkladové rámce fenoménů v kultuře (rozumějme kulturu v celé šíři lidské společnosti, tedy vědu, umění, společnost, apod.) jsou utvářeny tím, co se ve společnosti právě vyjevuje coby „globální téma“, figura, nebo také na scénu se vkrádající dříve potlačovaná stínová složka. V dravé moderní společnosti s rysy prudkého rozvoje a nástupu *individualismu* se Darwinova teorie o přírodním výběru a přežití silnějších prosadila a stala se hegemonní právě proto, že odpovídala společenskému vývoji a hladu lidské kultury po takovém výkladovém rámci (Komárek, 2011). Vaillant (1987) poukazuje, že termín nezranitelnost je antietický vzhledem k lidské povaze. „Chceme-li svědčit o resilientním chování dětí v riziku všude na světě, upřímnější snahou by bylo porozumět, v podobě a míře, sdíleným lidským kvalitám, které pro resilienci pracují. Vyhybat se osobnímu utrpení a glorifikovat stoicismus, to jsou typické rysy Americké kultury.“ (Vaillant, 1987)

Tyto kulturně podmíněné postoje jsou vystiženy mottó „pohnout se dál, přejít to“, „usmát se“ a všechny tragédie „hodit za hlavu“ (Walsh, 2003). Nicméně, zastánci vztahové resilience tvrdí, že dobře vybojovávat své těžkosti znamená jak utrpení, tak odvalu. Aktivní procházení skrz a propracování se výzvami jak z intra, tak interpersonální perspektivy. *Resilientní jedinci jsou silní právě proto, že se otevřeli tomuto zápasu, prošli jím autenticky, s přiznanou zranitelností, a na základě toho rozvinuli své nové silné stránky* (Cunningham, 2009, str. 7). Vztahově kulturní teorie (Relational-cultural theory, RCT), kterou koncipovala psychiatrička a psychoanalytička Joan Baker Miller (1991), později rozpracovala Jordan (1991, 2006) a další psychologové, staví na konfrontaci euroamerické kultury a výše zmíněných hodnot. Hartling říká: „...zdravý vývoj člověka zahrnuje formování a propracovávání růst podporujících vztahů v průběhu celého života. RCT nás podporuje v tom, abychom se podívali za horizont této krátkozraké optiky individuálního vývoje a individuálních sil, a studovali *vztahový vývoj a vztahové silné stránky*. Vztahy jsou primárním zdrojem odolnosti, tváří v tvář osobním a sociálním útrapám a traumatům. Jsou primárním

zdrojem zkušenosti, posilující individuální charakteristiky běžně spojované s resiliencí. V mnoha aspektech je psychoterapie případem toho, jak je resilience (jedince) posilována skrz vztah.“ (Hartling, 2008, str. 54) V tomto rámci se podíváme na vztahovou resilienci.

4.5.2 Růst podporující vztahy

Resilience je podle Jordan a RCT *dynamickým vztahovým procesem*, ne interním rysem. Vztahová resilience je v kontextu RCT „kapacita odrazit se od, a zároveň do *růst podporujících vztahů*“ (Jordan, 2006). Je to „*posun jedince do vzájemně posilujících, růst podporujících vztahů tváří v tvář nepříznivým podmínkám, traumatickým zkušenostem a odcizujícím sociokulturním tlakům; schopnost spojit se, znovu spojit a/nebo odolat rozpojení vztahů. Posun směrem k empatické vzájemnosti je jádrem vztahové resilience.*“ (Hartling, 2008; Jordan, 1992)

Růst podporující vztahy definuje Miller (1991) a Stiver (1990) takto: „Fundamentální a komplexní proces aktivní participace na rozvoji a růstu druhých lidí, a vztah, který ústí do vzájemného rozvoje; takový vztah produkuje růst u obou (či více) lidí.“

J. B. Miller používá termín „**zest**“ (tedy něco jako spirit, šarm, svěžest, srdečná radost či ocenění něčeho, potěšení, gusto, entuziazmus), aby popsala energii, kterou člověk cítí v *růst podporujících vztazích*. Jak je patrné z předcházejících klíčových komponent vztahové resilience, vazby v podobě *růst podporujících vztahů* jsou v teorii RCT ústřední. Miller zmiňuje tzv. „**pět prospěšných výstupů**“ (lapidárně je nazvala „five good things“), pramenících z těchto typů vztahů:

1) nárůst **vitality**, 2) nárůst **schopnosti jednat či aktivity**, 3) zřetelnější **sebeobraz**, zřetelnější **obraz druhého** a vzájemného vztahu, 4) zvýšený **pocit sebehodnoty**, resp. **sebeúcty**, a konečně 5) **touha po vytváření dalších vztahů** vedle onoho konkrétního, růst podporujícího vztahu (Miller, 1991)

Jinými slovy: když se dva jedinci angažují ve vzájemně empatickém, vzájemně posilujícím typu vztahu, oba se následně stávají vnímavějšími k péči o vztah a jeden o druhého, a oba vztahoví partneři zrají skrze spojení (Jordan, Hartling, 2002).

4.5.3 Odloučení a izolace

Aby byly přínosy *růst podporujících vztahů* patrnější, je smysluplné definovat následky *absence* podobného vztahu. Jimi jsou: snížená vitalita, bezmocnost, nedostatek vztahové zřetelnosti, snížená sebehodnota a obecně nechuť či snížená touha po navazování vztahů (Jordan, Hartling, 2002).

Nicméně, potenciálem *růst podporujících vztahů* je změna následků tohoto nekontaktního. *V situacích, kdy je jedinec, byť traumatizovaný, ale přesto schopen vyjádřit své emoce autenticky, a příjemce, tedy vztahový partner, je schopen zareagovat empaticky, pak je možné zažít korektivní zkušenost.* Ta vede k nárůstu pocitu vztahové kompetence (tedy schopnosti ovlivňovat změnu a cítit se efektivní a potentní v komunikaci a vztahu jako takovém, self-efficacy) (Jordan, 1999). Naproti tomu v situacích, kdy *odloučení, resp. přerušování kontaktu* nemůže být transformováno pomocí korektivní zkušenosti, vede toto k fenoménu tzv. *odsouzené izolace*. Termín, zavedený Jean Baker Miller (1991), postihuje zkušenost izolace a osamění jedince doslova tak, jako by byl „vyloučen ze společnosti“. Miller říká, že fenomén „...odsouzené izolace je nejděsivějším a nejdestruktivnějším pocitem, jaký může jedinec prožívat. Jedinec se cítí osaměle, je paralyzován v jakékoliv snaze o znovuspojení se společností, a prožívá pocit viny za tento stav. Tento stav se odlišuje např. od stavu samoty, kdy jedinec může prožívat hluboké spojení např. s přírodou, s druhými lidmi, apod.“ (Miller, 1988, str. 1). Odsouzená izolace s sebou nese zvýšené riziko vzniku emocionálních poruch. Podle Jordan a ostatních představitelů RCT jsou to zážitky opuštění či zavržení mateřskou figurou a z toho plynoucí pocity izolace, viny, ponížení, útlaku a snižování hodnoty vztahovým násilím, tak častým zejména v rodinách alkoholiků, které mohou vést právě ke stavu odsouzené **izolace** (Hartling, 2008; Jordan, 1990, 1991; Walsh, 2003; Wolin, Wolin, 1993).

Snahou o uchování vztahu se zvláště zraňujícími a oslabujícími obsahy jedinec může *potlačovat důležité aspekty sebe sama* (Hartling, 2008; Jordan, 1990). S cílem zachovat tento vztah, například z důvodu jeho jedinečnosti a nenahraditelnosti, tedy např. vazbu dítěte k rodiči, dítě přejímá strategie **neautenticity** a **sebeznevážení**, coby vztahové *strategie přežití*. Tyto strategie přežití mohou vznikat proto, aby se jedinec vyhnul vnímaným rizikům zranění, odmítnutí, či sociální exkluzi a ponížení (Jordan, Surrey, Kaplan, 1991). Podle povahy odloučení mohou být doprovázeny pocity strachu, viny, sebeobviňování. A to právě proto, že jedinec v sobě nese hluboko zakořeněnou interpretaci: na vině (vztahového odloučení) jsem já.

Dítě s vazbou na rodiče alkoholika je ohroženo vybudováním si této strategie přežití. Často právě u COA lze najít **poruchy vztahové vazby**, ústící do:

různých forem **emocionálního odpojení se** (psychické „uzavření se“, disociativní stavy, abúzus návykových látek)

přijetí role, tedy způsobu chování, které je v rodinném prostředí coby výsledek této poruchy

případně do **převzetí a opakování patologických vzorců** interakce a rodinné dynamiky (Stiver, 1990). Tyto aspekty jsou rozvedeny v předchozích kapitolách.

Rodinné tabu závislosti, emoční nedostupnost jak na alkoholu závislého rodiče, tak rodiče kodependentního, parentifikace či spoustifikace dítěte vytvářejí prostředí, ve kterém je paralyzován vývoj sebehodnoty, zážitek posílení ve vztahu a schopnost empatie. Poselství, které dítě získává je: „Nemáš dovoleno být autentickým.“

Dítě se ze své rodiny nemůže vyvázat, nemůže ji opustit. Proto se v tomto dysfunkčním prostředí primární vztahové sítě **učí zůstat mimo vztah**, zatímco **vypadá a chová se tak, jako by bylo ve vztahu**. Pro dítě v takovém prostředí je ohrožující projevovat autentičností a empatií v interakcích svou zranitelnost. Proto svou zranitelnost jedinci skrývají a potlačují, tím pádem se vylučují z uskutečňování ryzích vztahových vazeb a z nich plynoucích individuálních zisků (sebeúcta, vnímaná osobní účinnost, apod.). Zároveň primární potřeba afiliace a lásky pudí dítě k navázání vztahů, ty jsou však ve výsledku často destruktivní a zraňující. Tomuto momentu říká Miller **Centrální vztahový paradox** (1991).

Eriksonova vývojová krize intimity versus izolace v mladé dospělosti u mnoha dětí alkoholiků reflektuje právě toto dilema (Erikson, 1999). Vývojová výzva často bývá nezvládnuta a mladý člověk uvízne v izolaci. Následné vztahy jen „vytváří dojem vztahovosti“ (Jordan, 1991). U dospělých klientů, přicházejících do terapeutické péče, nacházíme snahy vyhnout se autentickému spočinutí ve vztahu např. v podobě vysokého nasazení v oblasti práce, sociálních fobií, či somatických symptomů a závislostí, které je plně zaměstnávají natolik, že jim nezbývá žádná kapacita na pěstování blízkých vztahů (Stiver, 1990).

Jedna dospělá dcera z rodiny alkoholika popisuje *stav mimo vztahy* takto:

„Náš celý život byla iluze. Vypadali jsme jako..normální rodina s normálním příjmem, s lidmi, kteří k nám chodí na návštěvu, nebyli to přátelé, ale vypadali tak. Já jsem byla v plaveckém oddílu, sestra roztleskávačka. Ale kdyby si někdo dal tu práci a podíval se opravdu zblízka, zjistil by, že nikdo z nás vlastně nemá blízký vztah, nikdo z nás nikdy s nikým nemluví o tom, jak se cítí..byli jsme chameleóni. Strčili nás do situace, dali nám pár minut na pozorování hráčů v ní, a my jsme se adaptovali.. Vždycky jsme se cítili mimo to, ale dokázali jsme se tvářit tak, jak bylo zrovna nutné proto, abychom přežili. (Stiver, 1987 podle Stiver, 1990).

Právě pro sociální mimikry, kterými dítě alkoholika nezřídka disponuje, je třeba zaměřit pozornost na *well-being* a *přítomnost růst podporujících vztahů* v životech COA co

nejdůkladněji. Kvalitativní metodologie dává prostor pro tento typ výzkumné optiky fenoménu vztahové resilience. *Vlastní výpovědi* o charakteru, rysech a kvalitách vztahů dětí z rodin alkoholiků **mají ve zkoumání konceptu vztahové resilience a následné aplikaci do klinické praxe jedinečný potenciál.**

Dodejme, že fenomén vztahového odloučení, ústícího až do vztahové izolace, jak jej popisují RCT psychologové, je popsán např. Wolinými (1993) termínem adaptivní distancování. Wolinovi jej považují za protektivní faktor. Ovšem dodávají, že tím dalším je schopnost přesto navazovat vřelé vazby jinde. Rozhodla jsem se tedy koncept adaptivního distancování zahrnout do souboru vztahově resilientních faktorů s tím, že naopak izolace (slovy Miller, 1991, a Jordan, 1991, 2006) od vztahů, resp. absence vřelých vazeb je již rizikovým fenoménem, nesvědčícím pro dobrou adaptaci a odolnost jedince.

4.5.4 Výzkumy vztahové resilience

Vztahově kulturní teorie inspirovala množství výzkumných snah, orientovaných na vyjasnění důležitosti *růst podporujících vztahů* a souvislosti se *zdravím ve smyslu well-being*.

Ačkoliv je relativní **množství výzkumů orientováno na dospělé**, objevuje se též čím dál více studií na téma **vztahů adolescentů**. Např. studie vyšší vnímané vzájemnosti mezi **dospívajícími dívkami** a jejich **matkami** ukázala negativní korelaci s depresí u dcer (Powell, Denon, Mattsson, 1995), nebo výzkumníci zjišťovali možnost korektivní vztahové zkušenosti, zdraví a růstu resilience u dětí **v pěstounské péči** (Lynch, 2011), Rajendran a Videka (2006) sledovali vztahovou resilienci u adolescentů z rodin, kde nebyla dostatečná péče. Elgán, Hansson, Zetterlind a kolegové (2012) zohledňují terapeutické, na podporu prvků odolnosti zaměřený **program u dětí alkoholiků** v souvislosti s well-being, zejména psychiatrickými poruchami. Broninng, Wiedow, Wartburg (2012) a kolegové měli stejný záměr u jiného terapeutického programu dětí alkoholiků. Zohledňují vztahové kvality s důležitými blízkými a zdraví dítěte. Getz (2013) vydala kratičkou práci na téma vztahové resilience v péči o **dospívající užívající návykové látky** a Huynhwa Lee (2010) tento rámec využívá ve studiu rodičovského alkoholismu, odolnosti a **depressivity u ACOA**. Liang, Tracy, Taylor a tým vyvinuli v roce 2002 **dotazník vztahového zdraví**, RHI (Relational Health Indices), jež zjišťuje kvality tří dimenzí *růst podporujících vztahů*, angažovanost, autentičnost a zest. Nakash, Williams a Jordan (2004) ve svém výzkumu též používají tento nástroj a tvrdí, že vyšší úroveň vztahového zdraví pozitivně koreluje s nižším výskytem deprese, nižším vnímaným stresem a nižší vnímanou osamoceností, stejně jako se zvýšeným pocitem vlastní hodnoty. Jordan studuje vztahovou resilienci u různých cílových skupin, intenzivně u žen

(2006), Culp-Pinto (2008) se prismaticem vztahové resilience zabývá pomocí **dětem a rodinám s incestní** tematikou, Lerner, Agans a Arbeit (2013) se v kontextu vztahové resilience dívají na pozitivní **vývoj dospívajících**. Torres se ve své disertaci pomocí kvalitativních metod věnuje tématu **mladých dospělých gay a bisexuálů** optikou vztahové resilience (Torres, 2011).

Výzkumů na téma *vztahové resilience u dětí z rodin alkoholiků* je minimum. Zmiňme např. důležitou narativní studii Moe, Johnson a Wade (2007) na téma **Resilience in children of substance users: In their own words**. Tato práce mne při psaní diplomové práce i designu výzkumu též inspirovala. Calderone se věnovala studiu vztahové resilience v oblasti **přátelských vztahů** (Calderone, 2012).

Již jsme tyto v průběhu práce zmiňovali, mnoho výzkumů explicitně poukazuje na nezastupitelnou, protektivní, ba primární roli vztahů s důležitými blízkými (Werner, Smith, 2001, Hartling, 2008), a jejich souvislost se zdravím. Přehled podává např. Torres (2011) na str. 38-9.

4.5.5 Komponenty vztahové resilience

Jordan (1990) uvažuje nad resilientními prvky jako nad produkty vztahové dynamiky, která má určité kvality. Vztahy s takovými kvalitami nazývá **růst podporující vztahy**. Matějček s Dytrychem tyto vztahy zahrnují do tzv. „záchytných míst“, kde je možno deprivaci dítěte alkoholika nejen zastavit, ale též ji „přimět k ústupu“ (Matějček, Dytrych, 1998, str. 100). Právě v jejich poli vznikají charakteristiky, jež byly původně předmětem ego-resilience.

Vztahový model resilience sestává z pěti hlavních rysů: 1) podporované zranitelnosti, 2) vzájemné empatické účasti 3) vztahové důvěry či jistoty, 4) vzájemného posílení, jež zahrnuje podporující oboustranný růst, a 5) vztahového povědomí, spolu s osobním uvědoměním. Jednotlivé klíčové rysy vztahové resilience dle RCT se vzájemně prolínají, nicméně lze definovat těchto pět klíčových komponent.

1. Podporovaná zranitelnost (supported vulnerability)

znamená přiznat si **zranitelnost** a ponechat si ji coby prvek, umožňující růst (Jordan, 1994). Podle RCT je **otevřenost k možnosti být druhým ovlivněn** (například partnerem ve vztahu) ústředním momentem pro rozvoj intimity a tzv. *růst podporující vztahy*. Bez podporované zranitelnosti lidé vytvářejí neautentické vazby (Jordan, 2004). Z této perspektivy je *komunikace potřeby podpory a/nebo přijetí* esenciálním faktorem pro rozvíjení

smyslu pro spojení s druhými. Myšlenka podporované zranitelnosti odporuje tradičnímu kulturně podmíněnému pohledu na zranitelnost coby slabost a soběstačnost coby žádoucí hodnotu. Podle Jordan není zranitelnost sama o sobě problémem, je to její „vyvlastnění“, které přináší obtíže (Jordan, 1994, str. 33). Jordan také říká: „odvaha je kapacita chovat se smysluplně a s integritou tváří v tvář přiznané zranitelnosti. Neexistuje opravdová odvaha tam, kde jsou zranitelnost a strach popřeny. Právě to je odvaha vzdát se tolik oslavované nezávislosti separátního self a kontroly, vstoupit do vztahu s druhým a nechat se vztahovou dynamikou formovat.“ (Jordan, 1990)

Operacionalizace: Jedinec ve vztahu projevuje zranitelnost. Projevuje *potřebu druhých*, projevuje otevřenost, projevuje ochotu nechat se ovlivnit, vyjadřuje autenticky vlastní pocity, přání a potřeby. Říká si o jejich uspokojení, říká si o *pomoc a podporu*. Vypovídá o *pocitu přirozenosti, autentičnosti* v momentech „spočívání“ ve vztahu. Pociťuje uvolnění. Reflektuje zranitelnost, otevřenost a sdílení intimity ze strany vztahového partnera. V této otevřenosti a zranitelnosti se cítí bezpečně.

2. Vzájemná empatická účast (mutual empathic involvement)

pro partnery ve vztahu znamená být oboustranně angažován, zavázán a naladěný na vztah jako takový a na interpersonální dynamiku, jež ovlivňuje oba vztahové partnery (Jordan, 2004b). Vzájemná empatická účast zahrnuje **empatickou citlivost k nevyřčeným potřebám** druhého ve vztahu. Ve vzájemnosti je opět přítomen jak moment *ovlivňování, tak bytí ovlivněn*. Partner se vztahuje ke druhému, a zároveň přijímá vliv druhého.

Vzájemná empatická účast je charakterizovaná *receptivitou*, aktivní iniciativou směrem ke druhému a rozšířením účasti, vlastního podílu a otevřenosti mezi vztahovými partnery (Jordan, 1986). Přesvědčení o blízkosti a empatii coby důležitých prvcích vztahového zdraví a úspěchu je podpořeno výzkumy, dávajícími do souvislosti tyto koncepty s vysokou sebeúctou, sebeaktualizací, spoluprací, nízkým interpersonálním distresem a prožíváním uspokojení ve vztazích (Jordan, 1991, 1994; Liang, Tracey, Taylor, 2006).

Operacionalizace: Jedinec *projevuje uvědomění si potřeb vztahového partnera*, empatizuje, reflektuje oboustrannou angažovanost, *vypovídá o sdílení pocitů s druhým*. Dívá se na téma očima druhého člověka, „rozumí“ tomu, co druhý prožívá, „představuje si“, co druhý prožívá. Dokáže *odhadnout jeho potřeby*. *Dává druhému možnost tyto potřeby projevit*. Vyslechne vztahového partnera a je mu k dispozici.

3. Vzájemná vztahová důvěra (jistota) (Relational confidence)

Přiznání a udržení si zranitelnosti coby růst podporujícího prvku je možné jedině tehdy, pokud je jedinec schopen říci si o podporu. Nicméně, aby si řekl o podporu, musí být jedinec vybaven jistou mírou *důvěry a jistoty ve vztahu*, včetně přesvědčení, že vztah neohrozí či neztratí, pokud jej využije, a že může *vztah ovlivnit*.

Sebepečení vzniká právě podle zkušeností v prostoru vztahu. Sebeúcta (Miller, 1991, nabízí přerámování *sebeúcty na pocit hodnoty*) se podle ní odvíjí od zpětných vazeb získávaných ve vztahu a od zážitku, že je vztahovým partnerem jedinec skutečně vnímán, viděn, slyšen, přijímán, a zkrátka, že *představuje v očích druhého hodnotu. Důvěra v sebe, svou cenu, kompetence a svou vlastní účinnost roste na základě vztahové důvěry* – navážu vztah, jsem schopen jej udržet, přispívám k růstu druhého, sleduji dopad svého jednání na druhého, apod. Tím vším se buduje pocit účinnosti.

Vztahová jistota zahrnuje *pocit, že mám čím přispět jak druhému, tak vztahu jako takovému*. Podle Jordan (Jordan, 1994, 1995) jistota ve vztahu záleží na vzájemné důvěře vztahových partnerů v empatickou odpověď a v zavázání se jeden druhému a vztahu jako celku (Jordan, 1994). Vztahová důvěra též spočívá na spolehnutí se, tedy na sdíleném záměru vytvořit vztah pro oba vztahové partnery kvalitní, s odhodláním k respektu a úctě k druhému.

Operacionalizace:

Projevená důvěra v empatickou odpověď partnera. Jedinec reflektuje pocit jistoty a přesvědčení, že vztah je pevný, snese autentický projev. Jedinec ve vztahu spočívá bez obav, vypovídá o pocitech uvolnění, pociťuje ztráty zábran, které by jej omezovaly v autentickém projevu. Je si ve vztahu *jistý. Jedinec projevuje víru, že vztah spoluovlivňuje*.

Reflektuje *vzájemný závazek, vzájemnou úctu a respekt*.

Ve výpovědi je patné spolehnutí se na sebe i partnera. Právě v prostoru vztahu vzniká sebeúcta (Hartling, 2008, Jordan, 2006, Miller, 1991) .

4. Vzájemné posílení (Mutual empowerment)

Vztahové posílení postihuje obousměrný dynamický proces, během něhož se oba partneři vyvíjejí směrem k větší efektivitě a kompetenci ve vztahu (Jordan, 2006, Jordan, Surrey, Kaplan, 1991). Tento koncept odráží tradiční pojetí *posílení, zkompetentnění*, např. podle Rappaport (1984), který definuje empowerment „...jako proces, kterým lidé, organizace a komunity získávají moc, resp. nadvládu (*mastery*) nad svými životy“ (str. 5). Vzájemné posílení je tedy *vztahovou aplikací Rappaportovy definice*. Jedinec ve vztahu získává *mastery* ve smyslu mistrovství v nakládání se vztahem a moci nad ním. Toto *mastery* je spravedlivé, ne vždy vyrovnané. Vzájemné posílení, spočívající na *mastery*, je možné v každém typu

vztahu, včetně těch, kde je distribuce moci nerovnoměrná (např. rodič-dítě, učitel-žák, vychovatel-chovanec, apod.). Pokud je přítomný prvek vzájemného posílení, vztah má růstový potenciál pro každého ze vztahových partnerů. Vzájemné posílení je koncept, jež v sobě obsahuje nejen výstup, ale též *procesuální stránku jevu*. Interní Locus of control je přerámován teoretiky vztahové resilience na vzájemné posílení (Hartling, 2008, str. 6).

Operacionalizace:

Jedinec reflektuje vztahový růst, jeho dynamiku, proměnu směrem k prohloubení, zpevnění a jistotě vazby. Jsou *přítomny výpovědi o sebevědomí* ve vytváření dalších vztahů, je *patrný prožitek síly, kompetence, rozšiřující se i do jiných oblastí prožívání a jednání*, patrný *nárůst aktivity, angažovanosti a tvořivosti*. *Výpovědi o růstu a změně, které byly iniciovány vztahem s těmito rysy.*

Jedinec též reflektuje pocit síly, moci a možnosti ovlivnit aktivně vztahy a dění v komunitě. Zapojuje se *aktivně do komunitního dění*, stává se distributorem této vztahové zkušenosti. Projevuje *kreativitu, chuť a energii*. Angažuje se v sociálních a environmentálních aktivitách a projektech, podílí se dobrovolnicky, nebo jakkoliv vytváří něco pro sebe a pro druhé. Podle *některých autorů je sociální angažovanost, spojení s druhými, nesilnější determinantou well-being*. Často jsou zmiňovány například výzkumy zdraví mužů a žen, kteří byli v manželství, měli blízké přátele a působili ve formálních a/nebo neformálních uskupeních. Tito měli nižší úmrtnost než ostatní bez sociálních spojení (Putnam, 2000 dle Hartling, 2008, str. 7).

5. Vztahové povědomí (Relational awareness)

Vztahové povědomí znamená *přítomnost a vývoj srozumitelnosti* vztahové dynamiky a *uvědomění si vlastního počínání* ve vztazích, včetně povědomí o *individuálních vzorcích a způsobech kontaktu a ukončení kontaktu*, a také způsobu přecházení z odloučení, resp. přerušování spojení do kontaktu s *druhým či komunitou*. Zahrnuje osobní uvědomění, povědomí o druhém a uvědomění si vlivu, který má jedinec na další lidi a naopak (Jordan, 1994). Jinými slovy, vztahové povědomí *se týká naladění se na sebe, druhého a vztahové – vzájemné*. *Vztahové povědomí je analogické k sebevědomí.*

Operacionalizace:

Jedinec projevuje *povědomí o sobě, uvědomění si druhého a vědomí recipročního vlivu* vztahových partnerů. Orientuje se v tom, kde se ve vztahu se vztahovým partnerem nachází, uvědomuje si kvality vztahu, jeho hloubku, míru intimity a hranice.

Součástí vztahového povědomí je též projevovaný respekt k těmto charakteristikám vztahu se vztahovým partnerem. Jedinec projevuje uvědomění si sebe a svých možností jako součásti celků, sociálních sítí, komunit ve smyslu posunu z na sebe zaměřené pozornosti na vědomí sebe jako součásti něčeho většího, přesahujícího.

4.6 Zdraví navzdory zátěži COA

S konceptem resilience úzce souvisí psychologie zdraví. Jaro Křivohlavý (2003) definuje psychologii zdraví jako speciální psychologickou vědní disciplínu. Ta se zabývá rolí psychologických faktorů, které účinkují při udržování dobrého zdravotního stavu, při prevenci onemocnění a při zvládnání emocí souvisejících s negativními zdravotními důsledky. Tento obor se zabývá teoriemi zdravého jednání a chování člověka. S tím souvisí získávání poznatků o tom, co naše zdraví posiluje, na druhé straně také o tom, co našemu zdraví škodí. Současnou představu o tom co je vlastně zdraví člověka, resp. kdy je člověk považován za zdravého definovala Světová zdravotnická organizace takto:

„Zdraví je stav úplné fyzické, mentální a sociální pohody v bytí jedince (well-being), a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo slabosti.“⁹ (Preamble WHO, 1948, vlastní překlad) V této definici je zastáváno zdraví ve smyslu well-being, tedy subjektivně vnímaná pohoda bytí jedince, kde se kloubí všechny její aspekty podle bio-psycho-socio-spirituálního modelu.

Jaro Křivohlavý také uvádí (2003, s. 40): „Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat **optimální kvality života** a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.“ Doplnuje, že slovo *zdraví* původně znamenalo *celek*. V dnešní době je opět tendence zdraví chápat holisticky. Zdravý člověk je ten, kdo je schopen dobře fungovat ve všech jemu příslušných sociálních rolích, pozitivně se vyrovnávat s životními úkoly, které se před ním naskytou, a jemuž je dobře: tělesně, duševně, duchovně i sociálně (Křivohlavý, 2003, str. 30). V životě člověku o něco jde, touží a směřuje k naplňování těchto tužeb, cílů, záměrů. Aby svých cílů dosáhl, potřebuje být zdravý. Zdraví je tedy chápáno „jako důležitý prostředek k dosažení cíle – i když tyto cíle mohou být velmi rozdílné“ (Křivohlavý, 2003, str. 29). **Kvalitou života rozumíme v této souvislosti spokojenost daného člověka s dosahováním cílů, určujících směřování jeho života.** Tu postihuje např. metoda SEIQoL (Křivohlavý, 2003, str. 40). Spokojenost má složku jak kognitivního hodnocení, emocionálního prožívání, tak je to subjektivní zdraví reflektující

⁹ „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ (Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.)

vlastní reálný zdravotní stav (Paulík, 2010). Je to „zážitkový fenomén, jež vychází z hodnocení aktuální i celkové životní situace jedince, je jednak průvodním jevem i výsledkem dosavadního adaptačního procesu na různé podmínky života jedince, zároveň jedním z jevů ovlivňujících další adaptaci.“ (Paulík, 2010, st. 129).

Dívat se prismaticem zdraví coby well-being na tematiku dětí z rodin alkoholiků je opodstatněné. Adaptivní fungování jedince, kompetence¹⁰ (Paulík, 2010) či pozitivní výstupy jsou vnímány jako klíčové indikátory resilience nejen u COA. Původně byla **kompetence** nahlížena prismaticem ne-moci, tedy coby **absence nemoci, patologie**, a v nedávné době bylo do kompetence zahrnuto mnohem více oblastí (Masten, 2007). Masten například sleduje kompetentní výkon, definovaný jako „blízko k průměru a lépe“ ve třech vývojově a věku odpovídajících výzvách. Jsou to **studijní úspěchy, chování a vrstevnické sociální kompetence**. Jiní používají např. SDQ dotazník silných a slabých stránek (Strengths and difficulties questionnaire), který se ukázal být validním testovým nástrojem, měřícím emocionální a sociální obtíže dětí a dospívajících. V mezinárodní akademické obci stále probíhá diskuse o *hodnocení subjektivním a objektivním*, co do míry rizika, tak i zdaru (Luthar, Cicchetti, Becker, 2007). Sesma a kolegové (2006) říkají, že indikátory prospívání by měly být posuzovány **jedincem subjektivně**. Objektivní indikátory úspěchu mohou být zavádějící, a když je jedinec nenaplnuje, může to být z různých důvodů. Např. u dospívajících může volba alternativních cest k úspěchu znamenat, že trénuje svou vlastní autonomii v procesu rozhodování. Nejde mu o objektivně ceněné milníky úspěchu, protože by např. kolidovaly s jeho vlastními well-being ukazateli. Kritériem by mělo být tedy operacionalizované jedinečné „to nejlepší“ jedince. Výzkumné studie tedy často volí kvalitu života jedince, aby posoudily jeho dobrou adaptaci navzory. U adolescentů obecně je dle Sesmy sedm ukazatelů: *školní úspěch, pomáhání druhým, cenění si rozmanitosti, projev vedení, překonávání nepřízně či překážek, udržení si zdraví a odkládání uspokojení*. Tyto indikátory reflektují vývojové úkoly dospívání, a alespoň dostatečně dosaženy jsou k nalezení napříč kulturami (Sesma et al., 2006).

Přesto, je vůbec možné *toto hodnocení paušalizovat pro obrovskou diverzitu systémů*, ve kterých jedinec žije? Například mezi potomky matek závislých na opioidech se psychiatrická porucha objevila v cca 65% (Luthar, Cicchetti, Becker, 2007, str. 8-9). Mohli bychom to interpretovat tak, že zbývajících 35% dětí je resilientních, zároveň jejich rodinné

¹⁰ Kompetence ve smyslu „schopnosti zvládat nároky,...a dosahovat.. výkonů i přes různé obtíže a rušení v sobě logicky zahrnuje i odolnost jako souhrnnou charakteristiku pro vyrovnávání se s působením vlivů..“ (Paulík, 2010, str. 114)

prostředí bylo relativně zdravější, výsledkem, řekněme, vysoké míry podpory ze strany širší rodiny. Nadměru dobře fungující matka v jedné rodině, či milující dědeček v jiné rodině těchto 35% zdatných dětí mohou působit jako nárazníky rizika. Nebo mohou působit růstově a dítě ne ochraňovat, ale posilovat a rozvíjet kompetence. Proto se čím dál více výzkumníků kloní k *systémovému pojetí resilience*, zakotveném primárně v rodině a vztazích (Cunningham, 2009; Luthar, Zelazo, 2003; Walsh, 2003), resp. ve všech systémech na mikro, mezzo a makro úrovni (Ungar, 2006). Sobotková (2001, str. 27) mluví o ekologickém přístupu, Šolcová (2009, str. 17) o kroskulturním.

Výzkumy zejména třetí vlny resilience přinesly důležité poznatky. *Úspěšnost* se může ve svých definicích *výrazně sociokulturně lišit*. Rozdíly v tom, co ta která kultura považuje za zdárnou adaptaci, resp. úspěšný a zdravý život bude mít jinou definici v komunitě afroameričanů, u indiánských kmenů Severní Ameriky, u romské komunity v Česku (Kumpfer, 1999; Rieger, Vyhnálková, 1996; Ungar, 2006). Pro většinu kultur nejen v židovsko-křesťanské tradici je kriminální chování, násilí či zneužívání návykových látek dospívajícího indikátorem neprospívání. Na druhou stranu, například dospívající, který je zdatný ve vedení jiných, či jinak jedinečným způsobem, nemusí být konkrétně v etniku či subkultuře, která cení upozadění se, skromnost a kolektivní harmonii hodnocen coby úspěšný (Sesma et al., 2006, str. 290)

Indikátory dobré adaptovanosti dítěte *na nepřízeň se mohou v čase a interindividuálně, napříč doménami měnit*. Dítě např. projevuje úspěch v akademické oblasti, zároveň však může selhávat jinde. Když zhodnocujeme adaptovanost, také musí být brán do úvahy specifický kontext dítěte, aktuální vývojová fáze i ta, ve které probíhaly expozice traumatu či chronicitě rodinné patologie. Metody měření a zhodnocení kompetentního fungování by měly úzce souviset s oblastí, které se rizikové faktory týkaly. Např. u dětí depresivních rodičů může být absence deprese považována za úspěch a odklad kompetentního fungování spíše, než akademické úspěchy, které nemusí být relevantní vzhledem ke studovaným rizikům (Luthar, 2006). U dětí, resp. *dospívajících, kde figuroval alkohol, za objektivní ukazatele úspěšné adaptace lze tedy považovat:*

- **absenci abúzu (škodlivé užívání, případně závislost na návykové látce),**
- **absenci sociálně patologického chování**
- **školní úspěch alespoň dostatečný (v rámci věkově odpovídající normy)**
- **angažovanost jedince ve vztahové síti, ve vrstevnických skupinách, v intimních vztazích, ve vztazích s dospělými autoritami.**

Zároveň, jak je patrné z předchozích výzkumů, nelze definovat zdar pouze jako absenci patologie, ale zároveň jako přítomnost pozitivních výstupů. Kumpfer (1999) proto navrhuje perspektivu kulturně senzitivního, změnám otevřeného přístupu k úspěchu, a to optiku subjektivní spokojenosti. *Jak respondent vnímá sám sebe, zdali úspěšně podle svých vlastních kritérií, či naopak.*

- **Subjektivně posouzená spokojenost v dosahování svých životních témat**

Podle Walkera a Lee (1998) se ve studiu COA výrazně liší přístupy k měření adaptovanosti. Např. tyto výzkumníci se shodují na dvou základních pilířích: posoudit méně závažné psychiatrické symptomy (zhodnoceny mohou být např. Goldbergovým GHQ, General Health questionnaire z roku 1972, nebo mnoha jinými modifikacemi GHQ či kvalitativními nástroji měření kvality života) a životní spokojenost (v případě Walkera a Lee vyhodnocována škálou Life 3 Scale Andrewse a Whiteye z roku 1976). Podobné nástroje používají Braithwaite a Devine (1993). Pro účely této práce byl vybrán dotazník, doporučený Křivohlavým, 2003 (podrobnosti v kapitole Metody výzkumu). Je senzitivní na jedinečnost kvality života konkrétního respondenta.

Dobře adaptovaní dospělí z rodin alkoholiků často **vyprávějí svůj příběh** ve smyslu narativity, podporující salutogenezi (Trapková, Chvála, 2004). Opakované trauma či jeho chronifikovaná podoba je konzervovaná v jazyce (Komárek, 2005, str. 74). Mnohonásobným přeuvyprávěním této zátěže se příběh traumatu a chronicity transformuje, otevírá se drobným změnám v jazyce vyprávění. Příběh se modifikuje. Vzniká alternativní příběh (White, Epston, 1990) a dochází k hojení.

Je mnoho způsobů jak vyprávět svůj příběh, zdaleka ne všechny jsou verbální. Dobře adaptované dospívající a dospělí z rodin se závislostí často potkáme jako osobnosti, zabývající se kreativní činností (malíři, spisovatelé) (Cunningham, 2009). Resilientní ACOA bývají nezřídka intenzivně studující (např. psychologii), nebo sociálně angažované a v kontaktu s druhými (např. pracovníci neziskových organizací). Walsh (2006, str. 15) zjistila, že 50% respondentů, sledovaných výzkumníkem Higginsem, byli psychoterapeuti. Tito lidé mohou být dobrými učiteli, psychoterapeuty a obecně odborníky v pomáhajících profesích. Jejich cílem je stát se partnerem svému životu, ne obětí minulosti (internalizovaný Locus of control). Porážejí naučenou bezmocnost: nezřídka jsou v pozici organizujících a rozhodujících autorit, to proto, že sami v dětství nic rozhodovat nemohli a neměli na dění v tomto období života vliv (Cyrulnick v překladu Samson, 2007). Navazují láskyplné vztahy (Werner, Smith, 2001) a stávají se dobrými rodiči nejen vlastním dětem, ale zejména sami sobě.

Empirická část

„Dobrý den,

už delší dobu uvažuji o tom, že Vám napíšu, ale pořád mi v tom bránil jakýsi stud. Až dnes jsem se konečně odhodlala, abych Vám napsala, jak moc Vám děkuji, protože jen díky Vám, tedy díky středisku pro práci s rodinami alkoholiků, dnes žiju jako normální člověk. Bylo mi asi devět let, když jsem poprvé jela na letní tábor od Apolináře k nějakému zámečku, kde byla protialkoholní léčebna pro ženy. Vedoucí tábora byla paní doktorka K. Na táboře jsem byla celkem třikrát a tato zkušenost mi doslova změnila život.

Naučila jsem se tady nebát se dospělých lidí, nebát se tmy, nebát se chyb a omylů, zjistila jsem, že u oběda může stát na čistém stole váza s květinami a ne popelník plný nedopalků a lahví od alkoholu. Zjistila jsem tady, že můžu mít svůj názor, že se mi také může něco nelíbit, že nemusím být bita pokaždé, když něco zkazím, ale také, a to je hlavní, že mám svou hodnotu, i to že mě mají lidé rádi a že i ve mě je něco, co stojí za obdiv a pochvalu. Začala jsem si sama sebe vážit.

Z těchto táborů jsem se vracela jako jiný člověk. A po svém návratu domů jsem začala vidět to, co je doma, jinýma očima. To, co mi celé roky přišlo normální, jsem najednou nechtěla. Odmítala jsem to. A stálo to za to. Požádala jsem svojí maminku, abychom jedli u uklizeného stolu. Otcovo pití a agresivitu jsem začala vnímat jako něco špatného, co pramení z něj, a ne jako reakci na mé "zlobení." Zjistila jsem, že mít ho nerad, není nic zavrženého, že můžu nemilovat vlastního otce, když je to špatný člověk.

Moje maminka se s ním nakonec rozvedla, a to i díky tomu, že my děti jsme ji prosily, že raději budeme žít jen s ní, než se trápit v ucelené rodině.

K naší smůle, mé a bratra, maminka si našla jiného muže, rovněž agresivního alkoholika a s ním začala pít také ona. A s tím už se nedalo dělat vůbec nic. Odmítala se léčit, nechtěla žít jiný život, než život v alkoholovém opojení. Toto pondělí se upila k smrti, bylo jí XX¹¹ let. Alkoholismus mých rodičů mi sedmačtyřicet let intenzivně ničil můj život. Ale díky Apolináři mi ho nezničil úplně. Díky Apolináři a jeho terapii jsem měla v sobě vždy dost sil a sebevědomí načerpaného během těch devíti letních táborových týdnů k tomu, abych životní překážky dokázala zvládnout bez alkoholové berličky. Ale hlavně jsem se tam naučila nebýt pouhou obětí svých rodičů, naučila jsem se, že nemusím kopírovat dané vzory, ale že si mohu vybrat (a já jsem si vybrala doktorku K.), kým chci být, co chci být a jak toho chci dosáhnout.

A tak mi prosím dovolte poděkovat všem těm, kteří mi tenkrát tolik pomohli, ale i těm, kteří dnes pomáhají jiným dětem, aby se mohly vymanit ze závislosti svých rodičů a závislosti na svých rodičích. Děláte úžasnou práci a já před Vámi všemi hluboce smekám.“

Dopis bývalé klientky dětské terapeutické skupiny

¹¹ Dopis byl upraven pouze tak, aby informace nevedly k identifikaci pisatele.

5 Kvalitativní výzkumná strategie

Pro účely mého výzkumu volím kvalitativní výzkumnou strategii z několika důvodů: Mnou zkoumané téma je vysoce komplexní. Zároveň jde i specifickou cílovou skupinu, která není snadno dosažitelná. Kvalitativní výzkumná strategie je optimální pro méně početný výzkumný vzorek, který reprezentují dospívající COA klienti dvou organizací, věnujících se psychologické péči o rodiny závislých. Podle Šolcové (2009) se kvalitativní metodologie při výzkumu resilience osvědčila jako mimořádně vhodná, protože umožňuje objevit dosud nepojmenované procesy či stavy, lze jí dobře postihnout kontextovou specifičnost tématu, neupořádá menšinová zjištění, lze pořídit bohatý popis příběhů jednotlivců a srovnávat je v rámci různých kontextů (Šolcová, 2009, str. 24).

Hlavní charakteristiky kvalitativního výzkumu spočívají v jeho snaze o vysvětlení psychosociálních jevů tím, že pomáhá porozumět světu, ve kterém žijeme. Hledá vysvětlení toho, proč se některé věci dějí určitými způsoby, pokouší se porozumět lidem v sociálních situacích. Dle Dismana je kvalitativní výzkum „interpretací sociální reality.“ (Disman, 2003, s. 285). Kvalitativní výzkum se snaží o pojetí co nejširšího spektra informací na omezeném počtu jedinců. Z tohoto důvodu, a také kvůli jeho nízké standardizaci lze výsledky výzkumu považovat za validní, ovšem nikoliv za velmi reliabilní, zobecnění na celou populaci není v tomto typu výzkumu možné. Výhodou kvalitativního výzkumu je, že umožňuje respondentovi spolupodílet se na podobě výzkumu, modifikovat otázky, které jsou mu pokládány. Kvalitativní výzkum nenutí respondenta odpovídat v pevném rámci, snaží se naopak zachytit jeho svebytný pohled (Disman, 1993). **Tato výzkumná strategie odpovídá záměru mé výzkumné otázky, kdy budu zjišťovat přítomnost prvků vztahové resilience u dospívajících z rodin alkoholiků. Ti jsou zároveň klienty terapeutického programu.** Je důležité, aby „získávání dat bylo provedeno v podmínkách, maximalizujících jejich výpovědní sílu.“ (Miovský, 2006, str. 266)

Prostřednictvím kvalitativní výzkumné strategie se zaměřím na hloubku získávaných informací a vztahy mezi nimi. Podle Miovského je požadavek na data získávaná kvalitativními metodami tento:

Data mají být **bohatá** (podrobnost a úplnost), jejich popis je **hustý** (informuje nejen o faktech, ale též o kontextech, pohnutkách a individuálních významech). Data mají být též **silná** (data mají být sbírána, resp. tvořena v určitém časovém průběhu, tedy např. při sérii interview). Zároveň se jedná o data „z první ruky“, data **primární**. A konečně, **saturne**, při

kteře shromažďujeme údaje o zkoumaném fenoménu tak dlouho, dokud tyto nové údaje přinářejí nové pohledy, rozširují interpretační bázi, doplňují již vytvořenou konstrukci. V průběhu výzkumu obvykle **neprovádíme restrikti dat** z hlediska rozsahu. Naopak snahou výzkumníka je zachytit co **nejširší možné vyjádření** individuálních významů a zachycení kontextu (Miovský, 2006, str. 266-267).

5.1 Validita a reliabilita v kvalitativním výzkumu

Způsobem pro zvýšení kvality výzkumu je **triangulace dat**. V kvantitativním výzkumu se tento pojem používal jako metafora pro vzájemnou validizaci výsledků, získaných několika měřícími metodami. Později se tímto názvem začaly označovat i postupy pro obohacení a doplnění výsledků (Hendl 2005). Pro posílnění validity získaných dat v tomto kvalitativním výzkumu použijeme **triangulaci datovou**, kterou Miovský charakterizuje jako použití různých datových zdrojů. V rámci tohoto postupu doporučuje zkoumat jev v různých časových momentech, na různých místech a u různých osob. V obou případech se vychází z cíleného a systematického výběru osob nebo skupin, okolností a časových okamžiků. Pro případ této práce byla zvolena **triangulace prostřednictvím výběru různých osob**.

Jako **triangulaci výzkumníků** označuje Miovský (2006, str. 264) nasazení více tazatelů a pozorovatelů, aby se zamezilo zkreslení způsobenému chybou lidského faktoru při získávání dat. Miovský varuje před střetem zájmů – role terapeuta, zároveň provádějícího výzkum (Miovský, 2006, str. 279). V této práci zajišťoval sběr dat tým tří pracovníků, resp. autora práce a dvou externích spolupracovníků organizací, v nichž sběr dat probíhal.

Dále Miovský uvádí **metodologickou triangulaci**, o které uvažuje jak uvnitř metody, tak mezi jednotlivými metodami. Pro záměry této práce byla zvolena kombinace několika kvalitativních metod a jedné kvantitativní.

5.2 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je sledovat výskyt prvků vztahové resilience v životních příbězích deseti respondentů, dospívajících z rodin alkoholiků. Popíšu, jak se prvky vztahové resilience uplatňovaly, jaké prvky v životě respondentů zastoupeny byly a jaké nikoliv. Přítomnost vztahově resilientních prvků porovnam s prožívanou kvalitou života respondenta. Předpokládám, že ti respondenti, u kterých bude výskyt prvků vztahové resilience budou subjektivně vnímat vyšší kvalitu svého života, než ti respondenti, u kterých bude zastoupení vztahově resilientních prvků menší. Předpokládám na základě zkušeností i dosavadních výsledků výzkumů, že respondenti budou zmiňovat důležitost vztahů ve svém životě a budou v této oblasti prožívat uspokojení. Též se v dílčí výzkumné otázce zaměřím na nejčastějšího

vztahového partnera v procesu vztahové resilience a na případné genderové rozdíly v zastoupení jednotlivých prvků.

Protože klíčovou složkou resilience je kvalita vazby a její potenciál (rozvojový, růstový, ochranný, nárazníkový), rozhodla jsem se v empirické části zkoumat resilienci dětí z rodin alkoholiků právě optikou této teorie. Druhým důvodem je, že nejvíce exponovanou a zraňovanou kvalitou v životech dětí alkoholiků jsou právě **vztahy**. Ať již vztah k sobě sama (sebevědomí, **sebeúcta**, sebehodnota – sebepojetí jako celek), k mateřské osobě (attachment), k významným druhým (significant others), k vrstevnickým skupinám a k dospělým autoritám, stejně jako vztah ke světu, k vlastnímu pohlaví a k životní perspektivě. Třetím důvodem je, že děti alkoholiků, se kterými jsem se za osm let své praxe setkala, **prospívaly v různých směrech různě. Většinou však v širší normě**. Až na oblast vztahů. Tam se jim nedařilo, byly odmítány, či samy odmítaly. Ačkoliv po vztazích toužily, neuměly je získat a udržet. Zde připomínám Woititzové (1998) charakteristiky ACOA. Většina z těchto charakteristik se týká bytí ve vztahu se sebou či druhým. Výzkumy, uvedené v předchozích kapitolách toto dokumentují. V klinické praxi s těmito dětmi jsem opakovaně pozorovala nárůst sebeúcty, sebevědomí a vnímané osobní účinnosti. V horizontu několika let se mnohé děti zjevně posílily, dalo by se říci, vztahově i osobnostně zhojily. Ačkoliv se kulisy jejich mikrosvěta většinou nezměnily k lepšímu, ony samy nebyly výrazně inteligentnější či nezměnily svůj temperament, přesto bylo na nich zjevných oněch „pět dobrých věcí“ podle Miller (1991). Velice mne tedy zajímalo, zdali tyto děti disponují vztahovou resiliencí. Zda změna může souviset s výrazným nárůstem kvality vztahů a vztahových kompetencí, které si osvojily. Jak hezky říká Hartling (2008, str. 4): „...jelikož jsme souhlasili s tím, že neexistují nezranitelné děti a resilience není čistě „něco“, s čím se jedinec rodí a buď „to“ tedy má, nebo nemá, bylo by smysluplné studovat ty optimální vztahové praktiky a kulturní kontexty, které povznášejí a umožňují formovat resilienci u dětí s různými osobnostními profily a rozdílnými temperamenty. Získané poznatky pak mohou být v praxi přenášeny do práce na podporu vztahu rodič-dítě s cílem posílit *resilienci rodiče a dítěte*.“

5.3 Výzkumné otázky

Nejprve znovu připomenu, jak vymezujeme vztahovou resilienci:

Vztahová resilience označuje **vztahy** jako funkční jednotku pro uchopení fenoménu odolnosti. Podle tohoto modelu resilience jedinci „rostou a zrají přes spojení s druhými, a směrem ke spojení; touha po růst podporujícím vztahu je klíčovou motivací v životě člověka (Jordan, 1990, str. 85). Je to „kapacita odrazit se od, a zároveň do *růst podporujících vztahů*“

(Jordan, 2006). Je to „*posun jedince do vzájemně posilujících, růst podporujících vztahů tváří v tvář nepříznivým podmínkám, traumatickým zkušenostem a odcizujícím sociokulturním tlakům; schopnost spojit se, znovu spojit a/nebo odolat rozpojení vztahů. Posun směrem k empatické vzájemnosti je jádrem vztahové resilience.*“ (Hartling, 2008; Jordan, 1992)

Rysy vztahové odolnosti jsou: **podporovaná zranitelnost, vzájemná empatická účast, vztahová důvěra, posílení a vztahové povědomí** (Jordan, 1991, str. 32).

K této hlavní definici přidám ještě koncept *adaptivního distancování* se od zdroje vztahového traumatu, avšak při zachování schopnosti vytvářet a udržet vřelé vztahy (Wolin, Wolin, 1993). V termínu Miller (1991) je to *vztahové odloučení*, které se prakticky významově překrývá s termínem Wolinových. Pro přijatelnější výraz tohoto jevu v češtině jsem se rozhodla používat termínu Wolinových.

Hlavní výzkumnou otázkou je: Jaký je výskyt prvků vztahové resilience u dospívajících z rodin alkoholiků, docházejících do terapeutického programu?

Dílčí výzkumné otázky:

1. Jaký je výskyt prvku vztahové resilience, tzv. **vzájemné vztahové důvěry** ve výpovědích COA respondentů?
2. Jaký je výskyt prvku vztahové resilience, tzv. **podporované zranitelnosti** ve výpovědích COA respondentů?
3. Jaký je výskyt prvku vztahové resilience, tzv. **vzájemné empatické účasti** ve výpovědích COA respondentů?
4. Jaký je výskyt prvku vztahové resilience, tzv. **vztahového povědomí** ve výpovědích COA respondentů?
5. Jaký je výskyt prvku vztahové resilience, tzv. **vzájemného posílení** ve výpovědích COA respondentů?
6. Jaký je výskyt prvku vztahové resilience, tzv. **adaptivního distancování** ve výpovědích COA respondentů?
7. Promítají se zachycené prvky vztahové resilience, resp. růst podporujících vztahů do respondenty **vnímané kvality života**, zjišťované dotazníkem SEIQoL?
8. **Která osoba** je respondenty nejčastěji zmiňována v souvislosti s prvky vztahové resilience?
9. **Liší se** zastoupení faktorů vztahové resilience respondentů **genderově**?

5.4 Metody sběru dat

Ke sledování prvků vztahové resilience jsem vybrala zejména kvalitativní metody. Hlavní osou byla metoda **polostrukurovaného rozhovoru s rozborem životního příběhu**, dále metoda **Práce s časovou osou** (Trapková, Chvála, 2004) a **Práce s rodinnou mapou (genogramem) respondenta** (Trapková, Chvála, 2004). Abych zhodnotila, zda jsou respondenti adaptovaní navzdory zátěžovému dospívání v prostředí rodiny se závislostí a jak subjektivně vnímají důležitost vztahů ve svém životě, vybrala jsem jako kritérium prožívanou kvalitu života respondentů. Ke zjištění těchto dat jsem zařadila **SEIQoL Test Kvality života individualizovaný** dle Křivohlavého (Křivohlavý, 2003, str. 243).

Aplikace metod probíhala v tomto pořadí:

Obsahová analýza dokumentů pro zajištění triangulace zdrojů dat: *Záznamů z ambulantní i stacionární části péče o dětské a dospívající klienty v systému Unidata za účelem vytipování respondentů a sběru sociodemografických charakteristik potenciálních respondentů. Zdravotnické dokumentace, tzv. Výkazů klienta, dříve chorobopisů - za účelem sběru sociodemografických charakteristik a potvrzení předvýběru účastníků výzkumu. Dále proběhla **analýza dokumentace** zejména z polostrukurovaného, dokumentovaného interview „První kontakt“, kde jsou přítomni rodiče a dítě. Jedná se o vstupní vyšetření příchozích klientů s následným zařazením do konkrétního terapeutického programu (rodinná, individuální, skupinová psychoterapie). Během prvního kontaktu byl použit *dotazník CAST* (Vyplnění CAST dotazníku pro zhodnocení vlivu závislosti pečující osoby na dítě pro ověření, zda dítě naplňuje kritéria COA.).*

Tato data dala podklady jak pro konečné zařazení klientů do výzkumu, tak přinesla *primární data pro následnou práci s rodinnou mapou a časovou osou respondenta*, resp. rozhovor na pozadí těchto dvou technik.

Rozhovory + Práce s rodinnou mapou (genogramem) a práce s Časovou osou respondenta za účelem zmapování životního příběhu jedince a sběru dat, týkajících se širšího kontextu k tématu vztahové resilience. Tyto metody přinesly informace o psychosociálním vývoji každého respondenta na pozadí životních událostí respondenta a respondentovy rodiny a rodu. Získali jsme přehled rizikových a **protektivních faktorů**. Také jsme doplnili další podrobnější sociodemografické charakteristiky respondenta a rodiny, rodinnou a individuální anamnézu.

Během těchto interview nad časovou osou již byli respondenti dotazováni na interpersonální vztahy, a zvláště na ty, které byly oboustranně podporující a nápomocné, tedy

mohly by nést rysy *růst podporujících vztahů*. Kolo semistrukturovaných rozhovorů probíhalo poté, co byly ukončeny rozhovory nad časovou osou všech respondentů, ne však s odstupem větším než dva týdny od prvního interview.

Detailněji k polostrukturovanému narativnímu interview s COA respondenty

Cílem semistrukturovaného interview bylo co nejpodrobněji zmapovat interpersonální vztahy se zaměřením na svědectví o vztahově resilientních prvcích v životě respondenta. Abychom se dostali co nejlíže osobní zkušenosti respondentů, otevřené otázky byly vytvořeny tak, aby umožnily respondentům popsat a definovat dotazované fenomény jejich vlastními slovy a konceptualizacemi. Konečná verze semistrukturovaného interview obsahovala témata:

Vývoje a současné kvality v interpersonálních vztazích obecně, v respondentově rodině, ve vrstevnických skupinách, s dospělými autoritami v kontextu resilience (tzv. Podněty pro interview, zaměřené na vztahy respondentů, jsou ke shlédnutí v **Chyba! Nenalezen zdroj odkazů**. Příloha 1).

Účastníci byli dotazováni na témata, týkající se podpůrných a pomáhajících vztahů v jejich životě napříč všemi doménami, **zmiňovanými již v práci a interview nad časovou osou** (Miovský, 2006, s. 167), **genogramem** (Trapková, Chvála, 2004; Tothová, 2011).

Tyto otázky poskytly mnoho bohatého materiálu. Miovský (2006, str. 141) poukazuje na fakt, že vyprávění osobních zkušeností bohatá na detaily by měla být prvotním sběrným cílem výzkumu s metodou kvalitativní analýzy dat.

Detailněji k ostatním metodám:

Dotazník CAST

Dotazník CAST (Children of Alcoholics Screening test, vlastní překlad¹²) je screeningový dotazník používaný pro účely zachycení dětí alkoholiků a dopadu rodičovského pití (McNamee, 1994, str. 170-171). Dotazník je k získání v originální jazykové verzi od The Center on Addiction and the Family (ke shlédnutí v Příloha). Je to nejčastěji používaný nástroj pro tyto účely (McNamee, 1994). Dotazník má třicet položek a dítě či dospívající jej vyplňuje sám. Dotazník zjišťuje postoje, pocity a zkušenosti, související s rodičovským abúzem. Mnoho výzkumů jej používá, např. výzkumy Burnett, Jones a Bliwise (2006) se zabývaly prvky odolnosti, a použily Children of Alcoholics Screening test. Reliabilita a validita CAST byla studovaná u adolescentů a jiné výběrové populace. Vysoké CAST skóre významně souvisí s nízkou kohezí rodiny, vysokou mírou rodinného konfliktu a celkovou

¹² Handout: Children of Alcoholics Screening Test (CAST). The Center on Addiction and the Family [online]. [cit. 2013-03-28]. Dostupné z: <http://www.ncsacw.samhsa.gov/files/TrainingPackage/MOD6/CAST.pdf>

nízkou mírou rodinné podpory. CAST také pozitivně koreluje s výsledky testu Life Situation Check, což svědčí o výsledcích CASTu a souvislosti se stresory, vztahujícími se k alkoholismu v rodině (McNamee, 1994). Jeho zkrácená forma se ukázala být dobrým nástrojem i pro klinickou praxi.

Rodinná mapa – genogram

Mapu rodin najdeme v mnoha podobách u mnohých autorů. Jedná se o vizuální ztvárnění respondentova rodinného systému dvou a více generací. Na pozadí této techniky, kdy společně s respondentem tazatel vytváří grafickou mapu rodiny, vyplouvá na povrch mnoho podstatných asociací a prokresluje se příběh jedince v rodových a rodinných souvislostech. Dozvídáme se tak např. jakou má jedinec představu o odolnosti rodiny a sebe v jejím kontextu, jaká je kvalita vztahů v rodině a rodu, jaká je vnímaná sociální opora, jsou li v širší i užší rodině přítomny růst podporující vztahy, a jiné vztahově resilientní souvislosti. Na rovině pevných dat se dovídáme např. o abúzu v širší rovině a předchozích generacích, a jedincových fantaziích ohledně toho. Pro účely této práce jsem vycházela z vědomostí, získaných během krátkého výcviku (workshopu) Práce s časovou osou, který jsem absolvovala, stejně jako z bohatých znalostí a zkušeností, získaných ve výcviku Rodinné terapie psychosomatických poruch, vedených PhDr. Trapkovou Chválovou a MUDr. Chválou. Teoretickou bázi jsem čerpala též z literatury těchto autorů (Trapková, Chvála, 2004, str. 163-197) a např. práce s rodinnou mapou tak, jak ji uvádí Tothová (2011, str. 56-59). Vysvětlivky k symbolům, použitým v kasuistikách, resp. rodinných mapách respondentů, naleznete v Příloha).

Časová osa

Chvála s Trapkovou (Trapková, Chvála, 2004, str. 207-208) hojně používají časovou osu při práci jak s jednotlivci, tak s rodinami. Jedná se o způsob tvorby dat o průběhu života jedince v kontextu rodiny, se zaměřením na časové souvislosti symptomů a různých událostí v rodině a v jedincově mezzosystému. Důležitý prvkem práce tazatele s respondentem na tvorbě časové osy je interakční proces mezi nimi. Respondent si vytváří představu o jedinci v mikrosvětě rodiny, osvojuje si jazyk respondenta a zachycuje subtilní i implicitní vyjádření, týkající se vztahové resilience, např. také podle toho, jakým způsobem o své historii a dílčích událostech mluví. Jazyk přináší svědectví a jak říká Chvála s Trapkovou: „...O smyslu (nemoci, resp. v našem případě nepřízní a růstu ve vztazích) v osobním příběhu rozhoduje právě a jen ten, jehož mysl jej vytvořila.“ (Trapková, Chvála, 2004, str. 49).

Tazatel spolu respondentem vytváření osu respondentova života, a pomocí bodů-důležitých životních uzlů či procesů se dostávají k tématům vztahů, růst podporujících vztahů a vztahové odolnosti. Tazatel spolu s respondentem následně vytvářejí výslednou křivku resilience, která se zanáší do časové osy. Stoupání znamená růst vnímané resilience respondentem, klesání naopak znamená oslabení resilience. Pojem resilience je jedinci vysvětlen před, a poté znovu v průběhu práce s daty. Bereme však na vědomí jeho subjektivní vnímání tohoto fenoménu. Probíhá dotazování po zmíněných událostech zanesených do životního příběhu – životní křivky, resp. časové osy (Trapková, Chvála, 2004, str. 48-50). Chrz (2003 in Miovský, 2006, str. 191) metodu časové křivky kombinuje s následným narativním interview.

Dotazník SEIQoL s rozhovorem

Rybářová, Mareš a kolektiv (2006, str. 189) uvádí příklady jeho úspěšného využití v České republice i jiných státech. Jeho užití u dospívajících a mladých dospělých je podrobněji popsáno ve Sborníku Kvalita života u dětí a dospívajících (Mareš a kol., 2008, str. 85), obecně pak více u Křivohlavého (2002, str.168). Popis práce s dotazníkem je k nalezení v Křivohlavém (2003, str. 246-7). Osoba v tomto dotazníku uvádí dva pohledy na subjektivně vnímanou a hodnocenou kvalitu života. Jedním je vizuální analogová škála (Křivka celkové spokojenosti). Tam respondent vyznačuje na úsečce souhrnné hodnocení kvality svého života. Je to tedy vizuální, grafické značení. Druhým pohledem je numerické zhodnocení a vzniká výpočet dílčích oblastí kvality jedincova života. Křivohlavý je uvádí výrokem „oč vám v životě jde?“ a vyzývá jedince, aby vystihl pět svých životních témat či cílů, něco, co jej žene, o co se snaží, které on sám považuje v dané situaci za nejdůležitější (Křivohlavý, 2003, str. 246). Mareš (2006) konstatuje, že uvedené škály spolu korelují jen mírně (0,44). První škála je holisticky pojatá, druhá je pojatá analyticky, komplikovaná navíc váhami, které jedinec dává jednotlivým tématům. Mareš, Rybářová, Ježek na zkoumaném vzorku mediků uvádí medián první škály 80 ze sta možných, druhé medián 71. Konstatují, že to jsou hodnoty vysoké a pravděpodobně reflektují pocit úspěchu čerstvých studentů. Na prvních místech co do četnosti nachází u této skupiny rodinu a vztahy (Rybářová, Mareš, Ježek, 2006, str. 196).

Kvalita života dané osoby tedy závisí na jejím vlastním systému hodnot, který je při měření kvality života diagnostikován a plně respektován. K tomuto dotazníku je třeba vést s respondentem hlubší rozhovor s cílem rozebrat názory a přesvědčení jedince (Křivohlavý, 2003, str. 247).

Tato metoda je koncipována jako idiografická, koherentní a quasiracionální, aby se dalo porozumět jedinečnému pohledu na život a spokojenost s jeho naplňováním u různých

respondentů. Každý vyplněný formulář je unikátní, neboť neexistuje žádné vnější kritérium, tzv. „zlatý standard“, ke kterému by bylo možno výsledky vztáhnout. Vůči této metodě tedy není vhodné uplatňovat tradiční psychometrická kritéria (Mareš a kol., 2006, str. 190).

Všechna vytvořená data jsem následně zakomponovala do případové studie (Miovský, 2006, str. 93)

Pro *analýzu dat* z rozhovorů byla zvolena obsahová analýza. Při analýze dat jsem vycházela z postupu otevřeného kódování definovaných Strauss a Corbin (1999), přehledně ji uvádí též Miovský (2006). Vzhledem k rozsahu zpracovávaného materiálu bylo možné využít i některé kvantifikační postupy, a sice deskriptivní statistiku k ozřejmení četnosti výskytu, případně průměrů u některých položek.

5.5 Etika výzkumu

Pro účely tohoto výzkumu jsem oslovila nejprve rodiče a zákonné zástupce nezletilých klientů, poté dospívající samotné. Paralelně s tímto jsem oslovila ke spolupráci klienty, kteří jsou již plnoletí a souhlas zákonných zástupců není vyžadován. Podmínkou ke spolupráci byl informovaný souhlas jak zákonného zástupce nezletilého respondenta, tak respondenta samotného (Miovský, 2006, str. 280- 285).

Dopis s oslovením ke spolupráci, resp. informovaný souhlas je k nahlédnutí v příloze této práce Příloha . Klienti, resp. jejich zákonný zástupce podepsal informovaný souhlas. Všichni dětští, stejně jako dospělí klienti – rodiče těchto dětí též v organizaci, se kterou spolupracují na terapeutické péči podepsali terapeutický kontrakt a souhlas se sběrem svých údajů. Tyto interní materiály organizace, formuláře a kontrakty, je možno nahlédnout v místě organizace¹³.

Spisy klientů, tzv. Výkazy klienta, dostupné výhradně pracovníkům organizací, jsou uskladněny v uzamykatelné kartotéce pracoviště Anima-terapie, o.s. a pracoviště Střediska pro mládež a rodinnou terapii při Vinohradské Fakultní nemocnici, Praha. Všichni spolupracovníci, včetně autora této práce, se řídí závazkem mlčenlivosti, který uzavřeli spolu s uzavřením pracovní smlouvy či jiné formy pracovní spolupráce v prvně jmenované organizaci.

Rozhovory, nahrávány za účelem následného opakovaného poslechu, zapsání sledovaných kategorií a zpracování obsahovou analýzou, byly následně vymazány.

Podotýkám, že pro účely sběru dat byla jména respondentů, jimi zmiňovaných osob, a všechna další data, která by mohla vést k přímé identifikaci respondentů, změněna.

¹³ Anima.terapie, o.s., Apolinářská 4a, Praha 2.

5.6 Výběr a popis vzorku

Výzkum probíhal na půdě dvou již zmíněných organizací, věnujících se psychoterapeutické péči o rodiny závislých.

Jednotkou zjišťování pro účely zodpovězení výzkumných otázek bylo deset klientů **účastnících se terapeutického programu** pro dospívající z rodin závislých, zastřešeného dvěma organizacemi v době od ledna 2006 do června 2013. Pro zařazení respondentů do výzkumu a zmapování profilu jsem použila **dotazník CAST pro děti z rodin alkoholiků**. Dotazník použily mnohé, v této práci zmiňované studie, za všechny zmiňme např. Braithwaite a Devine (1993) ve studii životní spokojenosti a přizpůsobení u COA (Life satisfaction and adjustment of children of alcoholics). Kritériem bylo skóre v dotazníku 6 a více bodů, svědčící pro pravděpodobnou závislost rodiče na alkoholu (vizte níže).

Všichni mnou oslovení respondenti také dobrovolně souhlasili se sběrem dat v době svého osobního volna, a jejichž zákonní zástupce souhlasili se sběrem dat a zpracováním údajů získaných během terapeutické spolupráce. Průměrný věk respondentů byl 16,5 let; nejmladšímu bylo 14,5, resp. 15 nejstaršímu 18 let. Z deseti respondentů bylo pět chlapců a pět dívek. Detaily deskriptivní statistiky vizte níže v kapitole Tabulka 1 Sociodemografické charakteristiky respondentů, přehled rizikových faktorů chlapců, spojených s abúzem rodiče a Tabulka 2 Sociodemografické charakteristiky respondentů, přehled rizikových faktorů dívek, spojených s abúzem rodiče.

Z důvodu velikosti vzorku výsledky tohoto výzkumu nelze zobecnit na celou populaci dětí z rodin alkoholiků (COA), stejně tak na populaci dětských klientů z těchto rodin, absolvujících terapeutickou péči skupinového charakteru; lze je vztáhnout jen na zde spolupracující dětské klienty v době od ledna 2006 do června 2013.

Základní rysy terapeutického programu

Terapeutický program Závislí na závislých má dlouholetou tradici, založenou již v 60. letech 20. století docentem Skálou, nestorem české psychoterapie a adiktologie (Švecová, Kabilka, 2010).

Projekt se zaměřuje na péči dětem a dospívajícím zejména z rodin, kde figuruje závislost.

Záměrem projektu je poskytnout dětem z náročného a zátěžového prostředí alkoholické rodiny opakovanou zkušenost se zdravými vzorci chování, prožívání a řešení nejen obtížných, ale též naprosto běžných mezilidských situací. Cílem projektu je podpořit zdravý vztah dítěte k sobě sama, destigmatizovat její, aby se nevnímalo jako oběť. Dítě si

přirozeně nápodobou a korektivním učením, pod vedením terapeutického mužsko-ženského páru, osvojuje dovednosti navazování kvalitních a naplňujících vztahů, jak vrstevnických, tak s dospělými autoritami. Cestou je podpora sebevědomí dítěte, pocitu jeho vlastní hodnoty a možnosti ovlivňovat dění a život kolem sebe pomocí široké škály dovedností, komunikace a zvládnání různých situací. Skupinu vždy vede dlouhodobě jeden terapeutický, mužsko ženský pár. Průměrný počet účastníků na jednom ambulantním setkání je 6-8 osob, stejně jako ve stacionárních částech projektu vyjma velkých pobytů. Koncept terapeutické, resp. psychagogické práce s touto klientelou najdeme blíže u autorů Švecová a Kabilka (2010).

Obtížnou rodinnou situací z pohledu dítěte rozumíme nejen závislost členů rodiny, ale také domácí násilí, zanedbávání a zneužívání dítěte, vleklé a traumatizující rozvodové situace rodičů, dlouhodobé konflikty členů rodiny, problémy s vrstevníky a sociální patologie dětí, zdravotní obtíže dítěte. Projekt je zaměřen komplexně na sanaci rodiny, v rámci něj je jak skupinová terapie pro děti (7-14 let), tak pro dospívající a mladé dospělé (15-21 let). Zároveň je k dispozici poradenská práce s rodinou, rodinná terapie a individuální terapie dítěte.

V programu může být dítě podle potřeby, záměrem je dlouhodobá, letitá spolupráce. V programu jsou nejen děti z rodin závislých, ale též děti s jinými profily a děti z rodin relativně zdravých tak, aby nedocházelo k exkluzi a stigmatizaci dítěte alkoholika, a pro podporu integrace, vzájemného učení a obohacování se různorodostí. Program sestává z ambulantní části (2 hodiny jednou týdně po školní rok) a stacionární části: každý měsíc má dětská skupina 3denní pobyt v terénu s nároky na samostatnost jedince a skupiny. Dospívající mají pobyt cca 2-3krát v roce. A dvakrát ročně pobyt až do dvou týdnů délky pro každou skupinu. Terapeutický program je zdarma, pobyty s příspěvkem, které lze odpustit. Hrazení programu tedy není limitujícím faktorem příjmu jedinců do programu.

Sociodemografická data:

Alkoholismus rodiče:

Všichni respondenti měli alespoň jednoho rodiče, **který alespoň pět let trpěl abúzem alkoholu v přítomnosti dítěte**. Tři respondenti měli oba rodiče, kteří trpěli škodlivým užíváním. U devíti z deseti respondentů byl abúzus rodiče aktuální v tom smyslu, že se v posledním půl roce objevil relaps či recidiva u závislého rodiče, či rodiče aktuálně problémově alkohol užívá a nedochází do léčebného programu. V pěti případech byl alkoholickým rodičem pouze otec, ve dvou případech pouze matka, ve třech oba rodiče. Ve všech rodinách respondentů najdeme v generaci prarodičů přítomnost abúzu, většinou alkoholového.

CAST dotazník:

Podle McNamee (1994) celková suma může být 30 bodů. Vyhodnocení se řídí tímto: 0-1 bod indikuje, že dítě nepochází z rodiny alkoholika. 2-5 bodů indikují prostředí typické pro škodlivé užívání, 6 a více bodů indikuje prostředí rodiny se závislostí na alkoholu. Se zvyšujícím se množstvím bodů narůstá míra rizikovosti prostředí pro dítě ve vztahu k alkoholismu rodiče. Všichni respondenti v CAST dotazníku skórovali tak, že nejvyšší skóre bylo 27, nejnižší skóre bylo 14. Všichni respondenti tak výrazně přesáhli limit v dotazníku, nutný pro naplnění kritéria dítěte alkoholika, viz Graf 7.

Komorbidity rodičů: U pěti z deseti respondentů jsme zjistili komorbiditu rodiče, nejčastěji se jednalo o užívání ještě jiné návykové látky a psychiatrické obtíže rodiče. To odpovídá statistikám výskytu komorbidit spolu s alkoholismem rodiče (viz teoretická část Specifika rodin alkoholiků). Bohužel k těmto datům byl v rámci rodinné a osobní anamnézy rodiče omezený přístup, takže statistika v tomto bodě nemusí být kompletní.

Psychiatrické poruchy a zdraví u respondentů:

Hort konstatuje, že: „v rodinách dětí s opakujícími se bolestmi břicha bývají časté úzkostné a depresivní potíže. Somatizující pohotovost může u dítěte posilovat chronické tělesné onemocnění rodiče. V rodinách..bývá větší nemocnost, užší vztah ke stresujícím vlivům, více dysfunkčních okolností a abúzu návykových látek. Některé práce poukazují, že souběhsomatizační poruchy, hyperaktivního syndromu, abúzu alkoholu bývá v postižených rodinách srdužen více, než by odpovídalo náhodě. Významná úloha při vzniku somatizace je přičítána sexuálnímu zneužívání.“ (Hort, 2000, str. 243)

Žádný z respondentů nemá v osobní anamnéze historii **užívání alkoholu** či ilegální drogy. Žádný respondent v současnosti neužívá alkohol ani ilegální drogy. Jeden respondent má v anamnéze užívání tabáku-kouření cigaret. Respondentovi se podařilo užívání ukončit. Dvě respondentky mají v anamnéze historii užívání tabáku (kouření cigaret). Obě aktuálně úspěšně pracují na abstinenci. **Žádný z respondentů nemá** v osobní historii **kriminální jednání**.

Téměř všichni respondenti přišli do terapeutického programu s historií rysů **poruch přízpusobení**, dívky s pravděpodobně psychogenně podmíněnými somatoformními poruchami (Hort, 2000, str. 242), apod. Pro nekompletnost zdravotních záznamů nelze vždy dokladovat diagnózu, resp. získaná data pocházejí ze zdroje Výkazu klienta. Ten však obsahuje zprávy od různých pracovišť v různém věku dítěte při vyšetření, nebo zprávy nejsou dostupné vůbec. Ve všech případech se tedy hodnocení opírá primárně o data, získaná kvalitativně v rámci prvního kontaktu dítěte a rodiny při vstupu do programu. Sekundárně byla data doplněna a aktualizována při sběru sociodemografických charakteristik během

kvalitativních metod práce s rodinnou mapou a časovou osou. Jedné dívce byla pracovníci v Pedagogicko psychologické poradně diagnostikována v mladším školním věku dyskalkulie (Kocourková, 2000, str. 129). Dva chlapci přišli v mladším školním věku do terapeutického programu se zakázkou, jež se také týkala projevů **hyperkinetické poruchy chování** (Malá, 2000, str. 307), resp. poruchy pozornosti, jeden z těchto dvou měl tuto poruchu diagnostikovanou vyšetřením, proběhnuvším v Pedagogicko psychologické poradně (spíše odpovídalo poruše opozičního vzdorů s dobrou prognózou, Malá, 2000, str. 320). Jedna dívka projevovala rysy **socializované poruchy chování** (Malá, 2000, str. 320), nicméně nebyla diagnostikována. Dvě dívky měly v anamnéze později též **sebepoškozování** (v období přelomu pubescence a adolescence), jedna z nich absolvovala pobyt na oddělení dětské psychiatrie pro **nebezpečí suicidálního** jednání po zvlášť traumatickém období s opakovanou expozicí těžkého domácího násilí v kombinaci s intoxikací nevlastního rodiče a sexuálním zneužitím. Jeden chlapec projevoval **depressivní symptomy**, psychiatrická diagnostika neproběhla.

Aktuálně však nemá žádný z respondentů psychiatrem diagnostikovanou psychiatrickou poruchu. Aktuálně žádný z respondentů nevykazuje signifikantní psychiatrické symptomy¹⁴. V posledních šesti měsících žádný rodič neinformoval pracovníky o psychiatrických symptomech dospívajícího. Jedna rodina v posledních dvanácti měsících nicméně projevuje starost ohledně angažovanosti respondentky v scientologii.

Pro **hodnocení zdravotního stavu** jsem zavedla jednoduché bodování (viz tabulka) jednotlivých projevů zdravotních obtíží a celkové kondice podle vyjádření respondentů a z anamnestických dat ve Výkazu klienta. Bodování je zavedeno pouze pro účely zmapování rizik, zejména jako vizuální pomůcka. Toto celkové zhodnocení hodnotili respondenti sami v rámci doplňování a upřesňování sociodemografických charakteristik, prvotně získaných z Výkazu klienta. U všech chlapců nacházíme celkový velmi dobrý zdravotní stav, průměr 0 (čím méně, tím lépe). U jednoho chlapce zjišťujeme poruchu příjmu potravy, obezitu, se kterou v minulosti docházel k obezitologovi. Nyní je s nadváhou, nicméně intenzivně sportuje a hodnotí se sám jako velmi zdravý. U dívek zjišťujeme průměr zdravotního stavu 1,2, u čtyř z pěti se vyskytují chronická onemocnění. U všech respondentů až na jednoho zjišťujeme přítomnost alergie. Celkový index zdravotního stavu (čím víc tím hůře) u dívek je 0, 8. U chlapců naopak 0, 25.

Rodina a rizikové faktory:

¹⁴ Pozorování terapeutů v prostředí terapeutických skupin

Pro četnost rizikových faktorů vycházíme z Prvního kontaktu s dětským klientem a z další dokumentace, dostupné ve Výkazu klienta. Na pracovišti byl stanoven jednoduchý systém zaznamenávání rizikových faktorů; tento soupis se průběžně doplňuje (Vizte Příloha 5). Množství rizikových faktorů na základě rodinné anamnézy u obou skupin je průměrně 7,8 rizikových faktorů u chlapců, u dívek pak 7,4. Počet rizikových faktorů se pohybuje mezi 5 a 10 na respondenta, nehledě na pohlaví. Nejčastějšími rizikovými faktory jsou: aktuálnost abúzu rodiče, rozvod rodičů, domácí násilí v rodině, také polymorfní abúzus u rodiče a abúzus v širší rodině, resp. v původních rodinách rodičů. V rodině s abúzivním rodičem žijí k datu proběhnuvšího sběru dat čtyři respondenti, s alkoholickým rodičem se stýkají mimo rodinu pravidelně dva respondenti (alespoň jednou za 14 dní), dva další se stýkají s rodičem nepravidelně (kontakt proběhl alespoň jednou v posledním roce), vizte též Graf 1.

Většina respondentů má socioekonomický status střední, resp. nižší střední. Pokud rodina trpí finanční nouzí, např. z důvodu ztráty práce rodiče, apod., a respondent toto subjektivně vnímá jako zátěž (nedostatek či sociální exkluze na základě financí), je toto považováno za rizikový faktor a promítne se do celkového počtu faktorů.

Čtyři respondenti jsou částečně osiřelí, smrt rodiče byla vždy v úzké či širší souvislosti s abúzem. Nejčastějším typem rodiny je rodina neúplná (6), u tří respondentů je rodina smíšená a jeden respondent má rodinu úplnou.

Účast v terapeutickém programu:

Osm respondentů vstoupilo do programu na hraně mladšího a staršího školního věku.

Jeden chlapec přišel do skupiny na hranici pubescence a adolescence. Jedna dívka přišla v adolescentním věku. V době dotazování průměrně strávil respondent v terapeutickém programu 6 let. Nejdéle respondent docházel do programu 8, resp. 10 let, nejkratší doba v programu je 2 roky. Osm, resp. devět respondentů z deseti stihlo absolvovat díl terapeutického programu zaměřeného na mladší děti (jeho ambulantní i stacionární složku). Pro další detaily vizte přehledové tabulky Tabulka 1 Tabulka 2. Graf s problematikami jednotlivých respondentů naleznete zde Graf 4, pro chlapce Graf 5 a pro dívky Graf 6 .

Nejčastější zakázkou při příchodu do programu **u dívek** byla problematika vrstevnických vztahů, nejčastěji obtíže s navazováním kontaktů a udržení si vztahů, dále byly dívky častěji obětí šikany a byly u nich rozpoznány rysy parentifikovaného a spoustifikovaného dítěte. Zakázku formoval/i rodič/e v spolupráci s terapeutem spolu s dítětem. **Nejčastější zakázkou** při příchodu do programu **u chlapců** byly taktéž obtíže v oblasti vrstevnických vztahů, porucha pozornosti a rysy spoustifikace vzhledem k matce. Častá byla též šikana – chlapci byli její obětí.

Školní prospěch a zájmy:

V současnosti mají všichni respondenti školní prospěch v rámci normy. Dva respondenti se v době tvorby dat nacházeli na základní škole, sedm z nich se nacházelo na střední škole (gymnázium, střední odborná škola), jeden již byl pracující. Devět respondentů z deseti provozuje v době dotazování aktivní zájem – kroužek, či pěstovalo zájem intenzivně v soukromí. Dva respondenti zmiňují silný **vztah ke psu** v osobní anamnéze jako specifický protektivní prvek. V době izolace prakticky od všech interpersonálních vztahů byl vztah se zvířetem pro ně zásadním. Výpovědi nesou rysy antropomorfního vztahu, někteří autoři ji považují za analogii vazbě, zmající souvislost s empatií a prosociálním chováním (Šulcová, 2009, str. 35-36).

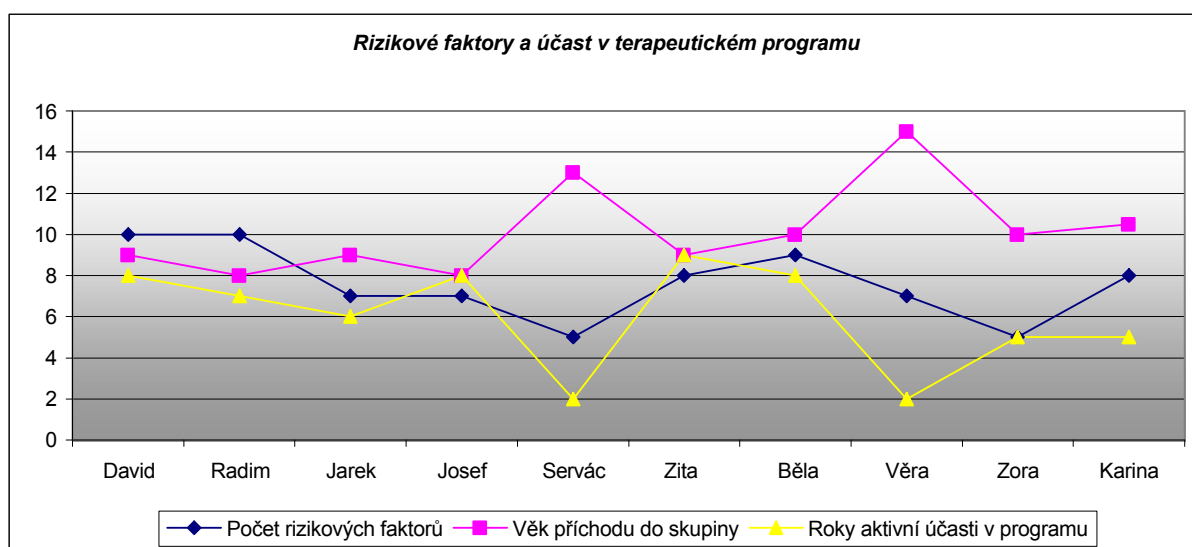
Podle aktuální psychosociální situace respondentů můžeme říci, že všichni naplňují objektivní kritéria adaptace „dostatečně dobré“, vzhledem k očekávatelným výstupům.

Sociodemografické charakteristiky respondentů, přehled rizikových faktorů

Vysvětlivky	Chlapci	David	Radim	Jarek	Josef	Servác	Průměr/Četnost
	Soc demgr. údaje	1	2	3	4	5	
14_18	Věk	17,5	16	14,5	18,5	16	16,5
velmi dob0_dobr1_uspok_2	Zdrav. Stav	0	0	0	0	0	0
ne0_ano1	Alergie	0	1	1	1	1	0,8
ne0_ano1	Jiné chron. onemocnění	0	1	0	0	0	0,2
Jaké?			PPP-obezita				
specif.poruchy učení	Dgn. SPoU	0	1	1	0	0	0,4
ne0_ano1	Celkem Zdraví	0	0,75	0,5	0,25	0,25	0,4
Úplná_Neúpln_Smíšen	Rodina	N	N	S	N	S	N
Nízký_NízkStřed_Střed	SES	NS	NS	NS	NS	S	NS
nevl./Matk_nevl./Otec	Žije s	M	M	M, nO	M	O, nM	M
Matka_nevl./Otec	Alko rodič	M, O	M, O	O	O	M	3_1_2
ne0_ano1	Abúzus aktuální	1	1	1	1	0	0,8
ne0_ano1	Polymorf. abúzus	1	1	0	0	1	0,6
Tvrdé drogy, Léky	NL	TD, L	TD, L	-	-	L	L
ne0_ano1	Domácí násilí	1	1	1	1	0	0,8
ne0_ano1	Rozvod	1	1	1	1	0	0,8
počet	Jiný rizik. faktor	5	5	3	3	3	3,2
		S otec, SA matka, opakovaný pobyt v léčebně, vězení otce, polic. Vyšetřování	S otec, SA matka, opakovaný pobyt v léčebně, vězení otce, polic. Vyšetřování	Chronické onemocnění a aktuální nemoc matky, soudní pře s otcem	Úmrtí nO, soudní pře s otcem, exekuce-dluhy splácení	S matka, psychiatr. dgn. Matka, otcovo epizodické pití	-
S-suicidum, SA-pokus o suicidum	Ra-přítomnost abúzu	1	1	1	1	1	1
ne0_ano1	celkem RF	10	10	7	7	5	7,8
Rizik.faktory	Studuje	SŠ	ZŠ	ZŠ	SŠ	SŠ	SŠ
ZŠ_SŠ	Studijní průměr	1,5	2,9	2,9	2,6	2	2,4
za rok 2012	Zájem	1	1	0	1	1	0,8
Má? ne0_ano1							

věk	Příchod do terap-věk	9	8	9	8	13	9,4
S čím přišel?	Zakázka	VV, VM, VO	VV, VD, VM	VV, VM, VO	VV, VO	VV, VO	VV, PP, spoustifikace, šikana
Vztahy s Vrstev_Dosp._s Otcem_s Matkou, Poruchy Pozornosti_Chování		Hostil.vůči O, parentifikace, spoustifikace, Osobnost	PP, PCH, spoustifikace	PP, PCH, krádeže, oběť, později aktér šikana, osobnost	oběť šikana, spoustifikace	PP, oběť šikana, depresivní	
Jak přišel do terap.?	Kontakt	Psy_M	Psy_M	Psy_M	M	Psy_nM	Psy_M
1x týdně 2 hod	Absolv. Skupin	260	220	180	280	45	–
	Absolv. Pobytů	47	41	39	58	12	39
Rok=9 víkendů, 1 týden, 1x14dní	Členství_roky	8	8	6	10	3	7
	Aktivně	8	7	6	8	2	6,2

Tabulka 1 Sociodemografické charakteristiky respondentů, přehled rizikových faktorů chlapců, spojených s abúzem rodiče



Graf 1 Počet rizikových faktorů, věk příchodu do skupiny a počet aktivních let v terapeutickém programu

Dívky	Zita	Běla	Věra	Zora	Karina	Průměr/Četnost
Socio demogrf. Údaje	1	2	3	4	5	
Věk	18	18	17	15	15,5	16,8
Zdrav. Stav	0	2	1	1	2	1,2
Alergie	1	1	1	1	1	1
Jiné chron. Onemocnění	0	1	1	1	1	0,8
Jaké?		únav. Syndrom, borelióza, skolióza	skolióza, migrény	celiakie	únav. Syndrom, skolióza, porucha tvorby růst. Hormonu	–
Dgn. SPoU	0	1	0	0	1	0,4
Celkem Zdraví	0,25	1	0,75	0,5	1	0,7
Rodina	S	N	N	U	N	N
SES	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Žije s	O, nM	M	M	MO	M	M
Alko rodič	M, O	nO	M	O	O	4 1 1
Abúzus aktuální	1	1	1	1	1	1

ne0_ano1	Polymorf. Abúzus	1	0	1	0	0	0,4
Tvrde drogy, Léky	NL	L	-	L	-	-	L
ne0_ano1	Domáci násilí	0	1	0	0	1	0,4
ne0_ano1	Rozvod	0	1	1	0	1	0,6
počet	Jiný rizik. Faktor	5	5	3	3	4	3,8
S-suicidum, SA-pokus o suicidum	Úmrtí matka, psychiatr. Dgn. Matka, parentifikace, spoustifikace, nezaměstnanost otce	Pokus o sex. Zneužití nO, nezaměstnanost matky, stěhování, parentifikace, spoustifikace	Psychiatr. Dgn.matka, homosex. Matka, parentifikace	RA sex. Zneužívání matky, nezaměstnanost otce, chronic. Partner. Konflikt	Bezdomovectví otce, nezaměstnanost matky, chronické onemocnění matky, spoustifikace		-
ne0_ano1	Ra-přítomnost abúzu	1	1	1	1	1	1
Rizik.faktory	celkem RF	8	9	7	5	8	7,4
ZŠ_sŠ	Studuje	SŠ	SŠ	SŠ	ZŠ	ZŠ	SŠ
rok 2012	Studijní průměr	1,6	2,3	1,9	1,2	2,6	1,9
Má? ne0_ano1	Zájem	1	1	1	1	0	0,8
věk	Příchod do terap.-věk	9	10	15	10	10,5	11
S čím přišla?	Zakázka	VV parentifikace, spoustifikace, později krátce sebepoškození	VV, VM oběť: šikana, parentifikace spoustifikace depresivní, somatizace, krátce sebepoškození	VV, VM oběť: šikana, osobnost, somatizace, scientologie, parentifikace	VV oběť:šikana, somatizace, parentifikace, spoustifikace	VV, VD, VM PP, PCH, dříve oběť: šikana, krádeže, lhaní, somatizace, spoustifikace	VV, šikana, parentifikace
Vztahy s Vrstev._Dosp._s Otcem_s Matkou, Poruchy Pozornosti_Chování	Kontakt	Psy_O	Psy_M	P	Psy_M	Psy_M	
Jak přišel do terap.? 1x týdně 2 hod	Absolv.Skupin	290	210	60	150	150	
	Absolvov.pobytů	52	34	6	40	28	35
	členství roky	9	8	3	5	5	6
Rok=9 víkendů, 1 týden, 1x14dní	Aktivně	9	8	2	5	5	5,8

Tabulka 2 Sociodemografické charakteristiky respondentů, přehled rizikových faktorů dívek, spojených s abúzem rodiče

5.7 Operacionalizace

Prvky vztahové resilience, které je možné vysledovat v řeči respondentů, jsme operacionalizovali podle kapitoly Komponenty vztahové resilience..

Přesnější operacionalizace je ke shlednutí v separátní Příloze k Diplomové Práci, tzv. Příloha „Kasuistiky“, detailně u každého jednotlivého respondenta. Zároveň je v této části diplomové práce ke shlednutí v části 6.1 Kasuistiky, kde je uvedena jedna z deseti kasuistik pro ilustraci práce s daty.

6 Výsledky výzkumu

Nejdříve se zaměřím na kasuistiky jednotlivých dětí v mém výzkumu. Veškerá data podrobím obsahové analýze. Dále budu pokračovat odpověďmi na mé výzkumné otázky pomocí cross-case analýzy, kde shrnu výstupy z obsahové analýzy. Konečně, získané poznatky z praktické části podrobím diskusi ve stejnojmenné kapitole Diskuse.

6.1 Kasuistiky

V kasuistikách popíšu každé dítě v kontextu vztahové resilience a adaptace zvlášť ve všech mnou zkoumaných oblastech. Kasuistiky jsou seřazeny podle pohlaví, poté v časové souslednosti tvorby dat. V této části diplomové práce je prezentována jedna ukázková kasuistika. Soubor kasuistik je coby příloha ke shlednutí na přiloženém CD či v tištěné formě.

Myšlenky autora DP jsou psány v závorce kurzívou, otázky tazatele k respondentovi přímo v toku jeho výpovědi jsou psány kurzívou bez závorek. Ucelenější komentář autora DP je psán normálním písmem. Výpovědi respondenta jsou psány normálním písmem vždy v odstavci na středu stránky.

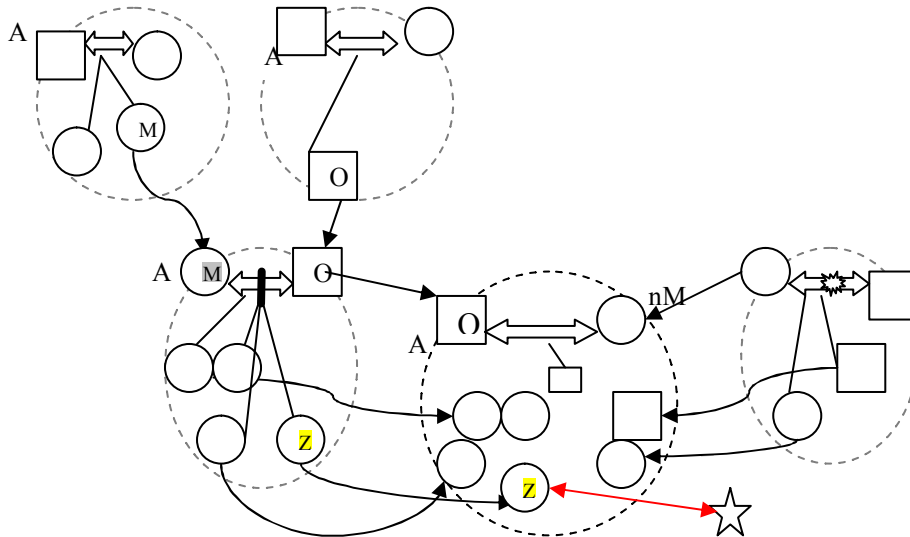
6.1.1 Kasuistika „Zita“

(číslo kapitoly v Příloze k empirické části Diplomové práce 1.1.6)

Zita se popsala jako:

Co by o tobě řekli tví přátelé, kdybych se jich na to zeptala, jaká seš? „Řekli by asi, že jsem bláznivá..že jsem citlivá a věrná, ráda dělám něco pro druhý. Že mě baví se vzdělávat, učit se nové věci, že mám fakt velkou fantazii (směje se). Že jsem ambiciózní a že se ráda na věci připravuju dopředu, třeba jako teďka na ty přijímačky.“ Ještě něco bys dodala? „no..mám ráda lidi, ráda je pozoruju. Mám ráda jazyky, hlavně francouzštinu, ...poznávání jiných zemí a kultur, cestování. Chci dělat něco, co má smysl. Ráda pracuju s dětma, a spolupracuju na projektech dobrovolnickejch. ...Ráda se procházím v lese, nebo s H. (přítel) a holkama (sestry) maluju masky a kostýmy na divadelní představení...“

Rodinná mapa (genogram) Zity



Zita (Z), 18 let; Matka (M), zemřela v 37 letech.; Otec (O), 45 let; Nevl. matka (nO), 34 let
 Sestra 1, 16 let; Sestra 2 a Sestra 3, 9 let; Bratr, 3 roky; Nevl. Sestra, 19 let; Nevl. Bratr 16let
 ☆ Terapeutická skupina jako celek, ale zejména TA

Rodinná anamnéza:

Matka: Vzdělání: SŠ s maturitou. Zemřela v 37 letech. Matka byla psychiatricky nemocná, opakovaně hospitalizovaná. **Škodlivé užívání alkoholu** rodina mapuje zhruba po narození Zity, později přerušené vždy jen během dalšího těhotenství. V **původní rodině abúzus** pravděpodobně komorbidně s psychiatrickým onemocněním otce matky.

Otec: Vzdělání: VŠ. SES rodiny je střední.

V původní rodině nalezneme **škodlivé užívání otce**. V dospělosti škodlivé užívání, později **nediagnostikovaná závislost na alkoholu** (absence náhledu, neléčen). O práci přišel opakovaně kvůli akutní intoxikaci alkoholem.

Nevlastní matka: vzdělání VŠ, žije v rodině cca 5 let. Rozvedená. Seznámení partnerů v křesťanské komunitě. Se Zitou kladný, přijímající, vztah.

Přítomnost abúzu:

U otce škodlivé užívání, u matky také (min 5 let nepřerušeno užívání otce i matky). Poslední expozice v Zitiných cca 18ti letech.

Zakázka: Zadavatelem je otec, doporučeno pracovníci ve FOD Klokánek, kde děti též krátce pobývaly v době, kdy se matka pro kombinaci nemoci a abúzu nebyla schopna postarat o sourozence. Otec zhodnotil své možnosti péče o děti a předal je do FOD Klokánek. Po traumatickém období abúzu, psychiatrických atakách a smrti matky je třeba podpořit Zitu ve zdravém psychosociální vývoji. Zita pečuje prakticky o celou domácnost, otce a mladší

sourozence, je **dítětem s převrácenou rolí a parentifikovaným dítětem**. Částečně po určité období před smrtí matky a před sloučením se s druhou rodinou nevlastní matky též **spoustifikovaným dítětem**, byla otci kvazipartnerskou oporou. Později je abúzus otce a celková nestabilita rodiny pro Zitu velkým stresorem, který trvá do současnosti. Zita má obtíže v kontaktu s vrstevníky, cítí se osamělá a izolovaná.

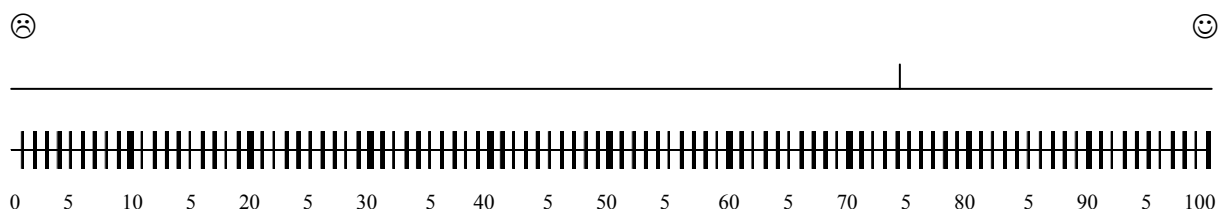
Docházka do psychoterapeutické skupiny: od Zitiných cca 9ti let. Následně návazné docházení do skupiny dospívajících.

Výsledky C.A.S.T. Výsledek Zitina dotazníku byl 22 ze 30 možných. Zita naplňuje kritéria dítěte alkoholika, zároveň takto vysoký výsledek vypovídá o vysoké zátěži spojené s přítomností abúzu a přidruženými fenomény v rodině, kterým Zita čelí.

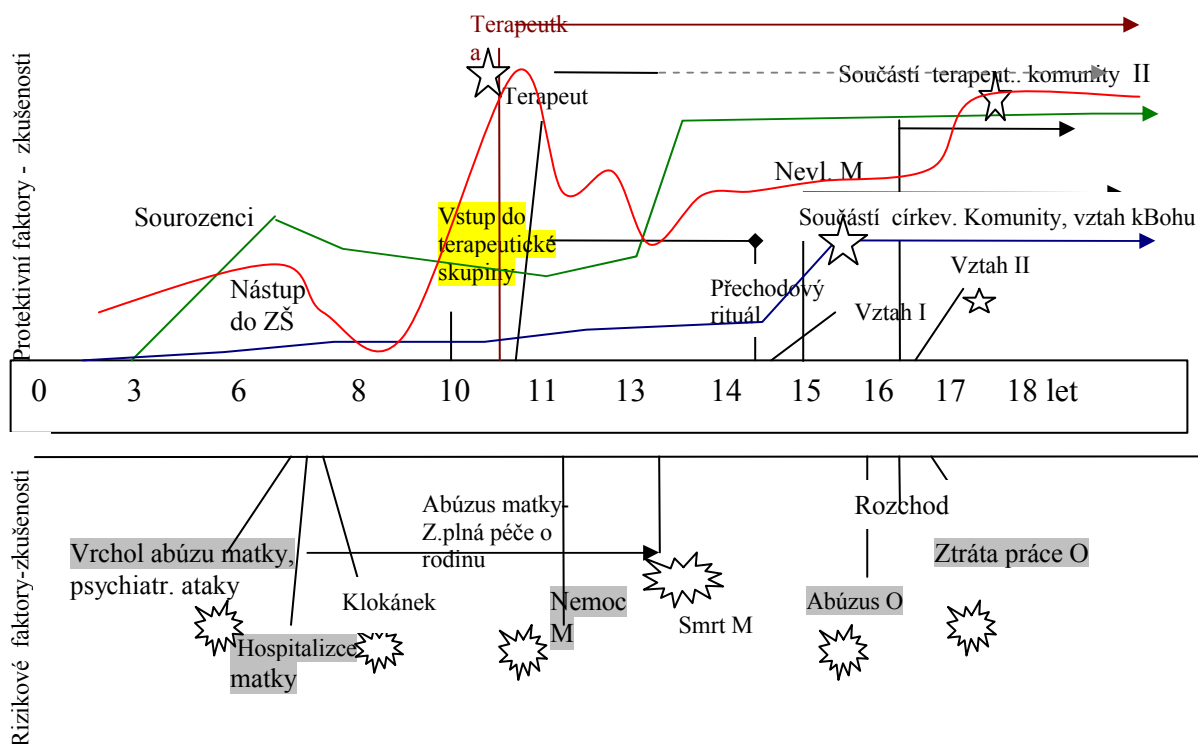
Zjišťovaná kvalita života dle SEIQoL

	Životní cíle - témata	Spokojenost	Důležitost	
1	být dobrým člověkem, být užitečná, pomáhat druhým, Bůh	75	25	
2	mít dobré vztahy: rodina, přátelé, partner	75	24	
3	udržet se fit, duševní zdraví, pohoda	80	23	
4	studium na VŠ	100	15	
5	nabírat co nejvíc zkušeností- dobrovolnictví, cestovat, jazyky..	80	13	
	celkově	82	100	%

Křivka celkové spokojenosti..... 75%



Časová osa Zity v kontextu vztahové resilience:



Modré pole: pro respondenta subj. pozitivní trend

Šedé pole: pro respondenta subj. negativní trend

: pro respondenta subj. traumatická událost

: respondentova křivka vztahové resilience

Transgeneriční příběh vztahové resilience: Zita neshledává v širší rodině a rodinné historii růst podporující vztahy.

„U nás nikdy nebyla žádná podpora, táta se věnoval sobě, utíkal od mámy a od nás do práce. Jsme věřící, rozvod nepřipadal v úvahu. Tak to dělal po svém a nechal nás v tom. Byli jsme odtrženi od celé rodiny. Mámína nemoc nás ještě víc izolovala. Že by nás rodiče, nebo někdo jiný podpořil třeba tím, že by mu říkal „na to máš, to dokážeš, jsi dobřej“, nebo dokonce, že mu věří.. To se nedělo. U mámy v rodině byl alkohol, u táty taky. Mám pocit, že ty rodiny byly tak nějak nemocný. ... Táta s mámou se potkali v církvi. Myslím, že do té církve vlastně utekli od svých rodin a od toho, jak je to tam ubíjelo. A jejich rodina tím byla taky zasažená.“ (Zita rozumí příběhu rodu tak, že není podle ní patrný transgeneriční přenos odolnosti, spíše naopak. Poukazuje na přítomnost závislosti coby „nemoci, která se šíří“ a jiné patologie.)

Vztah s matkou

„Vlastně pochybuju, že nás měla ráda, že jí na nás záleželo. Byla sama pro sebe. Hrozně jsem jí to zazlívala, až celkem nedávno jsem nějak přijala to, že to bylo asi kvůli té nemoci, že za to nemohla. Že to takhle nechtěla, jen nemohla jinak.“ (Zita

projevuje empatickou účast a porozumění s chováním matky, které pro ni bylo zároveň velmi zraňující.)

Vztah s otcem

„Táta má problém s pitím, je závislej. Přišel kvůli tomu několikrát o práci. Rozjelo se to tím, jak ho vyhodili, nezvlád to. Ale už když byla máma, tak hodně popíjel... Jeho odolnost? Opije se vždycky, když má něčemu čelit.. utíká od všeho, co jakoby nezvládá. Má deprese, asi si myslí, že selhal. Je pro mě těžký si ho vážit, když věci řeší takhle. ..Ne, táta nemá žádný přátelé. V církvi se s lidma toleruje. Ale že by měl bližší vztah s člověkem... Ani nM se nesvěřuje, je vůči ní dost uzavřenej. Natožpak nám. Neříká vůbec, co se v něm děje. Prostě zmizí a vrátí se opilej.“ *(Zita reflektuje absenci a nedostupnost otce, jeho uzavřenost. Všimá si též způsobu řešení problému otcem – otec sáhne podle Zity k alkoholu, kdykoliv se vyskytne překážka. Zita vnímá izolovanost jak rodiny, tak otce, který „nemá žádné přátele“.)*

Z polostrukturovaného interview, práce nad časovou osou a genogramem

Zita identifikovala ve svém životě několik důležitých osob, se kterými zažívá *růst podporující vztah*. Jako své „Hvězdy“ v časové ose označila terapeutku (TA) a terapeutickou skupinu, resp. Komunitu. Jako velmi důležité a podpůrné jmenovala vztahy s vlastními sourozenci, terapeutem (T), přítelem H., nevlastní matkou a s církevní komunitou. Jedinečným fenoménem je vztah k Bohu, který se pro Zitu stal v posledních letech velmi živý.

„Když jsem končila ve skupině, měla jsem už roli šamanky kmene¹⁵. Vzniklo to na táboře jako součást celotáborovky, ale pak se to zažilo, lidi mi tak říkali, obraceli se na mě o radu, pomoc a tak, vlastně jako už dřív před tím táborem to tak bylo, akorát tam to TA tak pojmenovala, a já jsem cítila, že jsem vážně tou šamankou. Cítila jsem svoji vnitřní sílu, i to, že část tý mojí síly jde z toho kmene právě. Z těch lidí a vztahů, co jsem si tam vytvořila za ty roky. Cítila jsem, že můžu jít dál. Přechodáku¹⁶ jsem se bála, i jsem se na něj těšila. Věděla jsem, že začne něco nového. Šla jsem na gympl a těšila jsem se, že tam potkám lidi, se kterými si budu rozumět.“

¹⁵ Celotáborová hra s rolemi a výzvami, které jedinec i skupina plní. Takto, mimo jiné, své role jedinec získává.

¹⁶ Přechodákem respondentka myslí tzv. Přechodový rituál. Ten je připravován celou terapeutickou skupinou pro dospívajícího, který odchází z terapeutické skupiny pro děti. Přechodový rituál symbolizuje předěl a odchod ze světa dětí do světa dospělých. Je několikadenní a skládá se z více částí, např. tzv. kolébky klubu. Děti houpají na svých rukou odcházejícího jedince, terapeut jej provází vyprávěním s příběhy o jedinci samém, o něm ve skupině, o jeho zranění, apod. Dále je přítomná např. kontemplace jedince o samotě a psaní dopisu v přírodě, skoku z vysoké lanové překážky v přírodě, přespání o samotě v přírodě, putování krajinou a sjezd řeky, soupis určitých hodnot, a další aspekty rituálu.

Zita přináší svědectví o *zdravé separaci ze skupiny*, která při dlouhodobém docházení simuluje rodinné prostředí, resp. sociální dělohu dítěte. Zdravá separace poukazuje na dostatečnou *sebedůvěru*, se kterou dospívající rituálně vstupuje do světa dospělých. Zita odcházela od skupiny s očekáváním, obavami a nadějí, nicméně bez úzkosti.

Sebedůvěra se opírá nejen v případě Zity o bohaté psychosociální, interindividuální zdroje – o **růst podporující vztahy**. Nelehkou cestu k autentičnosti zmiňuje v následném rozhovoru, níže.

“Kdyby nebylo toho (skupiny), tak bych nepřežila mámu, její výkyvy, scény ať už to bylo to pití, nebo ta nemoc, já nevím, ale mně to bylo jedno, protože to bylo tak jak tak nesnesitelný. Naše rodina se vlastně rozpadala tak, jak se rozpadala máma. Táta nebyl schopnej to nějak udržet. Pracoval a na nic víc pak už neměl. Takže když máma pila a zhroutila se, čímže se jí rozjela nemoc, šli jsme do Klokanu. Když jí bylo líp, mohli jsme se vrátit. Nahoru a dolů. V klubu naopak všechno platilo pořád stejně: TA s T, každý týden, s pravidlami a zásadami, to byla vlastně velká úleva. A někdo měl hlavně každý týden zájem o to, co se ve mně děje, jak já se mám, co jsem třeba dělala, na co jsem myslela a tak. Nebyla jsem zvyklá mít možnost o sobě někomu říkat to, co prožívám, a tak. Naučila jsem se to jakoby někam zasouvat. Tohle byl trochu šok.“

*(Zita popisuje výraznou změnu vztahové kultury s rysy **podporované zranitelnosti**, kterou zažívala v prostředí terapeutického programu. Moci otevřeně komunikovat svá trápení a pojmenovávat své pocity byl pro ni nezvyk, se kterým si na začátku neuměla poradit.)* „Doma jsem byla máma. Tam nebyla šance, tam jsem musela všechny obstarat....Kdybich se složila, nebo tak, kdo by holkám udělal večeři, naučil se s nima, zkontroloval úkoly a vypral prádlo? Někdy jsem brečela na záchodě, ale nikdo, holky ani táta to nevěděli. Stejně by nevěděli co s tím, sem si říkala. Jenom bych ho tím zpanikařila. Já jsem přece vždycky byla ta pevná, na mně to stálo. I on, holky, domácnost, všechno.“

Zita reflektuje nemožnost projevovat autenticky své prožitky, zatímco čelila neadekvátní mentální, nezřídka též fyzické zátěži. Bylo nutno zastat chod celé rodiny místo nepřítomné pijící, později nepřítomné zemřelé matky, stejně jako absentujícího otce, unikajícího do práce a později alkoholu. **Parentifikace** dítěte je znatelná. Dítě je v roli pro něj neodpovídající, přijímá vzorce chování, které neodpovídají jeho psychosociální zralosti. Jedinec není v kontaktu se svými emocemi. Rodičovská role dítěte vytváří bariéru, izoluje jedince od něj samotného, stejně jako od jeho referenční skupiny, vizte níže. Zranitelnost byla v kvazimateřské roli pro Zitu slabostí, kterou si nemohla dovolit. Soběstačnost a schopnost

postarat se o celou rodinu nesměla být rozkolísána otevřením se vlastním emocím, které prožívala. Obranným mechanismem, který umožnil přežití v takových nárocích bylo vytěsnění prožívání. Zita se dostala *od adaptivního distancování se do izolace*, která již benefity nepřinášela.

„Ve škole jsem byla mimo, protože mí spolužáci měli úplně jiné starosti. Neměla jsem žádný konflikty s nimi, ale cítila jsem se v tom hodně sama. A teď najednou tohle.“
V čem to bylo jiné pro tebe, klub, doma a škola? „Tady jsem vlastně mohla být dítětem, což mi ale došlo až později. Dlouho mi trvalo si zvyknout na to, že tady nejsem, nebo nemusím být ta máma všech. Jakože nestarat se, nebo spíš starat se jinak a starat se hlavně o sebe. Nešlo mi to..jako bych něco ztrácela. Bála jsem se, že když tohle pustím, co bude pak..jakože, to jsem prostě dělala takhle..někdy jsem měla strach, že tam je jenom prázdno ve mně. Toho prázdna jsem se hrozně bála..“

Pro Zitu bylo obtížné vzdát se postupně role rodiče, která jí zároveň přinášela určitou vnímanou hodnotu, důležitost, pocit potřebnosti. Bez jasné, byť neadekvátní role se Zita „ztrácela“ v nejasnosti a zmatenosti světa, nevěděla, jaká je její vlastní identita. S odchodem jasně definované role (*představuji matku, matka emočně sytí, pečuje, stará se, uklízí, vaří, komunikuje tím způsobem a její hranice jsou takové..*) odešel i vytyčený bezpečný rámec, vytvářející Zitiny jistoty, které dítě a později mladistvý bytostně potřebuje, byť jsou v základech nezdravé.

Jak jsi tohle dokázala pustit, vzdát se té své vnitřní mámy, která celou rodinu držela nad vodou? „Tady jsem byla v prostředí, kde nebylo moc lidí jako třeba ve třídě, všichni tady měli dost podobné zkušenosti.. Necítila jsem se tak sama, odříznutá v tom. Hodně mi pomohla TA s T tím, že mě pořád vraceli k tomu co potřebuju já, aby mi bylo dobře. Pořád to vraceli ke mně. Vlastně se mě třeba TA ptala a já jsem si jakoby skrz ten její zájem musela všimnout toho, jak mi je, víc a víc. Ta změna přišla ze mě. Nepřestala jsem doma fungovat úplně **jako** máma, pořád jsem dělala spoustu věcí,.. ale začala jsem tátovi říkat, že nemůžu, že mě vůbec nevnímá, že mám jakoby svoje věci, a že ho tu potřebujeme, aby byl táta. Všichni, holky i já.“ „Tady byla vlastně takový azyl, kde všechno funguje normálně – je tu táta s mámou, když přijdeš, a ty se tě ptaj, jak bylo ve škole. Cítíš se jako jejich dítě...“ *A jak se takový dítě cítí?*
„Cítí úlevu..“

Od podporované zranitelnosti k vlastnímu uvědomění a následně vzájemnému posílení:

Zita vnesla do rodinného systému změnu, kterou odstartovala její vlastní změna. Prvním impulzem bylo **přiznání si zranitelnosti a potřeby pomoci, podpory**. Přes opakované korektivní zážitky si plně uvědomovala nepřirozenosti role parentifikovaného a spoustifikovaného dítěte. Náhled získala v bezpečném prostředí skupiny, kde mohla testovat svou **podporovanou zranitelnost**, aniž by riskovala ztrátu hodnoty. I přesto Zita prokázala velkou dávku odvahy. **S otcem začala komunikovat ve smyslu podporované zranitelnosti**, svěřila mu své emoce a přiznala velkou zátěž v zastávání role rodiče. Rozhovory byly konfrontační až konfliktní. Zita vytvářela na otce setrvalý tlak, kterému byl nucen se věnovat. Patologická **morfoστάza byla narušena**, systém se rozkolísal a změna mohla přijít. Otec se s tlakem vyrovnal tak, že si brzy našel v církvi rodičovsky kompetentní partnerku. Ta se jistě a suverénně chopila role matky, sama se dvěma dětmi. Zita byla vnitřně již na změnu role relativně připravená, novou nevlastní matku přivítala s úlevou. Inkorporace nového člena v mateřské roli do zraněného rodinného systému by nebyla možná, kdyby parentifikované dítě – Zita – této nové ženě-matce neustoupila. *(V izolaci rodiny morfostatické síly převládají a petrifikují nezdravé, byť stabilitu udržující vzorce rodinné dynamiky. Na individuální úrovni též opakujeme staré, nefunkční a patologické vzorce. Obtíž se chronifikuje, zároveň prožíváme naučenou bezmoc. Vstupem do dynamického prostředí vztahů a otevřením se k ovlivnění druhým, vztahovým partnerem, se otevíráme nové zkušenosti a korektivnímu sociálnímu učení. Změna role, z původní do té vývojově adekvátní, a vzorců je znakem salutogeneze, růstu.)*

Zde Zita postihuje jeden zásadní moment ze svého života, kdy se potkala s přijetím svých ambivalentních emocí. Na tomto příběhu můžeme ilustrovat **vyvíjející se vztahovou resilienci**, která má **dopad na dynamiku vztahů a restrukturalizaci rolí v rodině směrem ke zdravějšímu prožívání, komunikaci a uspořádání subsystémů**.

„Když umřela (M), bylo to hrozně zvláštní. Strašně to bylo divný, bolelo to, ale zároveň se mi hrozně ulevilo. Vinila jsem se za to, že to takhle mám, bylo mi z toho až úplně špatně. Pamatuju si, že jsem se s tím svěřila TA, nebo spíš ona sama se mě na to zeptala, to bylo na jednom víkend, a já jsem jí to všechno řekla. Bála jsem se, co když mě za to jakoby odsoudí, to si pamatuju dost přesně. Zároveň už jsem jí znala, věděla jsem, jaký máme vztah a že jí můžu věřit. Nějak jsem cítila, že mě nepřestane mít ráda a to bylo asi to hlavní.“ *(Zita popisuje dilema, týkající se odhalení svých ambivalentních pocitů o smrti matky terapeutce. V tu chvíli již disponovala vztahovou resiliencí do takové míry, že se k otevřenosti odhodlala a „na oplátku“ dostala od vztahového partnera (TA) potvrzení v podobě legitimizace negativních stejně jako*

pozitivních emocí, které v tu chvíli pociťovala. Zároveň reflektuje resilientní prvky vzájemné vztahové důvěry – věřím ve stabilitu, sílu a pevnost vztahu. Spatřujeme též prvek vztahového povědomí – uvědomuji si, kde se s partnerem ve vztahu nacházím, kam mohu „jít“ a co si mohu dovolit.) „...Řekla, že tohle by taky tak cítila, že to je normální a že se každému v rodině určitě s tím smutkem taky i zároveň ulevilo. Ale že je asi moc těžký o tom vůbec mluvit mezi sebou, že si to možná každý schováváme v sobě. A že to je v pořádku to tak mít, tenhleten rozpor, protože člověk někdy může cítit víc rozdílných věcí dohromady. To byl tenkrát pro mě takový zlomový moment, když mi to řekla. Asi bych s tím nedokázala přijít úplně sama tenkrát. A to mě nějak dovolilo mít i tu naději v tom, že ta hrůza tím končí, že to bude lepší. Tenkrát mi nějak došlo, jak strašně důležitý...je pro mě to místo. Kvůli otevřenosti a upřímnosti, kterou jsem jinde nezažívala. Tam jsem mohla říct cokoli, a to mi pomohlo být upřímná hlavně k sobě. A nemuset se za to nenávidět. Třeba za to, že jsem byla ráda, že máma umřela.“ (Zita reflektuje nárůst sebeúcty a sebehodnoty jako vztahový: posílení sebehodnoty souviselo s přiznáním potlačovaných negativních emocí vůči mateřské osobě. Je velmi těžké zlobit se otevřeně na matku, natožpak na zemřelou matku.)

Další růst souvisel se vztahovou důvěrou: kapacitou rozvíjet a prohlubovat vztahy. Ta naopak ovlivnila důvěru, že vztahy mohou ovlivnit, mohou se v nich orientovat a mohou je směřovat. Podle Hartling (2008) je Locus of control prismaticem vztahového kontextu vnímán jako schopnost ovlivňovat vlastní vztahy.

„Nějaký čas to trvalo, ale pak jsem se rozhodla o tom mluvit s holkama (sestry). Došlo mi, že tak, jak jsem to cítila já to ony můžou mít stejně, nebo ještě hůř. Najednou jsem si uvědomila, jak málo jsem s nimi mluvila o mámě a o její nemoci,... a že to pro ně muselo být hrozně těžké taky. Že se musely cítit osaměle minimálně tak jako já. (Zita prokazuje další prvky vztahové resilience: **vzájemnou empatickou účast.** Uvědomila si, jak mohou tuto situaci, kterou rodina jako celek prochází, vnímat ostatní sourozenci. Skrze otevření se a prožití vlastních potlačovaných emocí mohla nahlédnout emoce svých druhých blízkých.)

„Ptát se jich na to, jaký to bylo pro ně..no, věděla jsem už jak to mám já a že se nemusím bát i té vlastně nenávisti, i toho smutku, který jsem k mámě cítila. .. Tenkrát nás to hodně sblížilo, ..do té doby jsme byly máma a děti..a teď nás tohle spojovalo a mohly jsme o tom mluvit. Cítila jsem, že jsme všechny sestry. Nějak to bylo správně..“ (Prvek **vztahového posílení** spatřujeme v iniciativě a aktivitě, vedoucí k tomu, že

začala se svými mladšími sestrami mluvit o zamlčovaném tématu matčiny nemoci a smrti. Zita reflektuje pocit „správnosti“ poté, co jí trauma odchodu matky zároveň umožnilo dostat se blíž k sestrám a být pro ně také sestrou. „Správnost“ zřejmě také odpovídá správnosti role dítěte, ke které se tím opět přiblížila.)

Vzájemné vztahové povědomí nalezneme u Zity ve výpovědi o intimním vztahu se svým partnerem H.:

„S H. máme velkou důvěru jeden ke druhému. Můžeme si říct všechno. Nedávno, když nastoupil na VŠ, měl deprese, hrozně se s tím potýkal. Hned jsem poznala, že něco není v pořádku. Byl najednou uzavřenější a když k tomu něco říkal, tak jakože neví, jestli to byla dobrá volba a tak. Cítila jsem, že má strach, že to nezvládne. A taky ze zklamání. Že to nebude to, co chtěl a že to byla špatná volba. Věděla jsem, že potřebuje podporu, ale taky, že je důležitý, aby s tím nejdřív sám přišel. Nechtěla jsem ho zas opečovávat jak miminko, je to dospělej chlap. Přijde a řekne mi to, až bude připravenej. Budu tady pro něj, to on věděl. Byla jsem ráda, když se to stalo. Cítila jsem, že náš vztah se tím posunul dál. Tím, že mi svěřil svoje obavy a nejistoty...tím nás to nějak zpevnilo, sblížilo. Myslím, že teď se na sebe můžeme víc spolehnout ještě než dřív..“

Vztahové posílení:

„Pro církve jsem s ještě jednou kamarádkou začala vést skupinu dětí, takovou podpůrnou a rozvojovou. Dětem se věnujeme, hrajeme s nimi hry, podnikáme akce a výlety. Učí se tam různé věci, různé dovednosti a tak. Jsou to děti členů církve, který na tom nejsou nejlíp, mají nějaký problémy v rodině třeba,..“

Příklad empowermentu, neboli **vztahového posílení**, které je vzájemné v tom smyslu, že vztahové partnery podporuje k předávání mastery experience do jiných sociálních kontextů nalezneme zde:

„Loni jsem byla jako dobrovolník na táboře s Animou. Bylo to super. Bála jsem se, že to nebudu zvládat, ale nakonec to dobře dopadlo. Bylo to docela náročný. Ale o to víc jsem zas pochopila TA s T, jaký to museli mít s námi. Jsem na sebe hrdá, že jsem to zvládla. ..Jo, změnilo se tím spousta věcí, jak se dívám na sebe, jako fakt s potěšením. A i na druhý.“

Jinde:

„Už podruhé pojedou letos jako dobrovolník do Holandska do dětského domova. Je to mezinárodní projekt. Hrozně se tam těším. Loni jsem tam byla měsíc a byl to pro mě

velký krok do neznáma. Dalo mi to takovou sílu, že dokážu opravdu leccos. S lidma tam jsem se spřátelila celkem rychle, byli starší a zkušenější, ale dobře jsme si rozuměli, což mě vlastně nepřekvapilo (smích).“ *Co tam budeš dělat v DD?* „Pomáhám tam při aktivitách s dětmi. S dětmi mi to přece jen jde, využívám teda co umím, vím, že se k nim umím přiblížit, získat jejich důvěru. Asistuju terapeutům, učím se organizaci projektu a práci v týmu, zároveň praktikuju jazyk. Přijali mě na UK na lingvistiku, tak se mi to hodí..“

(Zita předává svou zkušenost z aktivního naslouchání a empatizování s obtížemi druhých dál. Sledujeme nárůst odvahy, tvůrčí energie a síly, což jsou projevy jedince, který roste na platformě kvalitních interpersonálních vztahů.)

Nalezení vztahu s Bohem jako výslednice budování vztahové resilience:

„Boha jsem začala víc vnímat u sebe až třeba před rokem, dvěma..myslím, že do té doby to bylo jakože..jako to má hodně lidí v církvi, ..patří do toho, do církve, ale vlastně v Boha nevěří, nemají s ním vztah. Já jsem taky vlastně věřila-nevěřila, nikdy jsem se nad tím nezamýšlela, ale nebyla tam žádná ta osobní cesta, žádný dialog s Ním. Necítila jsem, že by mi nějak pomáhal, ochraňoval mě, nic. Pro mě jakoby nebyl.“.. „Ale mně zároveň ani to společenství nic moc neříkalo. Byla jsem vlastně nějak paralyzovaná tím, co se dělo doma a jakoby jsem ho (společenství) pro sebe „nepoužívala“, jako ty jiný lidi. Víš, to živý..živá církev, sounáležitost, podporovat se navzájem *(slovy vztahové resilience dávat podporu a brát ji, tedy prvek vzájemnosti)* ...nemohla jsem s nima být, prostě to ke mně neproudilo.“ *(Zitina izolace jí bránila k sdílení nejen s lidmi uvnitř církevní komunity, ale zejména ve vztahu k Bohu.)* „Myslím, že to vlastně přišlo až jsem začala mluvit pořádně sama se sebou... že v klubu jsem byla viděná a slyšená, přestala jsem lidem proklouzávat..TA mě nenechala v té neviditelnosti.“ „..jo, bylo to těžký, ale už jsem tomu nemohla uhnout. Před sebou můžeš uhnout, někam si v hlavě zalízt, ale TA mě nenechala zalízt. Měla o mě zájem a já jsem mu uvěřila. Že taky o mě někdo může takhle jako stát.“

Častý pocit COA, že nemám nárok na lásku, nejsem hoden citů, zájmu a péče byl vlastní i Zitě. Tento dojem dítěte, vznikající v prostoru maladaptivních rodinných vzorců a interakcí, ovlivňuje pocit vlastní hodnoty. Protože COA očekává, v obavě ze zranění a v nedůvěře, že by druhý mohl svou emocionální angažovanost myslet skutečně vážně, předjímá odmítnutí a zavržení. Tato anticipace jedince drží zpět, vytváří **izolaci** a zpětně potvrzuje *pocit studu a nízké sebehodnoty*.

Co se stalo pak? „...Přišel obrovské vztek na tátu. Mokrát jsem brečela a řvala venku v lese. Že tohle dovolil.“ Co dovolil? „Abych se takhle cítila, tak neviditelná, a zároveň jako bych za to nějak mohla já, i když vědomě jsem věděla, že to je blbost.“ (Zitin vztek jako aktivní emoce se mohla uvolnit a svědčit „nahlas“ o nespravedlnosti a křivdě, kterou prožívala, ale nemohla ji vyjádřit původně ani ve vztahu k sobě samé, natožpak ve vztahu s otcem, resp. Bohem.),...to mi pomohlo hledat skutečně vztah k Němu, začala jsem se Ho ptát a prosit Ho o to, aby mi taky odpovídal, o to, aby mě uviděl, kde jsem a nenechal mě v tom.“ (Zita se odhodlala k volání po Bohu ve chvíli, kdy se otevřela vlastní zranitelnosti. Mohla se na něj zlobit, ptát se ho, jak to, že dopustil mnoho traumat, které v rodině prožívala ona a její blízcí. Hněvem začal dialog a skutečný vztah.) „Pak.. On začal mluvit ke mně.“ „...najednou se uvolnilo i to, že v té církvi teď můžu s těma lidma taky být...jakože se cítím přijatá mezi ně. Užívám si to, je to krásný.“ „Dalo mi to velkou energii najednou..“ (Zita reflektuje nárůst energie jako jeden z ukazatelů vztahové resilience. Uvědomování si hodnoty prostého „spojení“ s druhými a se společenstvím je dalším signálem růstu vztahově resilientní osobnosti.)

Celkové zhodnocení jazyka vztahové resilience

Zita projevuje vztahovou resilienci ve všech jejích prvcích. Vývoj vztahové resilience je opět patrný od podporované zranitelnosti až po vzájemné vztahové posílení a mastery experience, předávanou v podobách prosociálních aktivit. Zita dokáže být druhým vztahovým partnerem a vytváří růst podporující vztahy ve vrstevnických skupinách, s mladšími dětmi, pro které dokáže být vzorem, stejně jako s dospělými, jimž dokáže být rovnocenným partnerem. Zita pěstuje intimní partnerský vztah se svým přítelem. Pro Zitu byl počátek vztahové resilience právě v posílení vztahu k sobě sama a jeho úzdavě. Její sebepojetí a zejména sebeúcta se v prostoru bezpečného, přijímajícího vztahu s rysy *autonomní podpory* (autonomy support) (Mareš a kol, 2007, str. 18), rozvinula do zdravé podoby. Konstatujeme, že Zita umístila **růst podporující vztahy**, a tedy vzestup vztahové resilience do období terapeutické skupiny. Tu též označila za zlomovou. Zita měla k dispozici již v období před terapeutickou skupinou pro děti i jiná společenství, nicméně z nich aktivně nečerpala a cítila se v nich nepatříčně. Z rozhovoru zjišťujeme, že Zita začala aktivně čerpat podporu a navazovat růst podporující vztahy v církevní komunitě v momentu, kdy přechodovým

rituálem ukončovala své působení v terapeutické skupině pro děti do 14ti let¹⁷. V tu dobu také navázala svůj partnerský vztah. Zita si dovedla vzápětí najít zdroj sdílení a podpory, který by jí kompenzoval ztrátu růst podporujících vztahů, jež nacházela v dětské skupině. V tu dobu již Zita měla za sebou pět let docházení do terapeutické skupiny. Domníváme se, že kompetence pro navazování *růst podporujících vztahů* získala právě v tomto prostředí. Tento krok okamžitého zabezpečení se zmnožením vztahové sítě ukazuje na **vztahové posílení (empowerment)**. Sociální kompetence, které získala během let působení v terapeutické skupině, využila v křehkém momentu přechodové fáze dospívání. Nedošlo tedy ke ztrátě zdrojů, které v náročném období kulminace matčiny nemoci a následného úmrtí Zita velmi potřebovala. Zita poté přešla také do skupiny pro dospívající.

SEIQoL: Zita projevuje velkou spokojenost nejen v těchto bodech, ale též celkově je její spokojenost vysoká (82%). Zitinyými životními tématy, která je zanesla do SEIQoL, jsou **dobré vztahy se sebou sama, s Bohem a rodinné a přátelské vztahy**. V rozhovoru k dotazníku Zita zmiňuje několik konkrétních *růst podporujících vztahů*, které jsou pro ni v současnosti zásadní. Zita již několik let prožívá intenzivní partnerský vztah, má několik blízkých přátel, dobře vychází se svou nevlastní matkou.

Stále trvá blízký vztah s terapeutkou a Zita dochází podle potřeby a možností (je velmi vytížená) do terapeutické skupiny pro dospívající.

„No, třeba před třičtvrtě rokem se táta hodně zhoršil s pitím a vůbec, celou rodinu to hodně ovlivnilo, bylo to špatný. nM už zvažovala, že se s nim rozejde.. Chodil domu opilej..., měli jsme spolu několik výstupů, jako my dva... A i jsme měli nějaký problémy s H. Hodně jsem o tom mluvila na skupině, a volaly jsme si s TA, nebo jsme si vždycky daly schůzku a povídaly si o tom. Mohla sem jí to všechno říct, vona mi na to říkala různý věci, i svý.. Prostě sme si povídaly. Takovej záchytný bod. A hodně mi to pomohlo v tom náročným období. Ale je to jiný, než dřív. Samozřejmě si všechno rozhodnu jako sama. To je moje zodpovědnost a můj život. TA mi nikdy neříká, co mam jako dělat, a tak..ale spíš to jak spolu mluvíme mi hodně dává...máme dobrej vztah. ..tenhle záchytný bod, to je přátelství, prostě to místo, ty lidi, hlavně TA, a prostě ty vztahy, který mě drží v kontaktu s tou mojí silou, ta moje síla jakoby vyrůstá z toho. Takže to bylo třeba nedávno, když to bylo hodně špatný. Nebo tam chodim jen tak, i když mě nic netrápí. S ostatníma si povídat o jejich životě, jejich starostech..vzájemně

¹⁷ Shodou okolností v tomto období byla návazná skupina pro dospívající z grantových důvodů ohrožena a nebyla tedy krátce jistota jejího fungování pro klienty. Skupina nakonec přetrvala toto období.

se inspirujeme a nabíjíme těma zkušenostma.. Chodim tam jako domu, i když už jsem se jakoby odstěhovala.“

(Mladý dospělý také chodí na návštěvy „domů“, do své původní rodiny, i když žije již jinde. Chodí se „ujistit“, že vše funguje stále stejně, že jistoty a bezpečí domova přetrvávají.)

Nyní je i *sourozenecký subsystém*, do kterého se zdravě vrátila, jejím zdrojem opory. Dále si Zita přeje udržet se *zdravá a fit duševně i fyzicky*. Je patrná důvěra v otevřenou budoucnost.

„...mám se dobře..mám pocit, že můžu všechno...těším se na školu, na všechno to, co je přede mnou..“

Její životní témata zahrnují všechny roviny kvality života: bio-psycho-socio-spirituální roviny. Zita byla nyní přijata ke studiu na VŠ, předem se na to cílevědomě připravovala, nyní sklízí úspěch za svou práci. Je v tomto směru plně se sebou spokojená (100%). Z tohoto vysokého hodnocení vysuzujeme *odpovídající sebeúctu a sebevědomí*. Stejně tak se jí daří uspokojovat své jiné růstové potřeby: cestování, sbírání zkušeností. Z těchto životních témat či motivací si všímáme Miller (1991) „pět dobrých věcí“ – vzestup vitality a aktivity, touha po navazování vztahů v různých sociálních prostředích, vědomí sebe, druhých a povědomí o vzájemných vztazích. Řekli bychom, že též zaměření na sebe (2x) a vztahy (2x), respektive sebe v kontextu vztahů (3x) je vyvážené.

Zitino skóre v CAST je vysoké, zátěž v rodině je i vzhledem k získaným anamnestickým datům opravdu veliká. Otcův abúzus a ztráta práce jsou přetrvávající stresory nejen pro Zitu, ale pro celou rodinu. Navzdory tomu se zdá být Zita dobře adaptovanou mladou ženou s vysokou mírou životní spokojenosti a množstvím *růst podporujících vztahů*.

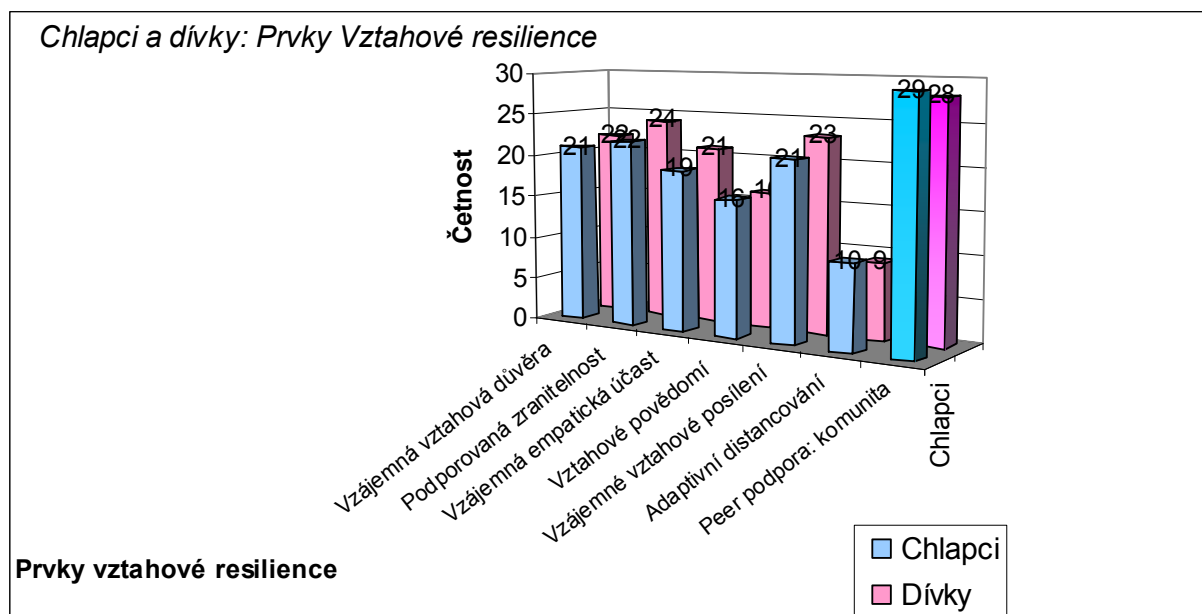
6.2 Výsledky

Předcházející kapitola empirické části se věnovala prezentaci výsledků z každé jedné kazuistiky respondenta. Ilustrovali jsme, kde a jak v jednotlivých rozhovorech můžeme nalézt klíčové komponenty *růst podporujících vztahů*. Ty jsou předpokladem pro vztahovou resilienci (Jordan, 1991). V následující kapitole zkombinujeme výsledky (cross-case analýza) z jednotlivých interview tak, abychom zmapovali výskyt prvků vztahové resilience.

6.2.1 Hlavní výzkumná otázka

Jaký je **výskyt prvků vztahové resilience** u dospívajících z rodin alkoholiků, docházejících do terapeutického programu?

Všichni respondenti nehladě na pohlaví, věk, socioekonomický status rodiny, a jiné sociodemografické charakteristiky, stejně jako na pohlaví alkoholického rodiče či délku účasti v terapeutickém programu vyjadřovali potřebu přítomnosti interpersonálních, one-on-one¹⁸ spojení s takovými jedinci, kteří respondentům umožnili prostředí přijetí a růstu. Takové, jež nebylo přítomné jinde v jejich životech. **Všichni respondenti vykazovali zkušenosti s růst podporujícími vztahy, což je předpokladem rozvoje vztahové resilience u jedince. Všichni respondenti disponovali prvky vztahové resilience.** Dokonce jsme zjistili, že **každý prvek vztahové resilience se alespoň jednou vyskytl u každého z deseti respondentů.** Níže v Graf 2 Tabulka 3 a Tabulka 4 vizte četnost výskytu jednotlivých prvků. V Tabulka 3, Tabulka 4 jsou také četnosti výskytu u konkrétních respondentů. V grafu je též zanesena četnost výroků, týkajících se aktuální vrstevnické vazby, resp. spojení s komunitou či komunitami respondenta („Peer podpora: komunita“).



Graf 2 Prvky vztahové resilience

¹⁸ Důvěrný typ vztahu „jeden na jednoho“, tedy dyadický.

CHLAPCI Vztah. Resil.		1	2	3	4	5	Prvků celkem
		David	Radim	Jarek	Josef	Servác	
Vzájemná vztahová důvěra	1	4	5	4	5	3	21
Podporovaná zranitelnost	2	4	5	4	6	3	22
Vzájemná empatická účast	3	4	5	3	5	2	19
Vztahové povědomí	4	4	3	3	4	2	16
Vzájemné vztahové posílení	5	4	5	4	5	3	21
Adaptivní distancování	6	3	1	2	2	2	10
Peer podpora: komunita		6	7	5	7	4	29
Četnost prvků/osobu		23	24	20	27	15	Modus
První vztahový partner		TA, T	TA, T	TA, T	TA	TA	TA, T
Současní vztahoví partneři		TA, kamarád, kamarádka	TA, trenér, bývalá přítelkyně,	TA, nO, kamarád	TA, víc přátel	TA, nM	TA, kamarádi
Peer podpora: komunita		skupina, herní, agility	skupina, sport oddíl	skupina, parta	skupina, auto klub, přátelé	skupina	skupina
Vztahové posílení KDE		dobrovolnická služba, agility	sport oddíl	"zdravá" parta	auto klub, dobrov.akce	vlastní tvorba	dobrovol.

Tabulka 3 Prvky vztahové resilience, peer podpora a růst podporující partneři CHLAPCI

DÍVKY Vztah. Resil.		1	2	3	4	5	Prvků celkem
		Zita	Běla	Věra	Zora	Karina	
Vzájemná vztahová důvěra	1	5	5	4	4	4	22
Podporovaná zranitelnost	2	7	6	3	5	3	24
Vzájemná empatická účast	3	5	6	3	4	3	21
Vztahové povědomí	4	4	5	2	3	2	16
Vzájemné vztahové posílení	5	6	6	3	4	4	23
Adaptivní distancování	6	1	2	2	1	3	9
Peer podpora: komunita		7	7	3	6	5	28
Četnost prvků/osobu		28	30	17	21	19	Modus
První vztahový partner		TA	TA	TA	TA	TA	TA
Současní vztahoví partneři		TA, T, partner, nM, Bůh, přátelé	TA, T, přátelé	TA, partner, O	TA, kamarádka, skaut.ved., O	TA, sestřenic e	TA, partner/kamarád
Peer podpora: komunita		skupina, církev, sourozenci, přátelé	skupina, divadelní "parta", přátelé	skupina	skupina, skaut, hudeb. Komunita	skupina	skupina
Vztahové posílení KDE		dobrovolnická služba 2x, církev.dětská skupina	dobrovol. Služba, art projekty	vlastní tvorba	vedoucí skaut,organi z-hudební komunita	"zdravá" parta	dobrovol.

Tabulka 4 Prvky vztahové resilience, peer podpora a růst podporující partneři DÍVKY

Vztahové spojení:

Všichni respondenti zmiňují vztahové spojení s **jednotlivci a komunitami**. V těchto spojeních nacházíme zkoumaných pět prvků **vztahové resilience**. Dále jsme sledovali prvky **adaptivního distancování** jako pozitivního, resilientního prvku. U všech deseti respondentů byl **primárním zdrojem růst podporujících vztahů prostor terapeutické skupiny**. Proto, budeme li prvky popisovat, předesílám tento kontext. Pokud bude kontext jiný, bude

explicitně poznamenán. Podívejme se nyní detailně na výskyty, operacionalizace a souvislosti jednotlivých prvků vztahové resilience.

6.2.1.1 Dílčí výzkumná otázka: Jaký je výskyt prvku vztahové resilience, tzv. **vzájemné vztahové důvěry** ve výpovědích COA respondentů?

Vzájemná vztahová důvěra se vyskytuje ve výpovědích všech COA respondentů. Zastoupena je u chlapců 21 výroky a u dívek celkem 22 výroky, Graf 2. Abychom ji mohli lépe dokumentovat ve výpovědích respondentů, rozdělíme ji na několik „kroků“ jejího vývoje, resp. zralosti. Část respondentů shodně popisuje, že **nejdřív pozorovali** to, jak se terapeut či terapeutka vztahují k ostatním účastníkům programu. Např. Josef popisuje:

„Tam sem potkal skvělého T. Začali jsme postupně..přes focení, von fotil třeba přírodu, brouky, takový ty makra, a mě to hrozně zajímalo. Moc jsme nemluvili, ale pobývali sme spolu. S dětma sem se nejdřív nebavil. Ale s T jo, a viděl sem, že von a ostatní děti spolu maj dobrý vztahy. Asi mě to nějak ujistilo, že můžu věřit jemu i jim..“

Radim říká: „Poznal sem, že jim na mně záleží. Začal sem jim víc věřit, taky, když sem viděl, jak se chovaj i k ostatním...“

Mohli bychom tuto iniciaci do intimity skupiny nazvat observačním učením; jedinec si všímá interakce druhých a jejich kvality v mikrosvětě terapeutické skupiny, a tak roste důvěra ke vztahovému partnerovi, stejně jako k ostatním klientům. Později tuto důvěru sám testuje. Nejprve pouhým **spolubytím se vztahovým partnerem**, posléze projevuje vlastní iniciativu (vzájemná vztahová důvěra) a pozve jej do svého osobního prostoru (podporovaná zranitelnost). Spolubytí je častý způsob interakce se vztahovým partnerem. Respondenti jej popisují frázemi: „*spolubytí*“, „*jen tak sme byli*“, „*mohli sme mlčet*“, „*dělali sme kraviny*“, „*nic neřešit, jen tak bejt*“. Vztahová důvěra tedy vzniká tam, kde je čas na nestrukturované spolubytí vztahových partnerů. Již samotný sdílený čas dává respondentovi implicitně informaci o jeho hodnotě v očích partnera. Jarek tento aspekt sdílení a růstu sebehodnoty reflektuje takto: „*To sem asi pochopil, že nejsem tak špatnej (jako podle mámy) ..přece jenom, že mi někdo věnoval ten čas, chápeš, kdybych byl uplná nula?*“

Vztahový partner, ve všech případech našich respondentů dospělý na pozici terapeuta, tedy nabízí spolubytí a respondent ve vztahu zažívá pocit vlastní hodnoty. Explicitně nacházíme vyjádření v těchto frázích: „*měla na mě čas*“, „*nespěchala*“, „*šel tam se mnou, celej tejden mě učil lyžovat, měl tu trpělivost..*“. Vztahový partner též signalizuje svou dostupnost a usnadňuje tak dítěti další krok, **autentické sebevyjádření a otevření se druhému se svými potřebami**. Tedy **podporovanou zranitelnost**.

Respondenti popisují interakci, zakládající důvěru, jako **spíše neverbální, později** se rozvíjí i na rovině sdílení **verbálních obsahů**. Toto nalezneme explicitně zejména u těch, kteří začali do terapeutické skupiny docházet v mladším školním věku, tedy David, Radim, Jarek, Josef. U dívek např. Běla.

Terapeut zprostředkovává korektivní vztahové podněty a zkušenosti přes zážitek – „učil mě lyžovat“, „šel se mnou koupit kytaru“, „hrál se mnou celej večer..“. Často též přes samotnou přítomnost: „byl tam, to mě uklidňovalo“ či „věděl sem, že můžu za nim..“

Jarek popisuje: „Myslím, že na začátku sem jí nevěřil, jako prostě nikomu.“

Co ti jako pomohlo jí věřit? „Nevim, ... myslím, že ten čas a třeba jenom bejt spolu.“

Dalším aspektem, který podporuje vztahovou důvěru dítěte a usnadňuje mu pokusy o vlastní iniciativu je **podporovaná zranitelnost ze strany partnera (aspekt vzájemnosti)**:

Jarek říká: „A taky to, že byla upřímná vo tom, jaký vona sama má třeba problémy, když byla našťvaná, nebo smutná, řekla nám to, bylo to na ní i vidět.“

Povšimněme si algoritmu: podporovaná zranitelnost terapeuta umožňuje vznik vzájemné vztahové důvěry u dítěte: „A asi nejvíc, když mi třeba TA vyprávěla vo sobě, co vona zažívala ve svý rodině, jak žila, její otec taky chlastal a tak, ale zároveň na mě netlačila, řekni to svý, ale nechala to bejt. Začal sem jí víc věřit. Ani nevím, kdy přesně to přišlo.“ Jaks poznal tu změnu, tu důvěru? „Nevím, že sem ses ní začal cejtít fakt dobře. Jakoby nemusim nic hlídat. Věřim jí.“ (David). A Jarek: „...Vyprávěla mi potom, čeho se bojí vona.“. **Dítě se učí vzájemnosti ve vztahu od druhého.**

Konečně podstatným bodem pro respondenty byla **kongruence verbálního a neverbálního projevu** terapeuta: „Byla nějak jako jasná, víš, jako vtevřená. Bylo na ní snadno vidět, když je ráda, kdy je smutná, v pohodě, našťvaná.“ K čemu to bylo jako dobrý pro tebe tohleto? „Věděl sem, vo co de, na čem sem.“ (Jarek). Děti z rodin alkoholiků běžně doma zažívají nestálost. Prostředí rodiny a komunikace mezi jejími členy pro ně často bývá nečitelné. Rodiče je v opilosti zaplavují afektivními projevy, například dítě verbálně přesvědčují o lásce, zároveň fyzicky nejsou schopni kontakt navázat, nebo jej odmítají, případně rychle přejdou do agresivity. Dvojná vazba v komunikaci zakládá na stažení se dítěte z kontaktu a nedůvěru. V prostoru růst podporujícího vztahu je verbální i neverbální komunikace směrem k dítěti v souladu. Ta umožňuje vznik vzájemné vztahové důvěry.

6.2.1.2 Dílčí výzkumná otázka: Jaký je výskyt prvku vztahové resilience, tzv. **podporované zranitelnosti** ve výpovědích COA respondentů?

Podporovaná zranitelnost se vyskytuje u všech deseti respondentů.

Podporovaná zranitelnost je ve výrociích respondentů **patrná nejčastěji** ze všech prvků vztahové resilience, vizte Graf 2. U dívek byla ve výrociích obsažena celkem 24 krát, u chlapců celkem 22 krát. Podporovaná zranitelnost se u respondentů objevuje podle jejich časových os vždy po vstupu do terapeutického programu. Manifestuje se například v těchto výrociích: „*Bála jsem se, že mě za to odsoudí, pak jsem to stejně řekla.*“ (Zita), „*Když si vzala ty prášky, ona byla první, komu jsem volal.*“ (David). Další nejčastěji užitá konkrétní fráze podporované zranitelnosti byly tyto: „*O pomoc.*“, „*Říct si.*“, „*Je to pro mě opora.*“, „*Když nevím/když potřebuju pomoci/poradit, promluvim s ní/zajdu za ní.*“, „*Zavolala jsem jí.*“, „*Svěřuju se.*“, „*Povídáme si vo těch věcech.*“, „*Řekla jsem jí všechno, co mi dělal...*“ Těž nacházíme zranitelnost partnera, reflektovanou respondentem: „*Říká mi i dost důvěrný věci.*“ (Běla) Připomenu, že vzájemnost všech prvků byla podmínkou, abychom mohli výroky zařadit dle Jordan, Surrey a Kaplan, (1991) do růst podporujícího vztahu. Např. zde: „*...dívá se na mě, poslouchá, nespěchá a nepřerušuje mě..mám pocit, že na mě záleží, že sem nějak důležitěj (úsměv) jako.*“ *A když ti říká něco vona, co ty děláš v tu chvíli?* „*Když vona mluví, tak myslím, že dělám to samý.*“ „*A cejtím, že i jí je se mnou dobře.*“ (David)

Projev podporované zranitelnosti může být též **neverbální**, např. pláč před druhým jedincem nebo před skupinou, který si v jiném vztahovém kontextu jedinec nedovolí, zde patrně u Serváce: „*Bylo mi smutno, myslel sem, že se rozbřečím, ale najednou už mi to nevadilo, že bych před nima brečel. Nestyděl sem se za to. Lidi mlčeli, ale cejtíl sem, že to je dobrý mlčení, že sme všichni jakoby u toho, ne že mlčí, protože neví, co říct, ale proto, že tak to prostě je.*“ **Podporovaná zranitelnost spočívá v přiznání vlastních emocí, křehkosti a zranitelnosti vztahovému partnerovi**, často spolu s vyjádřením potřeby pomoci, podpory. Např. Běla zde: „*Je to fakt těžký, někomu takhle pomáhat a že mě to fakt dostalo.*“ Svědčí o vlastní zranitelnosti a limitech v jiném vztahu, svěruje se s nimi terapeutce a původně si řekla o podporu a sdílení.

Pocity, které respondenti zažívají, doprovázející prvek podporované zranitelnosti jsou tyto: „*Jen tak jsme a můžeme mlčet, to je fajn.*“, „*Cejtím se uvolněně.*“, „*...sem uvolněnější. Myslim, jako víc svůj. A to je dobrej pocit..taková síla, a víc si sebe vážíš.*“ (David) „*Cejtím se v tom svobodně, uvolněně,....prostě krásně. Můžu cokoliv. A vim, že mě nikdy nezavrhne, ani já ji.*“ (Běla o vztahu s TA) „*Nemusím nic hlídat. Je to takový, osvobozující.*“ (David) „*Jako by ze mě spadla ta tíha, když sem to řek', najednou mě někdo vopravdu viděl.*“ „*Potřebovala jsem, aby byla jen tak se mnou. Abych jí to mohla říct. Řekla jsem to.. Bylo těžký to říct, ale nakonec jsem do toho šla.*“ (Zita)

Karinina výpověď dokumentuje celý algoritmus důvěry, podporované zranitelnosti a následný prožitek uvolnění a nástupu energie: „...*Seděli sme a jen tak sme si s TA povídali. Dlouho, vo kravinách, vo tom, co se nám líbí a co nás štve. Najednou to šlo. Cejtla sem se dobře...Cejtla sem se tak nějak bezpečně a blízko. Řekla sem jí vo tátovi, že se za něj stydím. Nějak sem věděla, že můžu...že mě neponíží.*“ Co se potom změnilo? „*No, jakoby se ve mně všechno uvolnilo..... Cejtla sem se radostně, takový dobrý to bylo. Najednou ze mě spadl nějaký těžkej kámen..strach z lidí,..blízkosti... Ted' si prostě víc věřim.*“

Respondenti se cítí **bezpečně, jistě, uvolněně a autenticky**. Téměř vždy následuje pocit nárůstu energie, Miller (1991) popisovaný „zest“. Vypovídají o tom, že se cítí být sami sebou (Josef: „...*já sem mohl bejt naprosto sám sebou*“).

Prvek vzájemnosti v podporované zranitelnosti, coby hlavní charakteristika růst podporujícího vztahu je k nalezení například v tomto výroku Jarka: o nevlastním otci: „...*když jsem s tátou, jdeme třeba do školy, tak si spolu povídáme...povídáme si o kravinách, jen tak spolu dem...Říkám mu všechno, i když vim, že se mu něco třeba nebude líbit. Beru, že třeba řekne, že sem vůl, že to sem podělal. Řekne mi dycky, co si von myslí.*“ Všimáme si vyváženosti a rovnocennosti vztahových partnerů. Jarek si je vědom této vztahové kvality s nevlastním otcem. Tento zážitek, opakovaně posilovaný s každou interakcí, posiluje pocit vlastní hodnoty a respektu k sobě sama. Zároveň inspiruje k dalším interakcím.

„Jak to poznáš, že to je oboustranný?“ „*No, prostě jak spolu třeba ted' mluvíme. Je to takový svobodný. A v pohodě. I když zároveň je mi jasný, že když s jí něco nebude zdát, tak mi to řekne bez obalu. I já bych jí to řek.*“ (Josef)

6.2.1.3 Dílčí výzkumná otázka: Jaký je výskyt prvku vztahové resilience, tzv. **vzájemné empatické účasti** ve výpovědích COA respondentů?

Empatická účast jako prvek vztahové resilience je **přítomna u všech deseti respondentů**. **Byť je lehce méně častá ve výpovědích chlapců (19) než u dívek (21)**, Graf 2. Empatická účast se u všech respondentů rozvinula na základě zkušeností v terapeutickém prostoru (jak individuálně, tak v komunitě). Později ji všichni respondenti reflektují i mimo terapeutický prostor a vztahy, což považujeme za osvojení si tohoto prvku resilience.

Nacházíme ji např. v těchto výrociích: „*Najednou jsem si uvědomila, jak málo jsem s nimi mluvila o mámě a o její nemoci,... a že to pro ně muselo být hrozně těžké taky. Že se musely cítit osaměle minimálně tak jako já.*“

Všimáme si u respondentů **snahy vidět situaci či vývoj**, někdy dost komplexní, **očima druhého**, případně např. rodiny jako celku. Skrze otevření se a prožití vlastních

potlačovaných emocí mohli respondenti začít **empatizovat se svými blízkými**. Což je v perspektivě jejich budoucích vztahů s původní rodinou pozitivní aspekt. Prvním krokem k odpuštění vztahových zranění, způsobených dětem v rodině alkoholika je soucítění a empatická účast. Na odpuštění však mnozí dosud nejsou přirozeně připraveni. Místy je ve výrocích respondentů patrný vnitřní konflikt, např. v popisu Josefa zde: „*Šel sem domu a hrozně sem nad tím přemejšlel. Hrozně sem nechtěl ho přestat nenávidět. Chtěl sem ho trestat. Pak sem se na to vyspal a rozleželo se mi to. Hele, o otci si furt myslim, že je to hajzl. Ale vim, že taky nemohl za všechno, že to měl taky těžký..a že kdybych ted' na to měl, tak bysme se mohli nějak stykat..alespoň to zkusit. No, ještě potřebuju čas.*“ Respondent zde přehodnocuje vztah s otcem. Je to výzva, které čelí. Zároveň si je vědom sebe a svých limitů (reflektuje **vztahové povědomí**). Nicméně, pokud měli respondenti dost času a příležitostí vztahově zrát, roste jejich **důvěra ve vlastní hodnotu a sebeúcta**. Respondenti, vědomi své hodnoty, prokazují odolnost ve smyslu empatické účasti, protože se již necítí být přiblížením ke druhému a zaujetím jeho postoje ohroženi.

Navzdory adaptivnímu distancování respondenti dokážou projevit **empatickou účast s rodičem, od kterého se zároveň distancují**. To **svědčí o zvládnutí a osvojení** tohoto prvku resilience, o mastery: „*Máma říkala, že jí prej vždycky předhazovali jak je blbá. ... Ne, myslim, že máma si to v sobě nese pořád. Že proto je taková. Myslim ale, že je docela silná, protože třeba ted' šla do toho studia, dodělává si maturitu, a myslim, že je to takovej její boj, že chce dokázat, že na to má. Komu to chce dokázat, myslíš? No, hlavně sobě, myslim. Že si to nesla dlouho v sobě, věřila tomu. Ale co je s tátou (nO) se hodně změnila k lepšímu a myslim, že si chce dokázat, že není blbá, jak jí vtloukli do hlavy.*“ (Jarek o své matce) „*Tak sem to nějak jako chápal, že je jako vopatrnej a potřebuje mě víc poznat, potřebuje čas si zvyknout.*“ (Jarek o nevlastním otci)

„...až celkem nedávno jsem nějak přijala to, že to bylo asi kvůli té nemoci, že za to nemohla. Že to takhle nechtěla, jenom nemohla jinak.“ (Zita projevuje empatickou účast a porozumění s chováním matky, které pro ni bylo zároveň velmi zraňující.)

6.2.1.4 Dílčí výzkumná otázka: Jaký je výskyt prvku vztahové resilience, tzv. **vzájemného vztahového povědomí** ve výpovědích COA respondentů?

Vzájemné vztahové povědomí bylo shledáno ve výpovědích **všech respondentů**.

Bylo **nejméně zastoupeným faktorem vztahové resilience**. U dívek i u chlapců jsme jej jednoznačně zachytili ve výrocích shodně **šestnáctkrát**, Graf 2. Zřejmě je to proto, že verbalizovat tento prvek je nesnadné a vyžaduje relativně velkou reflexi sebe sama ve vztahu

a vztahu jako celku. Nalezneme jej v těchto výrociích: „Poznám na ní, když..“, „Stačí mi už jenom to vědomí, že můžu..“, „Vim, kam můžu zajít.“, „Vim, kde jsou hranice..“ „Vim, že jí se mnou je taky dobře. Prostě to cejtim.“ a „Poznám to.“

Výrok respondenta níže reflektuje rys vzájemného vztahového povědomí, kdy se **jedinec orientuje ve vztahu, cítí se v něm jistý, je si vědom jeho charakteristik, hranic, kvality komunikace**, apod. Respondent verbalizuje vědomí druhého, sebe a respekt vůči těmto charakteristikám.

„Třeba s F. třeba vim, kam můžu zajít. Naprosto cejtim, kde jsou jeho slabiny, co má rád..vim, co si můžu dovolit. Často na mě zkouší ty jeho móresy, ale vim, že je takovej a vlastně mu na to neskáču, ani ho s tím nevykopolu. Nenaštve mě to, беру ho tak. Prostě respektuju jeho hranice.“ *Jak ses tohle naučila?* „Já nevím, no..myslim, že.. že vlastně jsem si šáhla na to, jaký to je, když někdo respektuje mě. Uvědomila jsem si asi časem jak je to pro mě důležitý.“...(Běla)

„A to sem se na to taky naučila bejt citlivá, vnímavá, hlavně nejdřív k sobě, co potřebuju. V mnoha situacích vim, kde s tím člověkem sem, vyznám se teď ve vztazích mnohem víc než dřív.“ *K čemu ti to je dobrý, tohleto?* „No, cejtim se ve vztahu bezpečněji, tak jako jistější.. vim, kam jdu, i kam jde ten druhej.“ Běla zde popisuje mastery zkušenost-vztahové povědomí je součástí, či prekurzorem vědomí sebe sama. Sebevědomí respondenta roste, zažívá li jedinec i v dalších vztazích **pocit, že se orientuje, má vliv a podíl na jeho podobě**. Rozvíjí se též jedincova **citlivost a vnímavost**. A to jak vůči sobě a svým potřebám, tak vůči svébytnosti druhého.

„Jo, s K. se máme nějak rádi, respektujeme se. Vim, co můžu a vona se ke mně taky tak chová. Zná mě dost na to, aby věděla, co mě naštve, to já taky, tak se voba vyhejbáme nějakýmu zbytečným střetu. Myslim, že tak poznáš respekt, že víš, co ten druhej člověk má nebo nemá rád, a podle toho se k němu chováš.“(Radim)

„Zároveň už jsem ji znala, věděla jsem, jaký máme vztah a že jí můžu nějak důvěřovat. Nějak jsem cítila, že mě nepřestane mít ráda a to bylo asi to hlavní.“(Zita)

Vztahové povědomí v růst podporujícím vztahu pomáhá respondentovi udržet si jistotu, že bazální **důvěra** mezi partnery zůstane **neporušená**, nehledě na cokoliv. Nepochybuje o **stálosti citové vazby**. Např. nepříjemnost či kritika partnera respondenta neohrožuje, neboť **si je vědom** kam a čemu negativní výroky patří: „Tak jí volám, třeba i v noci...Můžu si s ní povídat, vim to, a nemusím se bát... Jako, nešetří mě, párkrát mi řekla i docela drsné věci, položila jsem telefon a brečela. Ale věděla jsem, že to je správně. A že ona mi neublíží, že mi jenom pomáhá to uvolňovat. Že se odblokovávám a jde to jedine přes tu

upřímnost, přes to, že mi otevřeně říká ty věci, a já jí.“ Obsáhnout tento prvek vztahové resilience je pro děti alkoholiků obzvláště důležité, neboť mikrosvět jejich vztahů a rodiny je naplněn chaosem, hranice jsou nejasné, stejně jako komunikace. Ta je buď velmi konfliktní, nebo jej ve zdravé míře postrádá úplně. Dítě je znejistěno dvojnou vazbou, např. při hodnocení rodičem (někdy je rodičův miláček a záchranář, někdy je budižkničemu). Ve vztahu ztrácí orientaci a získává naučenou bezmocnost. Vztahové povědomí je tak protikladem k této naučené bezmoci.

Níže si na výročí respondentů ukážeme získání kompetencí v psychosociální sféře na základě transformace v růst podporujících vztazích. U respondentů nacházíme též zvnitřnění této vazby a byť je již původní růst podporující vztah později méně aktuální, bazální důvěra je stále přítomna: *„...jen sem s ní už tak moc nebyl, ale věděl sem, že je tam a to mi jakoby stačilo. I sem věděl nějak, že vona je s tím v pohodě. ...Ne, nijak sme si to neřekli, ale prostě sem to cejtil. Nevim, jak to vysvětlit, bylo to nějak jasný, že to tak můžem' mít.“* (David)

Vztahové povědomí má nezřídka **nevyřčenou podobu**. Jedinec to „nějak ví“. Toto vědomí je formováno opakovanými zkušenostmi na základě vztahové důvěry v partnera, jedinec tak prohlubuje poznání sebe a druhého skrze vztah. Výsledkem je **jistota**, která se manifestuje jako „prostě to vím“.

6.2.1.5 Dílčí výzkumná otázka: Jaký je výskyt prvku vztahové resilience, tzv. **vzájemného posílení** ve výpovědích COA respondentů?

Vzájemné vztahové posílení bylo shledáno u **všech deseti** respondentů.

U chlapců bylo zastoupeno ve 21 výročí, u dívek ve 23 výročí, Graf 2. Typické výroky, reflektující vztahové posílení jsou tyto: *„Začala jsem si víc věřit.“* *„Ted' si věřim, že to zvládnu sám.“* *„...se mam ted' konečně ráda.“* *„Vim, kde jsou moje hranice a nenechám si jen tak něco líbit.“* *„Jsem ted' silnější.“* *„Posílilo mě to.“* *„Dalo mi to.“* *„Hodně jsem se naučil.“* *„Naučil/a jsem se bejt s lidma.“* a *„Naučila jsem se zase věřit lidem.“*

Jarkův popis dobře ilustruje vztahové posílení, které respondenti, disponující vzájemným vztahovým posílením zažívají ve vztahu s růst podporujícím partnerem. Tento prvek jedinci umožňuje jednat sebevědoměji, kompetentněji v jiných vztazích, prosazovat své potřeby a aktivně se podílet na změnách, růstu, prohlubování a rozšiřování jak vztahů s druhými, tak i vlastních aktivit obecně: *„Ted' už za ní chodim sám, když chci něco řešit, řeknu si o schůzku.“* *Co naposled jsi takhle řešil? „Třeba, že chci změnit u nás doma pravidla kdy mám večerku..., tak abych si to s rodičema vyjednal. Chci to ted'ka jinak. Proberem to*

spolu, řeknu jí, co mám v plánu – ona mi na to řekne, co si myslí...prostě to rozeberem', co s tím můžu udělat.“ Jakože ti poradí, co máš dělat? „Ne, vona...spíš si jakoby já ujasním, co vlastně já chci a jak to udělám...vím, co mi na to řekne, ale stejně, dycky mi to dodá takovej ten dobrej pocit,.. že to je v pohodě, takovou jakoby sílu..“

Ze vztahového posílení, coby pro okolí nejaktivnějšího z prvků vztahové resilience je patrné u respondentů celkové posílení: všímáme si nárůstu „pěti dobrých věcí“ podle Miller (1991); **chuti** do dalších vztahů, nárůstu **vitality** a chuti **jednat**, **zostření sebeobrazu**, **zvýšený pocit hodnoty**, resp. **sebeúcty**.

„...a já jsem cítila, že jsem vážně tou šamankou. Cítila jsem svojí vnitřní sílu, i to, že část tý mojí síly jde z toho kmene¹⁹ právě. Z těch lidí a vztahů, co jsem si tam vytvořila za ty roky. Cítila jsem, že můžu jít dál. Přejít do nové²⁰ jsem se bála, i jsem se na něj těšila. Věděla jsem, že začne něco nového. Šla jsem na gympl a těšila jsem se, že tam potkám lidi, se kterými si budu rozumět.“ (Zita, zdravá separace, sebedůvěra)

Vztahové posílení pro respondenty často představuje odrazový můstek pro větší aktivitu v mezzo a makrosystému.

Jak ses po tomhle cejtil? „Jakože dobře, prostě sem se na sebe přestal dívat jako na lůzra a viděl sem taky, že sem silnej, že můžu někomu pomoci, a tak.“ (Radim) Tento výrok ilustruje, jak respondenti reflektují **mastery**, resp. kompetenci, jež získali v prostředí růst podporujících vztahů a jež přenesli do vztahů s druhými. Uvědomění si možnosti ovlivnit nejen dění ve svém životě, ale také v životě druhých lidí, stejně jako **pocitů nárůstu energie, síly a schopností**. Vztahové posílení je doprovázeno zpevněním sebepojetí, zejména sebeúcta u všech respondentů vzrostla.

Na behaviorální rovině lze souvislost shledat ve výrocích o:

Tvůrčích aktivitách:

Servác: „poslední dobou se cítím nějak silnější, mám sice hrozně nějakýho neklidu, a tak, a taky teda jako hodně píšou a skládám hudbu, která je vo tomhle neklidu a nespokojenosti. Ale myslím, že je to dobrý. Jsem z té letargie venku a něco dělám, i když s tím nejsem zdaleka spokojenej..“

Sociální angažovanosti a aktivní pomoci druhým: Sebevědomí skrz mastery se promítá do potřeby distribuovat „to, co respondentům fungovalo“, dalším „potřebným“:

¹⁹ „Kmenem“ respondentka míní terapeutickou skupinu.

²⁰ Přejít do nové je součástí odchodu ze skupiny dětské do „světa dospělých“. Dospívající absoluuje přechodový rituál vždy na letním pobytu mezi svým čtrnáctým a patnáctým rokem.

„Chápeš, jako, sem vlastně měla ze sebe radost, že sem to dokázala jí takhle pomoci.“ (Běla) „Jo, už sem sem (do terapeutické skupiny) přived' pár lidí. Jakože kámoše, co to taky potřebovali. Co to maj' doma fakt jakože blbý.“ (Jarek) „Loni jsem byla jako dobrovolník na táboře s Animou. Bylo to super. Bála jsem se, že to nebudu zvládat, ale nakonec to dobře dopadlo. Bylo to docela náročný. Ale o to víc jsem zas pochopila TA s T, jaký to museli mít s námi. Jsem na sebe hrdá, že jsem to zvládla. ..Jo, změnilo se tím spousta věcí, jak se dívám na sebe, jako fakt s potěšením. A i na druhý.“ „Už podruhé pojedu letos jako dobrovolník do Holandska do dětského domova. Je to mezinárodní projekt. Hrozně se tam těším. Loni jsem tam byla měsíc a byl to pro mě velký krok do neznáma. Dalo mi to takovou sílu, že dokážu opravdu leccos...“ (Zita)

Známkou resilience a mastery je také **použití svých specifických zkušeností v pomoci druhým, kteří pocházejí z podobného rodinného prostředí**, jako respondenti:

„Řekla sem si, že pojedu, že bude dobrý jim něco předávat taky. Protože vím, odkad' pocházej ty lidi, z jakých rodin (závislost alespoň jednoho rodiče na alkoholu nejčastěji), a vim, jaký to je, v čem žijou, že právě nemaj nic z toho, o čem se tady bavíme, nějakou úctu a lásku k sobě sama, a to bych chtěla jim pomoci nějak hledat.“ Jaký to je, bejt s dětma, který prožívaj to, cos zažívala do nedávna i ty, než vzali V. (nO) do léčebny? Jak to zvládáš, víš co, neotevívá to v tobě ty bolesti? „Ne, člověče, naopak se cejtím o to silnější.“ (Běla)

Posílení se také objevuje v **oblastech zájmu o širší okolí, uvědomění si sounáležitosti** s vyššími celky:

„Když sme jeli čistit Vltavu, bylo to super. Cejtíl se, že dělám něco pro tu krajinu, že si jenom neberu, ale taky něco dávám. Byl sem na sebe hrdej a ve škole sem to vyprávěl lidem.. Myslim, že člověk si má všimát toho jako, v čem žije..“ (Radim)

Nejčastější byl pozitivní, korektivní vliv na sebeúctu a sebehodnotu, shledaný ve vysoké četnosti u všech respondentů: (Radim) „Tady (v terapeutické skupině) jsem si zažil, že si mě lidi vážej, vobdivujou mě, jako že mě maj prostě rádi jako jen tak. To mě nějak hrozně dalo. Začal sem si víc věřit, a všimál sem si, v čem sem dobrej..“

„Prostě sem měla pocit, že sem celá špatná, celá jakoby nakažlivá.. Předtím sem byla jakoby chudinka uřápnutá. Kamarádila sem se s lidma, co dělali bordel. Protože ty byli stejně mimo jako já. Cejtíla sem se s nima alespoň trochu normálně.. Normálně sem se naštvála (Karina miní vztek vůči okolí, u kterého zažívala nepřijetí) Ted' si říkám, ať dou ty lidi někam, jestli s tím maj problém!“ Je patrný nárůst autonomie a vlastní účinnosti, který má původ v dyadickém, růst podporujícím vztahu.

Pocit **zdatnosti, síly a vědomí vlastní účinnosti, integrované do sebepojetí** se objevuje často: „*Dodává mi to odvalu potom i jinde. Třeba na skautu..(Zora)*“ či „*...Neustále mnou něco cloumá, ale dokážu všechno přežít. Jsem nezmar.*“ (Běla) Respondenti popisují **vzájemnost a partnerství** v současných, růst podporujících vztazích. Nejsou pasivními příjemci, ale aktivnímu spolutvůrci. Jsou si této změny vědomi. Cítí se v těchto vztazích a interakcích kompetentní, jistí a autentičtí, např. zde: „*No, jako, je mi jasný jak to spolu máme. Jsme k sobě upřímný, vona mě pošle klidně do prdele, když jí štvu, ale vim, že to nemyslí zle. A já jí taky řeknu, co si myslím, ale mezi náma to nic nemění. Mám jí prostě ráda a ona mě.... Ví, jaká sem jakože totálně.*“ (Karina).

Vliv na transformaci rigidních postojů a změny do dalších vztahů:

Např. respondenti **vypovídají o vyvázání se z maladaptivní role**, např. parentifikovaného dítěte: „*Tady jsem vlastně mohla být dítětem, což mi ale došlo až později. Dlouho mi trvalo si zvyknout na to, že tady nejsem, nebo nemusím být ta máma všech. Jakože nestarat se, nebo spíš starat se jinak a starat se hlavně o sebe.*“ (Zita) Součástí toho byl návrat do vývojově adekvátní role. Respondenti reflektují pocity „správnosti“, „úlevy“, např. zde: „*Tady byla vlastně takový azyl, kde všechno funguje normálně – je tu táta s mámou, když přijdeš, a ty se tě ptaj, jak bylo ve škole. Cítíš se jako jejich dítě...“ A jak se takový dítě cítí? „Cítí úlevu.“* Respondenti následně aktivně přetvářeli své prostředí směrem k well-being, tak, aby odpovídalo jejich potřebám. „*Začla jsem bydlet s přítelem, a to mi taky hodně pomohlo. Začala jsem víc mluvit s lidma..“* (Věra) „*Až tady sem začala mít pocit, že zvládnu nějaký věci, Třeba jakože, ..stáhla sem kouření...“* (Karina) „*...No, tím že jsem odešla, se uvolnil vztah s mámou určitě.*“ (Věra)

6.2.1.6 Dílčí výzkumná otázka: Jaký je výskyt prvku vztahové resilience, tzv. **adaptivního distancování** ve výpovědích COA respondentů?

Adaptivní distancování jsme našli u **všech respondentů**, byť v malé míře. Což je dobrým signálem vzhledem k tomu, že zároveň dysfunkční podoba distancování, tedy izolace, není přítomná u žádného respondenta v době výzkumu. Z toho lze vyvodit, že respondenti se nepotřebují tak často adaptivně distancovat a prioritně vztahy udržují. U dívek byl výrok, reflektující adaptivní distancování, **přítomen celkem devětkrát**, u chlapců **celkem desetkrát** Graf 2. Fráze, užívané respondenty nejfrekventovaněji jsou: „*Vim, jaká je, беру to tak.*“, „*Nezměním jí, nechávám to bejt.*“, „*Snažim se s ní moc nebejt, vyhnout se tomu.*“, „*Nejsme si blízky, ale už mě to netrápí. Respektuju jí.*“

Ve vyprávění příběhů rodin respondentů, i jich samotných v kontextu dalších vztahů byly velmi často přítomny fráze, svědčící o odpojení se od nestabilního a nepředvídatelného rodiče alkoholika. Zároveň se dítě distancovalo od rodiče druhého, jež se na situaci maladaptoval, a zraňoval tak svým zvládáním (coping) dítě, jinde se rodič distancoval sám a byl dítěti emočně, či přímo fyzicky nedostupný (léčba, intoxikace, děti odloženy do náhradní péče instituce, apod.). Toto **distancování vždy v minulosti přešlo do vztahové izolace** ve vyprávění každého z respondentů. Respondenti tuto izolaci popisují termíny jako: „*(ne) říkat to, co prožívám, a tak. Naučila jsem se to jakoby někam zasouvat.*“, „*Byl sem mimo.*“²¹, tento výrok se opakuje často, stejně jako následující: „*byl sem neviditelný*“, či „*byla jsem (pro ně) divná*“. **Nízká sebeúcta, sebehodnota a sebevědomí se spojovalo velice úzce se zážitkem vlastní izolace**, který pak dítě replikovalo ve vrstevnických skupinách, a jinde²².

Je velmi překvapující, že v současnosti všichni respondenti dokázali navázat růst podporující vztahy, a zároveň všichni praktikují v malé míře **adaptivní distancování**. To se **ve všech deseti případech respondentů** objevuje ve vztahu **k rodiči, či oběma rodičům**, další případy jsou v **širší rodině vůči prarodičům**. Tam se prvek adaptivního distancování spojuje s **povědomím dítěte o transgeneračním traumatu a zranění**, které jejich vlastní rodič prožil v původní rodině. Pokud patologická komunikace v této generaci přetrvává, a dítě se tak distancuje za účelem sebe-ochrany, nechce projít zážitkem rodiče. Blízkost by znamenala ztrátu autentičnosti: „*...Není možný se s nima otevřeně bavit, na všechno reagujou výčitkou... Vyplatí se s nima vo věcech nemluvit. Dělat slušně, jakože jo a dobrý a tak, aby dali pokoj. Když byla máma naposled v léčebně, ani nevěděli, že tam je a že jsme sami doma. Takhle to bylo lepší.*“ „*Podpora? Ani náhodou...*“ (David)

Výjimečným případem je zachování prvku adaptivního distancování ve vrstevnických a jiných kontextech na hranici s potlačením autentičnosti u jednoho respondenta (David). Přesto jev nehodnotíme maladaptivně, neboť tento respondent má také **růst podporující vztahy**. Jen si pečlivě vybírá sociální kontexty, ve kterých sděluje své osobní rodinné zážitky. Zároveň s **přihlednutím** k těžkým traumatům až s kriminálním podtextem je to pochopitelně **rozumná strategie**. „*Nikde jinde vo těch věcech, co se u nás děly, nemluvim. Jakože, když se*

²¹ Shodou okolností, když respondenti popisují absenci rodiče, např. při intoxikaci, používají také frázi „byl mimo“.

²² RCT teoretici tento proces pojmenovávají Centrální vztahový paradox: Poté, co jedinci čelili opakovaným zraněním v blízkých vztazích, jako například ve formě rodičovy emoční nedostupnosti (survival role, parentifikace, spoustifikace, rodič nepřítomný z důvodů léčby, akutní intoxikace či psychiatrické poruchy), a tedy ztrátě vztahových spojení, toužili po vztazích ještě mnohem víc. Zároveň jejich strach ze spojení s druhými vedl k zadržování a skrývání některých aspektů sebe sama (své historie, např.). Proto, aby neztratili toto spojení s druhými, čím dál více si nechávali své spontánní projevy pro sebe (RCT tuto praxi zve strategie odpojování se), až se stali zamlklými a neautentickými.

mě zeptaj, řekl bych jim. Ale sám vo sobě to lidem neříkám.“ Co by se stalo, podle tebe, kdyby to lidi věděli? „Dívali by se na mě s předsudkama, jakože sem stejnej..“

Respondenti obvykle projdou **fázemi: adaptivní distancování (1)**, ústící do **izolace (2)**, a **zpět do adaptivního distancování** poté, co se opět „vrátili“ **do růst podporujících vztahů (3)**: *„...nikdy ji (M) dovopravdy nezajímalo, jak mi je...vždycky jenom řvala, nebo mě ignorovala. Cejtil sem se naprosto mimo, jako bych byl neviditelnej. Myslel sem, že mě nemá ráda..Myslím, že mě trestala za to, že sem podobnej tátovi, mockrát to říkala, že mi nevěří, že lžu jako von.. (1) Jak se to dalo přežít, tohleto? „nevim, sem se zavřel“(2)*

„Mám doma každej den režim jak na vojně, ale už sem si zvyk'.. s mámou si nejsme blízky, nešel bych za ní, kdyby se něco dělo. Ale mám ji rád a mám o ni velkej strach. Myslim, že nejvíc jí vadí, když lžu, připomíná jí to prej tátu. Jenže já často nelžu, ale vona mi prostě nevěří, že nelžu.“(3) (Jarek)

Typickým znakem v řeči adaptivně distancovaného dítěte od svého důležitého blízkého je empatická účast s ním, a pocit smutku či lítosti, že je stav jejich vzájemného vztahu aktuálně takový. Takto ji odlišíme od izolace od rodiče. *„Táta je, já nevím, dřív sem si myslela, že je to hajzl, že nám ubližuje schválně nebo co. Nenáviděla sem ho. Ted'.je mi ho i líto. Nevím. Ale vim, že ho nechci doma.“ Jak se stalo, že ti je ho ted' líto, kdyžs ho nenáviděla dřív? „Nevím...prostě sem pochopila, že to měl taky těžký..“(Karina) „Je mi nejlíp, když se nestýkáme. Ztratil sem v něj všechnu důvěru. Zklamal mě jako chlap a nemám si ho za co vážit...Ale dřív mi to nebylo ani líto, byl sem plnej nenávisti..Ted' mě to mrzí.“(Josef) „S matkou je to peklo, snažila sem se jí ignorovat, zároveň mi jí bylo hrozně líto.“ (Běla)*

6.2.1.7 Dílčí výzkumná otázka: **Která osoba** je respondenty nejčastěji zmiňována v souvislosti s prvky vztahové resilience?

Osm respondentů z deseti jmenovalo osobu terapeutky terapeutických skupin jako **první, a zároveň nejčastější osobu** v souvislosti s růst podporujícím vztahem (Tabulka 3 a Tabulka 4). **Jeden respondent** jmenoval terapeuta terapeutických skupin jako první osobu v souvislosti s růst podporujícím vztahem; zároveň se **terapeut vyskytuje jako druhá nejčastější osoba** v souvislosti se vztahově resilientními prvky jedince. Jeden respondent (Radim) jmenuje **trenéra fotbalu** jako zřejmě první zdroj korektivního vztahu s mužskou figurou, nicméně se v popisu vztahu nevyskytují prvky vztahové resilience. Spíš má vztah rysy sociální opory v čase, kdy dítě ještě nebylo **schopné vystoupit z izolace do vzájemnosti**. Později respondent jmenuje explicitně **paralelně oba terapeuty jako první vztahové partnery**.

Na časové ose všech respondentů se kryje vznik vztahu s terapeutickými figurami, a zároveň vstup do terapeutické skupiny, s **vnímaným růstem vztahové resilience** a s výroky, svědčícími o **prvcích vztahové resilience**. Všichni respondenti také pojmenovávají vedle terapeutů **vztah ke komunitě** (terapeutické skupině) **jako celku** jako nejčastější zdroj vztahově resilientních prvků.

Část respondentů vnímá **celek mužsko-ženského terapeutického páru jako vztahovou jednotku**. Pár, simulující rodičovský subsystem je pro ně zásadní také proto, že navozuje kvazirodinný prostor. Nejčastějším **pojmenování prostoru** respondenty bylo slovo „**rodina**“ (např. zde: „*V Animě to je pro mě druhá rodina, no, možná někdy víc jak ta první.*“). V tomto poli se rozvíjí dynamika podobná té rodinné, komunikace, koheze a jiné její prvky spontánně „nasávají“ členy systému do jednotlivých rolí. Zároveň právě tehdy vzniká šance pro korektivní zážitkové učení: „*byli sme jako rodina, i když byl každej z nás jinej a každej měl prostor, svý místo. Poznal sem, že jim na mně záleží. Začal sem jim víc věřit, taky, když sem viděl, jak se chovaj i k ostatním. S T sem hodně jakože zlobil a s TA sem zase víc jakoby pobejval. Trochu jak s mámou, ale tady se mě vona ptala co a jak. Starala se vo mě a ptala se mě, jak se mám a co třeba teď potřebuju, nebo co se ve mně jakože děje, když dělám tohle, a tak. ..Často sem se k ní chodil jen tak pomazlit a vona mě dycky třeba hladila po hlavě a tak, to sem měl rád si vybavuju, nebo sme spolu vařili a povídali si vo kravinách. To zas T mě třeba učil sekát dřevo a lyžovat... A s TA jsme zas jezdili na kanoi, vona mě na ní vzala úplně poprvý, protože vona miluje vodu jako já, a sjíždění řeky, ..*“

Nejčastější označení pro tento prvotní vztah s terapeutkou je termínem „máma“, např.: „*. Ta je fakt jak moje máma, ségra, přítel.*“ (Běla) či „*Chová se ke mně jako máma, akorát, že máma se takhle nikdy nechovala...*“ (Karina).

Pro terapeutický pár: „*je tu táta s mámou, když přijdeš.*“ (Zita).

V současnosti se respondenti různí v množství růst podporujících vztahů, které navázali od těchto prvních zkušeností. Někteří respondenti (Zita, Josef, Běla, Zora) jmenují relativně více růst podporujících partnerů v bohatší škále sociálních systémů od **terapeutické skupiny**, přes **rodinu** a jak **vlastního**, tak **nevlastního** rodiče (Zora, Jarek), **církevní komunitu** (Zita), **sportovní oddíl** s trenérem a členy, **zájmové** uskupení se členy (Zora, Josef) a **skautskou družinu** jak s **mentory**, tak **mladšími** dětmi (Zora), po **divadelní, filmové** (Běla) a **dobrovolnické** (Josef, Zita, Běla, Zora, David) projekty – s přáteli, přítomný je též prožívaný vztah s **Bohem** (Zita) a **vztah ke psu** (David, Radim). **Partnerský** vztah jako samostatná kategorie je přítomná (vizte Graf 9 SEIQoL témat) a vyskytuje se u respondentů adekvátně jejich věku (Radim, Zita, Věra). Menšina respondentů prozatím svědčí o relativně

méně variabilních současných zdrojích komunitních spojení a vztahových partnerech. Prvky vztahové resilience nacházíme nejčastěji v souvislosti se vztahy v terapeutické skupině u Věry, Serváce, Kariny. Přesto, u všech respondentů shledáváme **přenos zkušenosti z růst podporujícího vztahu a původního prostředí vzniku, terapeutické skupiny**, do jiných sociálních prostředí s jinými figurami. Což je doklad vztahového posílení a funkční vztahové resilience.²³

6.2.1.8 Dílčí výzkumná otázka: **Liší se zastoupení faktorů vztahové resilience respondentů genderově?**

Nezjistili jsme **žádné genderové odlišnosti v zastoupení faktorů vztahové resilience**.

Výskyt prvků vztahové resilience je poměrově podobný u dívek i u chlapců, velikost vzorku nám neumožňuje posoudit statistickou významnost v rozdílech výskytu. Zjistili jsme, že **v prvcích vzájemné vztahové důvěry, vzájemné empatické účasti, vzájemného vztahového posílení** jsou výroky o těchto prvcích **častější u dívek**. Rozdíl v četnosti se pohybuje v rozmezí jednoho až dvou výroků. Naopak u prvku **adaptivního distancování** je počet výroků u dívek devět, **u chlapců** deset. Stejně tak **peer podpora** je chlapci zmíněna 29krát, dívkami 28krát, **vizte tabulku a graf**. Naopak **v případě vzájemného vztahového povědomí je počet výroků stejný u obou pohlaví**. V popisu jednotlivých prvků vztahové resilience, peer podpory, adaptivního distancování jsme neshledali žádný rozdíl.

6.2.1.9 Dílčí výzkumná otázka: **Promítají se zachycené prvky vztahové resilience, resp. růst podporujících vztahů do respondentů vnímané kvality života, zjišťované dotazníkem SEIQoL?**

U všech respondentů se promítla vztahová resilience do dotazníkem SEIQoL zjišťované vnímané kvality života respondentů v podobě přítomnosti, důležitosti a kvality vztahů. Také bylo zřetelných „pět dobrých věcí“, provázejících vztahovou resilienci. Zejména tvorba, angažovanost v různých sociálních prostředích, vědomí sebe a péče o sebe v souvislosti se zdravím a integritou. Nelze tedy srovnat fakt výskytu (neboť u všech respondentů se vyskytují všechny prvky vztahové resilience) a subjektivně vnímanou spokojenost. Na srovnání kvantitativní (více prvků – vyšší spokojenost) je vzorek malý a nebylo to záměrem této dílčí otázky.

²³ Podle Miller (1991) a jejích „pěti dobrých věcí“ je jedním z výstupů či průvodních jevů vztahové resilience právě aktivita a chuť navazovat další růst podporující vztahy v různých sociálních prostředích a tvůrčí energie obecně.

Všech deset respondentů projevilo spokojenost se svými životními tématy nad 50% ze sta, Graf 3. Mediánem hodnot vypočtené **spokojenosti se životními tématy** bylo **74**, u Křivky **celkové spokojenosti** to bylo **73**. Bohužel nelze srovnat s hodnotami SEIQoL u podobných cílových skupin ani co do kvantity (což v našem případě malého vzorku stejně nelze použít), ani obsahové analýzy. Nenalezla jsem studie, které by se zabývaly stejným tématem a užívaly tento nástroj u této cílové skupiny. Lze tedy hrubě orientačně vycházet jen z Křivohlavého (2002, str. 174), jež uvádí výskyt témat jen u starších lidí: na prvních místech jsou sociální činnost, dále zdraví a rodina. Rybářová, Mareš a Ježek (2006) dělali výzkum SEIQoL u mladých studentů medicíny, řekněme tedy 18 let, což je blízko naší věkové skupině. Ti uvádějí nejčastěji témata: **zakotvenost v původní rodině, zdraví, dále přátelství a vzdělávání se**. A konečně Svatoš a Švarcová (2006, 2008) jinou metodou zjišťovali indikátory kvality života u dětí z 6.-8. tříd, a jejich váhu. Došli k první pětce: **potřeba kamarádů a přátel, potřeba mít rodinu, potřeba vztahu s druhým člověkem**, společných rodinných činností a odpočinku, spánku. Hodnoty u obou cílových skupin jsou obsahově srovnatelné s našimi výsledky, kdy se na prvních místech shodně umístila potřeba kvalitních blízkých vztahů.

U Rybářové, Mareše a Ježka (2006, str. 196) byl medián vypočtené spokojenosti 71 a celkové spokojenosti 80 ze sta. Tyto hodnoty zde uvádím pouze orientačně, týkají se navíc low-risk populace explicitně úspěšných lidí, předpokládáme tedy vysoké hodnoty. Přesto je možné říci, že hodnoty našich respondentů jsou nejen v normě, ale též překvapivě dobré.

Témata respondentů (Graf 9):

U našich respondentů byly **zdaleka nejčastějšími** tématy **přátelské vztahy a vazby** v různých podobách. To odpovídá vývojovým potřebám v dospívání. Samostatně se objevují ve 14ti případech z padesáti, obsaženy jsou výslovně v dalších 24 tématech. Formulovány jsou jako „*milovat lidi a pěstovat vztahy přátelské, partnerské*“, „*rozvíjet vztahy*“, „*mít dobré vztahy*“, „*...v pohodě lidi ve třídě*“, „*...lidi v klubu a svý místo tam*“, apod.

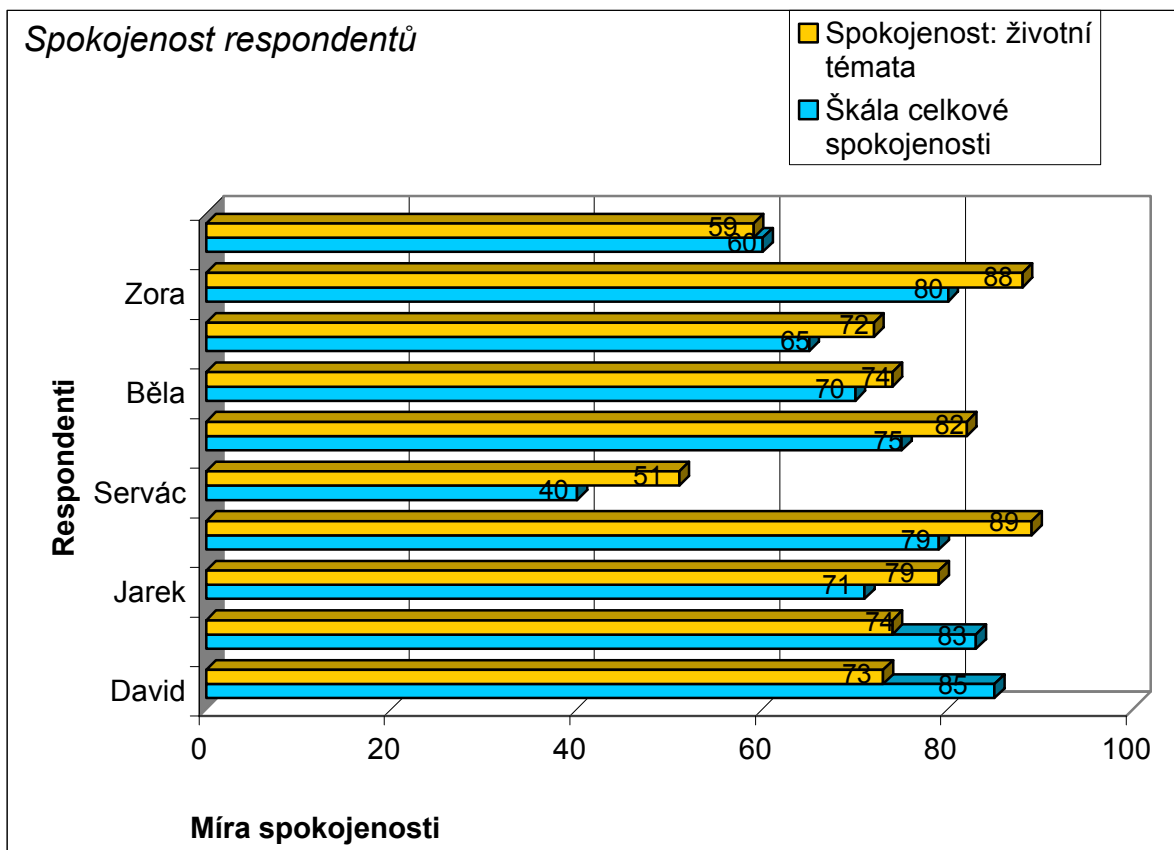
Kvalita těchto vztahů a její potřeba je zřejmá, např. „*vztahy s lidma-důvěra, rovnocennost, věci platí*“ či „*Kamarádi a dobrý vztahy s nima*“.

Druhou nejčastější hodnotou, sedmkrát přítomnou, bylo zachování **vlastní integrity a zdraví**. Respondenti zdraví vždy popisují holisticky; volí termíny: „*harmonie těla a duše*“, „*udržet se fit, tj. duševní zdraví a pohoda*“. Pro integritu volí: „*udržet se v celku*“, „*být v harmonii sama se sebou*“, „*bláznit, ale nezbláznit se*“, „*být nezávislý a udržet se v rovnováze*“, „*být dobrým člověkem, být užitečná, pomáhat druhým, Bůh*“. Dva respondenti

explicitně zmiňují **nezávislost** také v souvislosti s návykovým chováním a abúzem, např. „*zdraví (celkově, tělo, nepropadnout žádný závislosti a udržet se v rovnováze)*“.

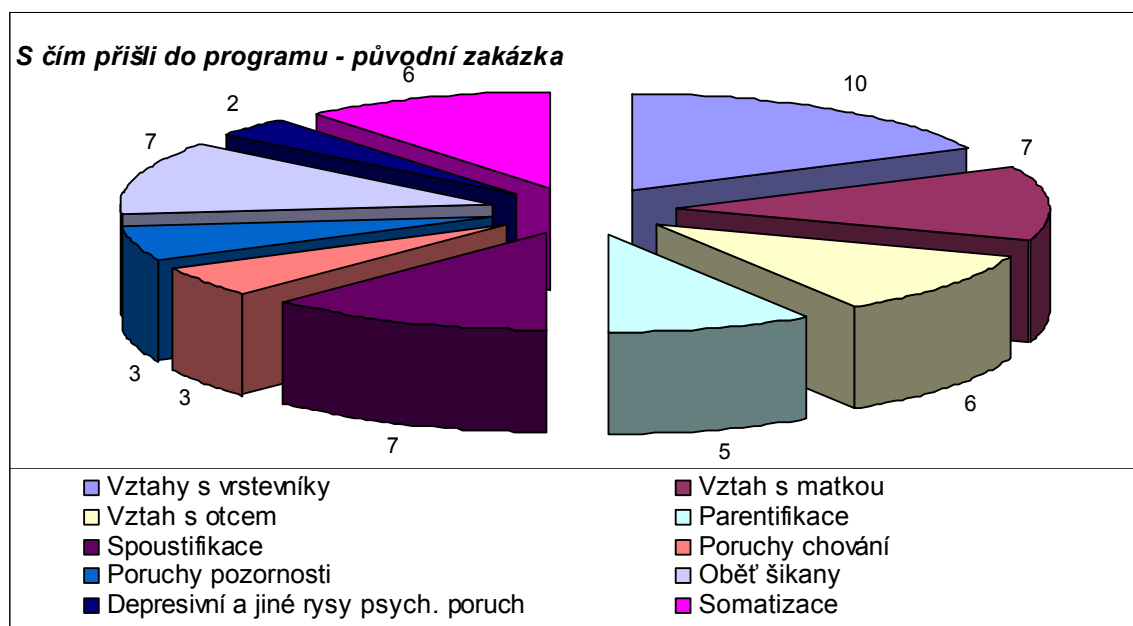
Stejně tak bylo **sedmkrát zastoupeno samostatně téma vzdělání**, to bylo též obsaženo i v jiných hodnotách zároveň. A to často v podobě **učení se, růstu, sbírání zkušeností**. Objevují se **aspirace** ohledně následného studia, vždy si jedinec věří, že cíle dosáhne. **Rodina a zájmy** mají stejnou četnost v podobě samostatného tématu, sedmkrát, každé se pak objevuje i v jiných tématech. Např. rodina se objevuje též v tématech dobrých vztahů obecně. Ohledně rodiny respondenti nejčastěji definují cíl jako „*rodina v klidu*“, dvakrát se objevuje v souvislosti s respektem a dvakrát s „*čistotou*“ rodiče od alkoholu. Zájmy se objevují v souvislosti s **růstem**, s **prosociálními aktivitami**-ty jsou přítomny až **osmkrát**. Opět jejich zastoupení a obsahová analýza svědčí pro souvislost se vztahovou resiliencí. **Dále** se v zájmech objevuje potřeba cestovat, potřeba vlastní tvorby, apod. **Partnerský vztah**, vyčleněn jako samostatný cíl, byl vyjádřen ve čtyřech případech, zahrnut byl také ve třech dalších případech do jiného tématu.

Nejvyšší míra spokojenosti u všech respondentů byla shledána u položky „*Studium, vzdělávání se a práce*“, průměrně 82, 5 ze sta, dále „*Pomáhat druhým, angažovanost v prosociálních aktivitách, dobrovolnictví*“, průměrně 82 ze sta. Oblast vztahů, rozvoje vztahů, přátelství a angažovanosti v různých společenstvích měla průměr 79 ze sta. Oblast zájmů, koníčků a trávení vlastního času měla stejnou úroveň spokojenosti. Oblast rodiny pak měla průměrnou míru spokojenosti 69 ze sta. Pro srovnání s výskytem prvků vztahové resilience vizte Tabulka 3 Tabulka 4.

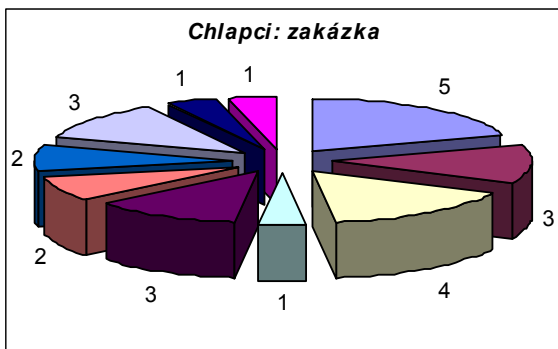


Graf 3 Výsledky individualizovaného SEIQoL všech respondentů (minimum 0, maximum 100)

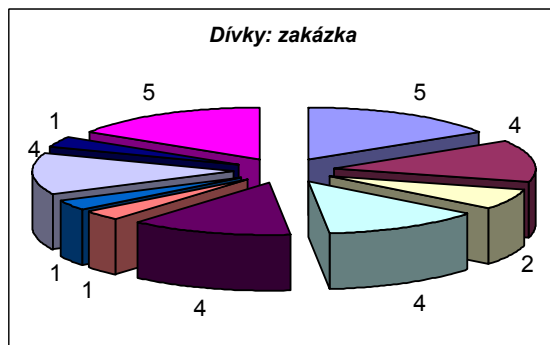
Připomeňme si, s čím respondenti do programu **původně přišli**. V čem se jim tedy nedařilo, tedy, jejich adaptace v sociálním prostředí nebyla funkční:



Graf 4 Původní zakázky respondentů při příchodu do terapeutického programu

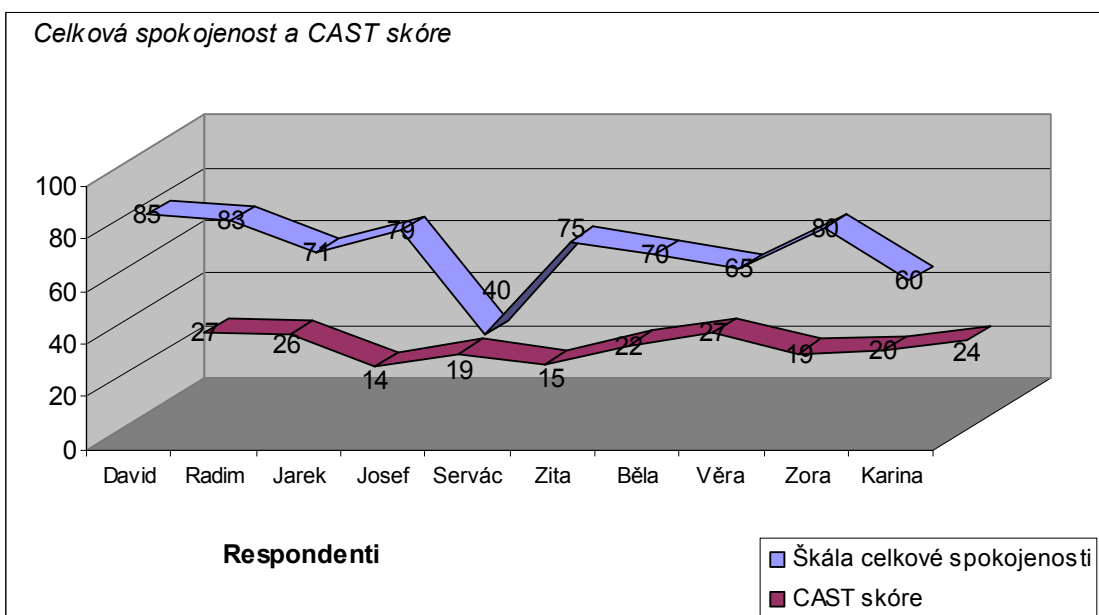


Graf 5
Původní zakázky chlapců

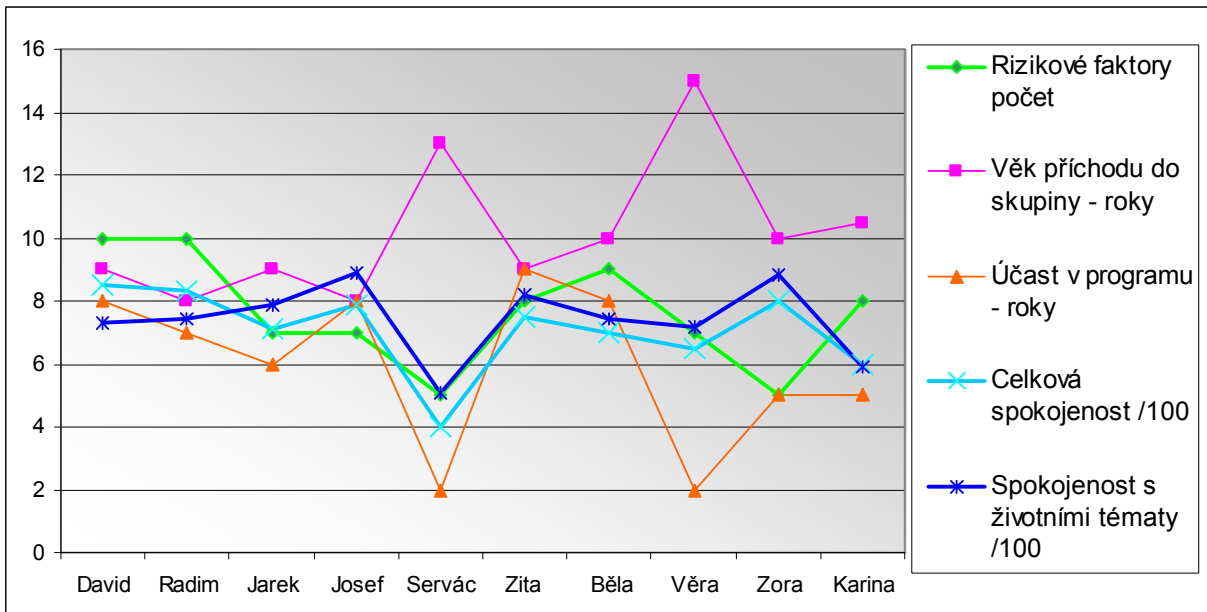


Graf 6
Původní zakázky dívek

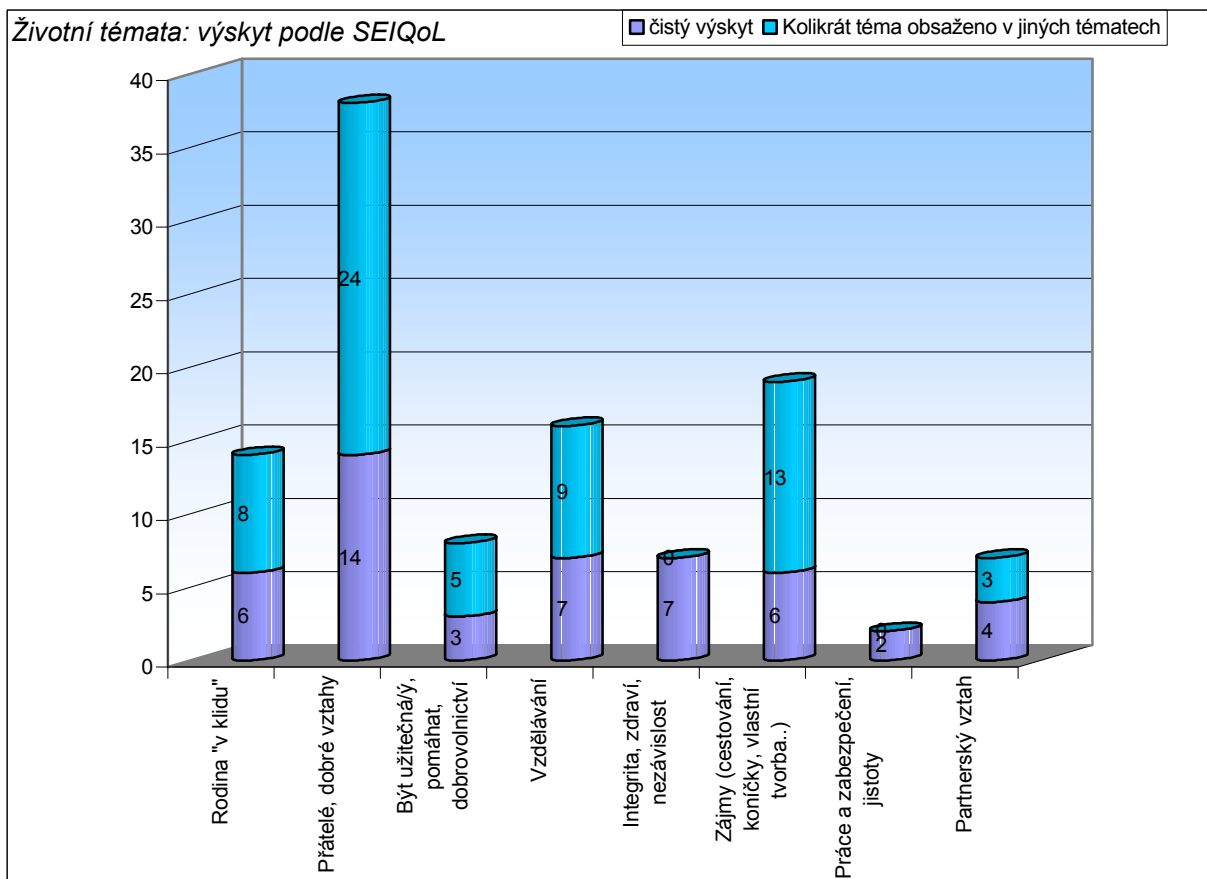
Nejčastějším **byl nezdár v psychosociální oblasti**, ani jednomu dítěti se nedařilo navazování či udržování vztahů, nejčastěji s vrstevníky (**izolace**). Vzápětí následováno **narušeným vztahem** s matkou a otcem, nehledě na to, zda rodič byl alkoholikem. U dívek pak byla velmi častá **parentifikace** a **spoustifikace**, u chlapců **spoustifikace**. **To, co je spojovalo** byla **nízká sebeúcta**. Jeden respondent izolaci reflektoval paradoxně „*To byla jakoby moje síla dřív. To mi vyhovovalo. Myslel sem si, že to tak udržím. Styděl sem se za to všechno doma, byla to jakoby moje slabost.*“ Již víme, že tyto prvky jsou symptomem maladaptace dítěte s úzkou souvislostí se zdravím a well-being. V grafu níže (Graf 7) nalezneme CAST skóre respondentů a jejich aktuální celkovou spokojenost. Všichni respondenti až na jednoho (Servác) projeví vysokou celkovou spokojenost i přes vlastní vysoké skóre v CAST dotazníku. To lze hodnotit v tomto kontextu pozitivně.



Graf 7 Škála celkové spokojenosti z dotazníku SEIQoL všech respondentů a CAST skóre všech respondentů



Graf 8 Ucelený pohled na rizikové faktory, míry spokojenosti dle dotazníku SEIQoL a délku účasti v terapeutickém programu



Graf 9 Životní témata respondentů podle dotazníku SEIQoL

U respondentů se nejčastěji vyskytují výroky, spojené s kvalitou života a spokojeností v souvislosti s výroky ilustrujícími vědomí hodnoty a vztahové posílení (vyšší sebeúcta,

vnímaná osobní účinnost, interní locus of control): „*Mám se dobře ve svém životě, život sem si udělal vlastníma silama a pilí. A sem na to hrozně hrdej. Že sem nakonec překonal to..ten kámen, co na nás táta uvalil svým pitím a vůbec celý to těžký dětství. Mám hezký vztahy s lidma, jsou to opravdoví přátelé, na který se můžu spolehnout a oni na mě. Z těch vztahů čerpám sílu a víru v sebe. Dobře pracuju, postarám se o sebe, mámě dávám polovinu na dluhy. Sem se sebou spokojenej.*“ (Josef).

Či např. slovy Běly v rozhovoru: „*Dřív mě lidi ve třídě rádi šikanovali,..myslela sem, že si to zasloužim. Že sem jako sama špatnej člověk. To ti to fakt tak přijde.. neviděla sem pro sebe žádnou budoucnost.*“.. „*Naučila jsem se vlastně hlavně milovat sama sebe, vnímat sama sebe – vlastně přes ty vztahy s druhějma sem se naučila mít vztah k sama sobě.*“

Srovnajme současné nejdůležitější životní téma této respondentky: „*být sama sebou-udržet se v celku, žít život s láskou, odolnost.*“

Konsistentní přijímání druhými v autentickém projevu respondentům pomohlo ke korekci vztahu k sobě samým²⁴, ego-identitě, vzrostla jejich sebeúcta a sebevědomí. To ovlivnilo jejich vztahy a vnímanou kvalitu života, jak se promítá do SEIQoL.

²⁴ Připomínám zde Haštoovo bemutterung, stání se sám sobě rodičem (Hašto, 2005)

7 Diskuse

Z výsledků mé empirické práce vyplývá, že **dospívající z rodin alkoholiků, účastníci se dlouhodobého terapeutického programu, disponují vztahově resilientními prvky.** Tento výsledek je relativně překvapující vzhledem k množství odborné literatury, která přisuzuje dětem alkoholiků, či dospělým dětem alkoholiků obecně nízkou odolnost. Zjistili jsme, že všichni mnou zkoumaní dospívající čelili či stále čelí středně až mimořádně velké rodinné zátěži v souvislosti s alkoholismem rodiče. Mediánem skóre v dotazníku CAST (Graf 7) bylo 21 ze třiceti možných, hodnoty se pohybovaly od 14 do 27. Stejně tak byly časté další rizikové faktory, byť není stanovena míra toho, co je již přílišnou zátěží.²⁵ Očekávat bychom tedy mohli spíše nižší psychickou odolnost u těchto respondentů. Podle definice resilience znamená prospívání lepší než očekávané zejména v těch oblastech, které jsou nejvíce ohrožené.

Výsledky tohoto kvalitativního výzkumu reflektují resilienci vztahovou. Směřování jedince k „empatické vzájemnosti“ v tzv. *růst podporujícím vztahu* je jádrem tohoto procesu (Jordan, 1991, str. 32). U **každého respondenta** jsme obsahovou analýzou objevili **všechny hlavní rysy** vztahové odolnosti. Nejčastěji byla zastoupena **vzájemná vztahová důvěra** spolu s **podporovanou zranitelností**. Všichni jedinci tedy dokázali navázat a udržovat vztah s důležitým blízkým, to bylo umožněno právě vztahovou důvěrou. Ve vztahu mohli být autentičtí, dovolili si projevovat své potřeby, své obavy a sdílet své radosti. Všichni respondenti si v takovém vztahu dokázali říci o pomoc, aktivně jí přijímali a v jiných, dále navázaných *růst podporujících* vztazích ji distribuovali dále. Ve vysoké četnosti se vyskytovala u většiny respondentů **psychosociální angažovanost v komunitních spojeních** s druhými, s komunitami jako celky.

U všech jedinců nacházíme podle Miller (1991) „pět dobrých věcí“ (five good things), jež **provázejí vztahovou resilienci** jedince. V jejich výrocích jsme opakovaně shledali: nárůst vitality, nárůst aktivity a chuti vytvářet další vztahová spojení s jedinci a komunitami, nárůst tvořivosti a projasnění vlastní hodnoty, vědomí sebe sama a vědomí ve vztahu.

Téměř všichni respondenti coby **první zdroj růst podporujícího vztahu** uvádějí vztah s terapeutkou, ten je také uváděn jako **nejčastější růst podporující vztah**. Poté uvádějí vztah **s terapeutem**, případně **oběma terapeuty**. Mužsko-ženský terapeutický pár totiž

²⁵ Připomínám zde např. Rutterův kumulativní model rizikových faktorů. V počtu dvou rizikových faktorů je dobrá šance, že si s nimi průměrně zdatný dospívající poradí, nad dva faktory výše riziko rapidně stoupá ve smyslu negativní synergie, vzájemné potence (Rutter, 1993).

působí jako celek, reprezentující v systému terapeutické komunity modelový rodičovský subsystém. Dítě alkoholika, často parentifikované, spoustifikované, či v jiné nezdravé roli, zřejmě přechází v růst podporujících vztazích do původní, vývojovému období adekvátní role. Dítě pak přirozeně vnímá modelový rodičovský pár jako jednotku, byť charakter vztahu s oběma diferencuje. Růst podporující vztah s terapeutkou a terapeutem se vždy utváří, později též odehrává v poli **terapeutické komunity. Ta je také pro respondenty nejčastějším a prvním zdrojem spojení s komunitou a vrstevnickou podporou.**

Domníváme se, že konkrétně tento model terapeutické skupiny pro děti, posléze dospívající z rodin alkoholiků poskytuje bezpečný, strukturovaný, srozumitelný, vřelý a přijímající prostor. Zejména se domníváme, že faktory **dlouhodobé** (letité), **rané** (od mladšího školního věku) a **souvislé** docházky, spolu s účastí na stacionární části projektu hrají důležitou roli při rozvoji vztahové resilience jedince uvnitř terapeutické skupiny.

Podle výpovědí respondentů bychom mohli usuzovat, že v terapeutické komunitě a ve vztahu s osobou terapeutky, resp. terapeuta probíhá korektivní učení se „návratu zpět“ do intimity vztahových spojení s druhými (Jordan, 1992, toto pojmenovává re-connecting despite trauma or adversity). Jedinec se integruje do **kvazirodinné struktury terapeutické skupiny** (Barnard, 1991). Struktura terapeutického prostoru imituje systém rodiny se subsystémem sourozeneckým a rodičovským. Dítě z rodiny alkoholika často přichází z dysfunkčního, mnohdy kriticky ohrožujícího rodinného prostředí s abúzivní dynamikou vztahů a rolí. Právě v terapeutickém programu s výše jmenovanými rysy nalézá, domníváme se, **korektivní** rodinné a vztahové **zkušenosti**. Ty jsou testovány, posilovány a modifikovány v čase a s rostoucím věkem účastníka. **Klíčové** jsou rysy **terapeutického páru**, neboť ten tak jak v rodině, i ve skupině sytí energií systém, rámuje prostor, definuje hranice, kvalitu komunikace a míru koheze. Terapeutický mužsko-ženský pár je dlouhodobě přítomen, je stabilní a pokud možno se personálně nemění. Vytváří se tak přirozená mezigenerační dynamika, reagující na vývojovou trajektorii dětí, posléze dospívajících s jejich nároky, výzvami a očekáváními vůči vzájemnému vztahu. Vztah mnohdy nese rysy **bezpečné citové vazby s pečující osobou**, má korektivní a formativní potenciál. U dětí, které do terapie docházely a účastnily se výzkumu došlo k rozvoji vztahové resilience. Všechny časové osy jednotlivých respondentů reflektují časovou shodu s působením dítěte ve skupině, navázáním růst podporujícího vztahu s terapeutkou a rozvojem vztahové resilience. Děti tedy dokázaly čerpat z potenciálu a zdrojů terapeutické skupiny.

Je diskutabilní, nakolik je setrvání dítěte ve skupině dáno jejím kvazirodinným prostředím s nabídkou růst podporujících vztahů, a nakolik je to dáno faktory dítěte, které dokázalo do skupiny docházet. Ať již osobnostními rysy, nebo například rodinnou spoluprací.

Z praxe v tomto programu mohu konstatovat, že ty rodiny, jejichž děti na skupině nesetrvaly, se nezřídka vyznačovaly hostilním naladěním vůči terapeutické nabídce. Přítomno bylo aktuální domácí násilí (většina respondentů jej má v anamnéze, nicméně agresor již v rodině často přítomen nebyl). Často rodičům chyběl náhled na vlastní problém alkoholismu, a zejména na nezdravou dynamiku v rodinném prostředí. Alkoholismus byl aktuální a dítě žilo s alkoholikem v rodině. Přítomná byla velká neochota ke spolupráci. Naopak rodiny, jejichž děti setrvaly v programu, byly alespoň do minimální míry spolupracující. Dítě např. samo docházelo na ambulantní část programu bez monitoringu rodičů, nicméně na velké stacionární pobyty bylo vždy rodičem vědomě uvolněno. Je tedy možné, že děti, docházející do programu pocházejí z rodin, kde přece jen je určitá míra odolnosti. Děti, jejichž rodiny nespolupracovaly prakticky vůbec, a přesto docházely alespoň do ambulantní části programu, vykazovaly rysy samostatnosti, byly to většinou děti parentifikované, zvyklé být rodičem nejen sobě, ale zejména druhým.

Ve výpovědích nejstarších respondentů, kteří se již v terapeutické skupině neangažují s takovou pravidelností si všimneme **vědomí stálosti vazby a její internalizace**. Domníváme se, že terapeutická skupina je surogátní sociální dělohou (Trapková, Chvála, 2004), kde probíhají vývojové krize a výzvy. A též sociální porod dospívajícího. Svědectvím o tom, že proces separace proběhl zdárně je právě například setrvání respondentů v blízkém kontaktu, byť s minimální potřebou v dospělosti na skupinová setkání docházet.

V současnosti uskutečňují **respondenti širokou škálu růst podporujících vztahů napříč různými prostředími** s různými osobami. Mohli bychom tomu rozumět tak, že různost svědčí o dobře rozdělených zdrojích vztahové resilience. Hypotetizujeme, že více sociálních prostředí a v nich růst podporující vztahy přinášejí pevnější základnu vztahové resilience respondenta (respondent dobře „rozkládá“ své portfolio investic). **Rodina a příbuzní jsou zastoupeny** v růst podporujících vztazích jen **minimálně**, o biologických rodičích to můžeme konstatovat tím spíše. Jedna respondentka jmenovala svého biologického rodiče coby současného růst podporujícího partnera. Dva mužští respondenti popisují vztah se svým nevlastním otcem charakteristikami růst podporujících vztahů. Jedna respondentka zmiňuje prvky růst podporujícího vztahu v souvislosti s nevlastní matkou.

Otázkou je, nakolik je adaptivní distancování a absence růst podporujících vztahů uvnitř rodin respondentů fenoménem, souvisejícím s dospíváním a přirozenou potřebou

separovat se od rodičů v rámci formování nového sebepojetí. Zároveň ti respondenti, kteří jsou distancovaní, také projevují empatickou účast s rodičem, od kterého se oddělili. A naopak u těch respondentů, kteří jmenují růst podporující vztahy i ve své rodině (Zita, Jarek, Servác, Věra), jsou tyto přítomny nehledě na věk respondenta, pohlaví, jeho shledanou míru vztahové resilience (četnost jednotlivých prvků) a pohlaví vztahového partnera. Nic tedy nenaznačuje, že by adaptivní distancování či izolace od rodiče bylo přirozenou součástí vztahu v této vývojové fázi dospívajícího.

Dotazník kvality života odhalil, že respondenti se cítí být celkově spokojeni se svými životními tématy. Dalo by se tedy říci, že téměř všichni respondenti vykazují rysy dobře adaptovaného dítěte alkoholika podle objektivních kritérií dítěte, čelícího zátěži v alkoholické rodině, stejně jako podle výsledků přítomnosti vztahové resilience a míry spokojenosti, zjišťované SEIQoL. Jeden respondent, jehož celková životní spokojenost je výrazně níže v porovnání s ostatními respondenty, přesto vykazuje všechny prvky vztahové resilience a je tedy možné, že prochází procesem změny směrem k dobré adaptaci. Vyjádřením nespokojenosti se totiž vyznačuje fáze, o které Jordan (2006) mluví jako o pozvednutí hlasu a vyjádření svých potlačovaných emocí. A to je posun z izolace a bezmoci do aktivity.

Nejvyšší životní spokojenost byla shledána u položek Studium-vzdělávání se-práce, dále u položek Pomáhat druhým-prosociální aktivity-dobrovolnictví, následovaná položkou Vztahů s druhými-přátelské vztahy a vlastní partnerské vztahy-spojení s komunitami, a konečně položka Rodina-klid a pohoda v rodině. Nejnížší míra spokojenosti byla shledána u položky „Najít si partnera“, což je pochopitelné, pokud je položka formulovaná jako kompenzace aktuálního nedostatku či nepřítomnosti něčeho žádoucího. Obsahová analýza položek odpovídá dospívajícím ve věku 15-18 let. Hrubé obsahové srovnání i srovnání středních hodnot s výzkumy, citovanými podkapitole „Odpovědi na výzkumné otázky“ odpovídá zvoleným životním tématům našich respondentů. Jelikož mi není znám výzkum stejnou metodou na podobném vzorku, bohužel nelze provést ani orientační srovnání zjištěných výsledků u stejné cílové skupiny.

Důležitou otázkou k diskusi je váha výsledků mého výzkumu. Zmíním se zde proto o faktorech, které mohly objektivitu mého výzkumu ovlivňovat. Jedním z takových faktorů mohla být možná stylizace respondentů během mého výzkumu. Jelikož se jedná o dospívající, kteří jsou určitým způsobem stigmatizováni a například vrstevnické skupiny je obecně spíše zavrhuje, mohli své odpovědi zkreslovat ve snaze vytvořit méně problematický dojem. Data byla částečně získávána pracovníky jinými, než původními terapeuty respondentů; to v případech, kdy by hrozila snaha stylizovat se do role „poslušného klienta“, např. u

semistrukturovaných interview. I přesto je možné, že se respondenti snažili být ve výpovědích loajální vůči terapeutickým skupinám, kterými prošli, terapeutům, a organizaci. Respondenti též mohli být ovlivněni terapeutickým jazykem, ve kterém se do jisté míry pohybují v časovém rozptylu od dvou do devíti let (účast respondentů v terapeutickém programu). Tento fakt by se promítl jak do schopnosti reflektovat, tak verbalizovat jednotlivé prvky vztahové resilience a jiné jevy, na které byli tázáni. Otázkou je, jak by o stejných fenoménech vypovídalo dítě či dospívající vztahově resilientní, nicméně bez zkušenosti s terapií obecně. Zároveň můžeme předpokládat, že schopnost vypovídat o tak diferencovaných a subtilních fenoménech, jakými je škála emocí, hloubka a kvalita lidského vztahu, aj., stoupá s věkem. Ve vzorku respondentů najdeme věkový rozptyl mezi 14 a půl, resp. patnáctým a osmnáctým rokem. Je tedy k zamyšlení, nakolik jsou tímto mladší respondenti znevýhodněni. Nehledě na to, že vztahová resilience může souviset právě se získanou dovedností jemně rozlišovat emoce²⁶, apod. Dalším prvkem, který mohl mít vliv, je faktor různé délky respondentů v programu. Je třeba vědět o možnosti, že ti respondenti, kteří mají zkušenost též s dětskou částí terapeutického programu, mohli tendovat ve svých výpovědích k větší loajalitě.

Výzkum nepřinesl patrné rozdíly ve výskytu resilientních prvků u dívek a chlapců. Abychom v tomto bodě měli jasněji, optimální by bylo získat větší vzorek respondentů pro zachycení statistické významnosti generových rozdílů. Nicméně, zde by mohla být souvislost právě s faktem, který připomíná Paulík (2010, str. 125). Tam, kde je dlouhodobě nemožnost objektivně změnit podmínky, jedinec se adaptuje strategií zaměřenou spíše na vztahy, kontakty, sdílení (emotion-focused). Rodiny alkoholika vytvářejí právě takové podmínky. Je tedy možné, že poté, co děti vystoupily z izolace zpět do vztahového prostředí terapeutické skupiny, převzali jak chlapci, tak dívky emotion-focused strategii zvládnání. Ačkoliv bychom u chlapců spíše očekávali onu na problém a řešení zaměřenou, a u dívek tu na emoce, sdílení a vztahy zaměřenou strategii. Zdrojem vztahové resilience jsou právě růst podporující, vzájemné vztahy, nalezitelné nejspíše v terapeutickém prostoru. Jak podotýká Hašto (2005, str. 226), jaký jiný je terapeutický vztah než ten, ve kterém jsou obsaženy vzájemná důvěra, empatická účast, povědomí, posílení a zranitelnost v podobě podporované autentičnosti. Obsahová analýza, tedy to, jak respondenti v rozhovoru reflektují jednotlivé prvky vztahové resilience, nepoukázala na rozdílnost prvků v pojetí dívek a chlapců.

Diskutována může být validita mého výzkumu, tedy věrohodnost údajů získaných mým výzkumem. O limitech kvalitativní metodologie jsem se zmínila v úvodu k empirické

²⁶ „Naučila sem se teda vo tom mluvit. A vůbec jakoby rozlišovat, co prožívám. Všimat si toho, pojmenovat to a uvědomit si to.“ (Běla)

části práce. O věrohodnost výzkumu jsem se snažila zvolením většího počtu metod ke zkoumání daného problému, tzv. triangulací metod získávání dat, dále triangulací osob, získávajících data a triangulací zdrojů dat. Větší validitu by bylo možné zajistit například použitím videozáznamu nebo větším počtem respondentů. Jelikož jsem si vybrala jako skupinu respondentů dospívající ohrožené alkoholismem rodiče, videozáznam byl většinou zákonných zástupců či respondenty samotnými odmítnut. Menšina s videozáznamem souhlasila, nicméně by to výrazně zmenšilo zkoumaný vzorek, proto jsem tuto možnost nevyužila. Případně by bylo možné zkombinovat více dotazníkových či projektivních metod. Bohužel pro kontext vztahové resilience jsem neměla k dispozici žádné podobné nástroje. A pro tuto věkovou kategorii dosud nevím o takovém, který by se v souvislosti se vztahovou resiliencí používal. Zajímavou alternativou by bylo zkoumat vztahovou resilienci těchto respondentů v experimentálních situacích, např. v simulaci zátěžové situace, či procesu rozhodování skupiny a jednotlivců.

Jaké jsou perspektivy, dívám li se na to, co je možné vystavět na základech této práce? Téměř imperativem se jeví longitudinální výzkum tohoto vzorku. Provázet respondenty a mapovat příběh jejich resilience, optimálně narativními metodami, by mohlo být přínosné. Šolcová (2009, str. 22) konstatuje, že nejdůležitější jsou nyní výzkumy, prováděné uvnitř ohrožených skupin a longitudinální výzkumy, vše narativně zpracovávané.

Na základě výsledků vztahově resilientních prvků se zdá, že zdrojem růstu vztahové resilience je prostředí dlouhodobého terapeutického programu. Tuto možnost by bylo vhodné důkladně prostudovat, například zaměřením se podrobněji na procesy a interakce terapeutů a účastníků uvnitř tohoto programu péče.

Jelikož mám možnost spolupráce s celými rodinami těchto respondentů, nabízelo by se také rozšířit studii o podrobný transgenerační pohled na přenos vztahové resilience. Respondenti ji v průběhu rozhovorů, práce s mapou a časovou osou *spontánně zmiňovali*. Bylo patrné, že přenos mýtů odolnosti, mýtu závislosti a vzorců rodinné dynamiky je pro ně jak *čitelný, tak determinující*. Jednotkou zkoumání by v tomto případě mohly být celé rodiny.

Optimální by bylo získat data také od dětí z rodin alkoholiků, které nikdy neabsolvovaly žádný terapeutický program. Pak by se nabízela výzkumná práce za účelem srovnání těchto dvou zkoumaných skupin. Bohužel, velkou překážkou v tomto záměru je fakt, že *rodiny alkoholiků, které neparticipují* na žádném terapeutickém programu, tedy se neléčí, je velmi obtížné udržet v kontaktu a získat si jejich důvěru. Opakovanou zkušeností autorky z klinické praxe je nestabilita, a tudíž relativní neschopnost těchto rodin udržet se v kontaktu dostatečně souvisle tak, aby byla výzkumná (v klinické praxi tedy terapeutická) spolupráce

možná. Často je to proto, že pijící rodič je ve fázi recidivy, nebo dosud nezískal náhled na svůj abúzus. V takové konstelaci rodič problém odmítá, z čehož vyplývá, že v jeho očích „není co zkoumat“. Dalším důvodem je obava respondentů, resp. rodin, ze stigmatizace a amplifikace tohoto rodinného problému. Zkoumáním kvality vztahů dítěte v kontextu rodiny, tedy uvnitř a vně rodiny, by mohlo dojít u dospívajících respondentů k rozkrytí souvislostí, oslovení některých tabu, uvědomění a retraumatizaci. Což by bylo jistě neetické, ba lidsky nezodpovědné v případě, že není možné (pro nespolupráci rodiny) dospívajícímu poskytnout případnou patřičnou psychosociální péči a podporu.

Další výzkumnou cestou by bylo získat respondenty z vícero terapeutických či nízkoprahových zařízení. V případě této konkrétní práce byli dotazováni respondenti formálně ze dvou terapeutických zařízení, která však sdílejí jednu adiktologickou a psychoterapeutickou tradici (S.U.R.²⁷). Získaná data o vztahové resilienci respondentů jsou tedy limitovaná tímto rámcem. Jelikož jsme také zjistili, že u všech respondentů došlo k aktivizaci a rozvoji prvků vztahové resiliencie právě v prostředí terapeutické skupiny, domníváme se, že to zároveň svědčí pro opodstatněnost takto konstruované terapeutické péče. Jistě by bylo přínosné získat větší vzorek respondentů a zkoumat efektivitu jednotlivých programů péče pro dospívající potomky závislých v souvislosti se vztahovou resiliencí. Bohužel však, pokud je mi známo, není v České republice jiná dlouhodobá (letitá) terapeutická skupina orientovaná primárně na děti či dospívající z rodin alkoholiků, ambulantně i stacionárně zakotvená.

Je třeba též poukázat na fakt, že vybraný vzorek respondentů je relativně homogenní sociodemograficky, sociokulturně a etnicky. To mohlo být svým způsobem limitující při šíři a různosti vytvořených dat. Přesto vzorek poskytl velmi bohatou paletu rozdílných rodinných a individuálních kontextů. Dalším krokem při výzkumu vztahové resiliencie u dětí alkoholiků by tedy bylo získat heterogenní vzorek s dětmi rozdílného věku, se zástupci minorit, např. s dětmi z vietnamského či romského etnika. Jordan, Surrey, Kaplan (1991), Miller (1991), Hartling (2008), Torres (2011) a jiní upozorňují na zásadní interkulturní a intersubkulturní rozdíly mezi pojetím odolnosti. Pomocí konceptu vztahové resiliencie bychom mohli přezkoumat odolnost některých cílových skupin, např. romských dětí z rodin alkoholiků, která je běžnými nástroji detekována jako málo odolná (jde-li např. o měření sense of coherence, self-efficacy či locus of control, více např. in Paulík, 2010).

²⁷ Autorem konceptu je přední adiktolog J. Skála. Např. SKÁLA, J.až na dno!? Fakta o alkoholu a jiných návykových látkách (zneužívání a závislost), 4. vyd. Praha: Avicenum, 1988, ISBN 08 – 045 – 88

Kvalitativní přístup, použitý v mém výzkumu sebou nese neustálé neuvědomované působení autora během celého výzkumu. Z podstaty věci se mu nelze vyhnout, lze s ním vědomě a s opatrností nakládat. O to jsem se snažila prostřednictvím konzultací s vedoucím práce a odborníky na danou problematiku z řad kolegů Střediska pro mládež a psychoterapii při VFN Praha, z Adiktologické kliniky a Anima-terapie, o.s. tamtéž. Deník výzkumníka by byl v tomto případě dalším dobrým nástrojem kontroly validity.

8 Závěr

Vyjdeme-li z cílů mého výzkumu, můžeme konstatovat, že výzkum přinesl odpovědi na všechny vytyčené výzkumné otázky. Cílem výzkumu bylo sledovat výskyt prvků vztahové resilience v životních příbězích deseti respondentů, dospívajících z rodin alkoholiků. Hlavní výzkumnou otázkou bylo, jaký je výskyt prvků vztahové resilience u dospívajících z rodin alkoholiků, docházejících do terapeutického programu. Popsala jsem, jak se prvky vztahové resilience uplatňovaly, jaké prvky v životě respondentů zastoupeny byly a jaké nikoliv. Přítomnost vztahově resilientních prvků jsem sledovala v souvislosti s prožívanou kvalitou života respondenta.

V teoretické části práce jsem se věnovala nejprve světu rodiny v systémovém pojetí. Tento koncept je považován za nosný pilíř teoretického uvažování o dítěti, tak mnoha výzkumných studií, stejně jako současné klinické praxe. Poté jsem zaměřila pozornost na období dospívání, se všemi svými výzvami a nesnázemi, jimž musí jedinec nejen v rodině čelit. Tomuto období jsem dala větší prostor proto, že respondenty v empirické části byli mladí lidé ve věku mezi pubescencí a adolescencí.

Následně jsem navázala specifiky rodin s alkoholovým abúzem. Věnovala jsem se vlivu alkoholismu, coby rodinné nemoci na dospívajícího. Neopomněla jsem též popsat fenomén dospělých z rodin alkoholiků, také proto, že dospívání je již předzvěstí dospělosti. V adolescenci se dotváří základ pro dospělé fungování jedince. Tedy vstup do vztahu a přechod od přijímajícího k utvářejícímu. Pokud víme, jaké jsou obtíže dospělých dětí alkoholiků, tak se můžeme pokusit o ovlivnění nepříznivého vývoje v době, kdy je jedinec co nejvíc tvárný. Respondenti v této studii stojí právě mezi světy dětství a dospělosti.

Konečně jsem podrobně rozpracovala téma odolnosti, s přihlédnutím jak ke vlivným teoriím, tak k výzkumům resilience. Podstatný díl této kapitoly se soustředil na téma protektivních faktorů se zvláštním přihlédnutím ke konceptům, blízkým vztahové resilienci, tedy sociální opoře a attachmentu. V závěru teoretické části práce dostalo téma vztahové resilience velký prostor. Také vzhledem k tomu, že jsem v české literatuře nenašla jeho zastoupení a považovala jsem za nutné jej lépe představit. Pro širší teoretický rámec vztahové resilience se opírám především o koncepty protektivních faktorů u dětí z rodin alkoholiků podle Werner a Smith (2001), Wolinových (1993), Vztahové resilience (Walsh, 2003) a Vztahově kulturní teorie (Jordan, Surrey, Kaplan, 1991; Miller, 1991; Stiver, 1990). Podrobněji jsem popsala koncept vztahové resilience tak, jak je usazený do kontextu

Vztahově kulturní teorie. Rozebrala jsem prvky utvářející vztahovou resilienci. Ke konci jsem se krátce věnovala tématu zdraví v souvislosti s životní spokojeností a adaptovaností dětí z rodin alkoholiků.

V empirické části jsem kombinací metod s kvalitativní orientací zjišťovala přítomnost těchto jednotlivých prvků vztahové resilience u dětí, respektive dospívajících z rodin, kde figuroval alkohol. Respondenti byli do výzkumu získáni ze dvou institucí, věnujících se psychologické péči rodinám závislých.

Zkoumaný vzorek dospívajících z těchto rodin je poměrně jedinečným vzorkem, proto získávání dat probíhalo v kvalitativním výzkumném designu prostřednictvím kombinací několika metod. Výběr metod se dle mého názoru osvědčil pro dosažení cíle a doporučuji tyto metody použít k podobnému výzkumnému záměru.

Na základě uvedeného přístupu a omezeného množství zkoumaných případů nelze zevšeobecňovat získané údaje nad rámec vzorku. Nicméně jsem dospěla k těmto závěrům:

U dospívajících z rodin alkoholiků, kteří se účastnili studie, byly shledány všechny faktory vztahové resilience. Nejčastěji se vyskytujícími faktory byly vztahová důvěra a podporovaná zranitelnost, v silném zastoupení byly i zbývající faktory, zejména vzájemná empatická účast a vzájemné vztahové posílení. Relativně nejméně bylo zastoupeno vztahové povědomí. U všech respondentů též byl nalezen protektivní faktor adaptivního distancování v relativně nízkém výskytu. Mezi jednotlivými pohlavími jsme neshledali žádné rozdíly ve výskytu prvků vztahové resilience tak, jak byly respondenty reflektovány.

Nejčastějším vztahovým partnerem byla osoba terapeutky programu, často zmiňovanými osobami též byli mužští terapeuti programu, terapeutický pár jako celek. V současnosti se u většiny respondentů vyskytuje široká škála růst podporujících vztahů napříč sociálními prostředními. Neshledali jsme v souvislosti s pohlavím respondentů žádné rozdíly v zastoupení prvků vztahové resilience.

Výskyt prvků vztahové resilience se též promítl do zjišťované kvality života dotazníkem SEIQoL. Všichni respondenti nejčastěji zmínili oblasti vztahů a vysokou spokojenost s nimi. Devět z deseti respondentů projevilo velkou míru jak celkové spokojenosti s dosahováním svých životních témat, tak spokojenosti s dosahováním témat týkajících se vztahů s rodinou, vrstevníky i mentory. Potěšující byly též položky, reflektující pozitivní vztah k sobě samému.

Můžeme s radostí konstatovat toto. Respondenti, dospívající účastníci terapeutického programu, čelící alkoholismu v rodině a přidruženým nesnázím s mnohdy až fatálním rozměrem, vykazují všechny prvky vztahové resilience. Všichni respondenti jednoznačně a

opakovaně verbalizují subjektivně vnímanou klíčovou roli své účasti v terapeutické skupině. Domníváme se, že jejich vztahová resilience se formovala převážně tam.

Tito mladí lidé **v současnosti** prožívají svůj život veskrze naplněně, tvoří zdravé vztahy a prospívají v rámci vývojových výzev. Jsou zmítaní, přesto nepotopení.

Seznam použité literatury

ŠVECOVÁ, J. a A. KABILKA. Dva jazyky-jedno téma: mladiství v Animě. In PRESLOVÁ, I., O. HANKOVÁ. a kol. *Mladiství a drogy – Sborník 2010*. Sananim, o.s. Praha, 2010. ISBN 978-80-904536-0-9.

ALI, U. a S. MUNAF. Psychotic Profile of Children of Substance Addict Fathers. *Pakistan Journal of Psychological Research* [online]. 2006, roč. 21, 1-2, s. 17-27 [cit. 2012-07-26]. Dostupné z: <http://goo.gl/LUygli>, resp. <http://www.pjprnip.edu>

ANDREAS, J. a T. O'FARRELL. Longitudinal Associations Between Fathers' Heavy Drinking Patterns and Children's Psychosocial Adjustment. *Journal of Abnormal Child Psychology* [online]. 2007, roč. 35, č. 1, s. 1-16 [cit. 2011-11-19]. Dostupné z: EBSCO

BABOR, T.F., J.R. DE LA FUENTE, J. SAUNDERS a M. GRANT. Test pro identifikaci poruch působených užíváním alkoholu (AUDIT). *Drogy-info.cz: informační portál o ilegálních a legálních drogách* [online]. 1989, - [cit. 2013-03-28]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/evaluace/banka_evaluacnich_nastroju/test_pro_identifikaci_poruch_pusobenych_uzivanim_alkoholu_audit

BANCROFT, Angus, Sarah WILSON, Sarah CUNNINGHAM-BURLEY, Kathryn BACKETT-MILBURN a Hugh MASTERS. *Parental drug and alcohol misuse resilience and transition among young people* [online]. York: Joseph Rowntree Foundation, 2004 [cit. 2012-03-21]. ISBN 18-593-5249-9. Dostupné z: <http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/1859352499.pdf>

BARNARD, CH.P. Group as a metaphor for the family: Treating adult children of alcoholics. *Family Dynamics of Addiction Quarterly* [online]. 1991, roč. 1, č. 1, s. 22-31 [cit. 2012-04-17]. Dostupné z: PsycINFO

BEAM, M.R., C. CHEN a E. GREENBERGER. The nature of adolescents' relationships with their "very important" nonparental adults. *American Journal of Community Psychology* [online]. 2002, č. 30, s. 305-325 [cit. 2012-04-17]. Dostupné z: onlinelibrary.wiley.com

BEESLEY, D. a C.D. STOLTENBERG. Control, Attachment Style, and Relationship Satisfaction among Adult Children of Alcoholics. *Journal of Mental Health Counseling* [online]. 2002, roč. 24, č. 4, s. 281-298 [cit. 2012-04-17]. Dostupné z: EBSCO

BENARD, Bonnie. *Fostering Resiliency in Kids: Protective Factors in the Family, School, and Community* [online]. 1991. Dostupné z: <http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED335781.pdf>

BENNETT, L.A., S.J. WOLIN a D. REISS. Deliberate family process: A protective strategy for children of alcoholics. *British Journal of Psychiatry* [online 1988]., č. 83, s. 821-829 [cit. 2007-03-26]. Dostupné z: EBSCO

BERG, I. K. *Posílení rodiny. Příručka krátké terapie*. Praha: Institut pro systemickou zkušenost, 1992.

BLACK, Claudia. *It will never happen to me: growing up with addiction as youngsters, adolescents, adults*. Washington: MAC Publishing, 2001. ISBN 09-102-2300-9.

BLYTH, D.A., J.P. HILL a K.P. THIEL. Early adolescents' significant others. *Journal of Youth and Adolescence* [online]. 1982, č. 11, s. 425-450 [cit. 2012-03-21]. Dostupné z: PsycINFO

BOWLBY, John. *Vazba. Teorie kvality ranných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-670-4.

BRÖNING, Sonja, Annika WIEDOW, Lutz WARTBERG, Sylvia RUTHS, Andrea HAEVELMANN, Sally-Sophie KINDERMANN, Diana MOESGEN, Ines SCHAUNIG-BUSCH, Michael KLEIN a Rainer THOMASIU. Targeting children of substance-using parents with the community-based group intervention TRAMPOLINE: A randomised controlled trial - design, evaluation, recruitment issues. *BMC Public Health* [online]. 2012, roč. 12, č. 1, s. 223 [cit. 2012-03-21]. DOI: 10.1186/1471-2458-12-223. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/223>

BRAITHWAITE, Valerie a Cindy DEVINE. Life satisfaction and adjustment of children of alcoholics: the effects of parental drinking, family disorganization and survival roles. *British Journal of Clinical Psychology* [online]. 1993, č. 32, s. 417-429 [cit. 2012-07-26]. Dostupné z: <http://vab.anu.edu.au/pubs/1/lifesatisfaction.pdf>

BROOKS, Robert a Sam GOLDSTEIN. *Raising resilient children: fostering strength, hope, and optimism in your child*. New York: McGraw-Hill, 2001. ISBN 978-080-9297-658.

BRYANT, R.A. et al. Treating Acute Stress Disorder: An Evaluation of Cognitive Behavior Therapy and Supportive Counseling Techniques. *American Journal of Psychiatry* [online]. 1999, č. 11, s. 1780-1786 [cit. 2012-07-26]. Dostupné z: PsycARTICLES

BURDZOVIC, J., A. BURDZOVIC, T. O'FARRELL a F.S. WILLIAM. Does Individual Treatment for Alcoholic Fathers Benefit Their Children? A Longitudinal Assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* [online]. 2006, roč. 74, č. 1, s. 191-198 [cit. 2007-03-21]. Dostupné z: PsycARTICLES

BURK, J.P. a K.J. SHER. Labeling the child of an alcoholic: negative stereotyping by mental health professionals and peers. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* [online]. 1990, roč. 51, č. 2, s. 156-163 [cit. 2013-04-17]. Dostupné z: EBSCO

BURNETT, G., R. JONES, N. BLIWISE a L. ROSS. Family Unpredictability, Parental Alcoholism, and the Development of Parentification. *American Journal of Family Therapy* [online]. 2006, roč. 34, č. 3, s. 181-189 [cit. 2012-05-08]. Dostupné z: PsycINFO

CAIRNS, K. *Bezpečná vazba mezi náhradními rodiči a dítětem*. 1. vyd. Praha: Portál, 2013. s. 179. ISBN 978-80-262-0370-4.

CALDERONE, Holly C. *Being friends: exploring relational resilience in emotionally intimate friendships* [online]. California State University, 2012 [cit. 2012-07-26]. Dostupné z: <http://csus-dspace.calstate.edu/bitstream/handle/10211.9/1587/Calderone.Friendship.2012.pdf?sequence=2>. Magisterská práce. California State University.

CARROLL, J.J. a B.E. ROBINSON. Depression and Parentification among Adults as Related to Parental Workaholism and Alcoholism. *Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families* [online]. 2000, roč. 8, č. 4, s. 360-367 [cit. 2007-04-17]. Dostupné z: springer.com

CAVELL, T.A., B.T. MEEHAN, B.W. HEFFER a J.J. HOLLADAY. The natural mentor of adolescent children of alcoholics (COAs): Implications for preventive practices. *The Journal of Primary Prevention* [online]. 2002, roč. 23, č. 1, s. 23-42 [cit. 2007-04-19]. Dostupné: PsycINFO

CICCHETTI, D. a N. GARMEZY. Prospects and promises in the study of resilience. *Development and Psychopathology* [online]. 1993, č. 5, s. 497-502 [cit. 2012-05-08]. Dostupné z: PsycARTICLES

COHEN, J.L., B. LAKEY, K. TIELL a L.C. NEELY. Recipient--provider agreement on enacted support, perceived support and provider personality. *Psychological Assessment* [online]. 2005, č. 17, s. 375-378 [cit. 2011-11-19]. Dostupné z: <http://cancercontrol.cancer.gov>

COOPER, A., W.A. MCCORMACK. Short-term group treatment for adult children of alcoholics. *Journal of Counseling Psychology* [online]. 1992, roč. 39, č. 3, s. 350-355 [cit. 2012-04-17]. Dostupné z: EBSCO

CORAZZINI, J.G., K. WILLIAMS a S. HARRIS. Group therapy for adult children of alcoholics: Case studies. *Journal for Specialists in Group Work* [online]. 1987, roč. 12, č. 4, s. 156-161 [cit. 2012-07-26]. Dostupné z: PsycARTICLES

CULP-PINTO, H. *The role of a relational resilience paradigm in helping children and families heal from father-daughter incest* [online]. Chestnut Hill College, 2007 [cit. 2011-11-19]. Dostupné z: PsycINFO. Disertační práce. Chestnut Hill College.

CUNNINGHAM, Barbara. Resiliency--The Art of Bouncing Forward!: Resilience in the Individual and in the Family System. *Dr. Barbara Cunningham, Licensed Marriage and Family Therapist website* [online]. 2009, - [cit. 2011-11-19]. Dostupné z: <http://www.cunninghamtherapy.com/Resiliency.en.html>

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 978-80-246-0139-7.

DUNCAN, A.E. Exposure to Paternal Alcoholism Does Not Predict Development of Alcohol-Use Disorders in Offspring: Evidence From an Offspring-of-Twins Study. *Journal of Studies on Alcohol* [online]. 2006, roč. 67, č. 5, s. 649-656 [cit. 2013-05-08]. Dostupné z: <http://www.jsad.com>

DURKIN, K.F., S.E. WOLFE a R. MAY. Social bond theory and drunk driving in a sample of college students. *College Student Journal* [online]. 2007, č. 41, s. 734–744 [cit. 2012-05-08]. Dostupné z: <http://www.onu.edu>

ELGÁN, Tobias H., Helena HANSSON, Ulla ZETTERLIND, Nicklas KARTENGREN a Håkan LEIFMAN. Design of a Web-based individual coping and alcohol-intervention program (web-ICAIP) for children of parents with alcohol problems: study protocol for a randomized controlled trial. In: *BMC Public Health* [online]. 2012 [cit. 2013-07-17]. DOI: 10.1186/1471-2458-12-35. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/35>

EMSHOFF, J.G. a L.L. ANYAN. From prevention to treatment. Issues for school-aged children of alcoholics. *Recent Developments in Alcoholism* [online]. 1991, č. 9, s. 27-46 [cit. 2007-04-17]. Dostupné z: EBSCO

EMSHOFF, J.G. a A.W. PRICE. Prevention and intervention strategies with children of alcoholics. *Pediatrics* [online]. 1999, roč. 5, č. 2, s. 12-21 [cit. 2012-03-21]. Dostupné z: EBSCO

ERIKSON, Erik H. *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1999, 127 s. ISBN 80-710-6291-X.

Family matters: Substance Abuse and The American Family [*The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University* [online]. 2005, - [cit. 2013-07-28]. Dostupné z: www.casacolumbia.org/download.aspx?path=/UploadedFiles/3p5gsdf2.pdf

FELSMAN, J. Kirk a G.E. VAILLANT. Resilient children as adults: A 40-year study. In E. ANTHONY a B. J. COHLER. *The Invulnerable child*. New York: Guilford Press, 1987. s. 289-314. ISBN 08-986-2227-1.

FISCHER, K.E., M. KITTLESON, R. OGLETREE, K. WELSHIMER, P. WOHLKE a J. BENSHOFF. The Relationship of Parent Alcoholism and Family Dysfunction to Stress

among College Students. *Journal of American College Health* [online]. 2000, roč. 48, č. 4, s. 151-156 [cit. 2012-07-26]. Dostupné z: SAGE

GARMEZY, N. Stress, competence, and development: Continuities in the study of schizophrenic adults, children vulnerable to psycho-pathology, and the search for stress-resistant children. *American Journal of Orthopsychiatry* [online]. 1987, č. 57, s. 159–174 [cit. 2012-07-26]. Dostupné z: EBSCO

GARMEZY, N., A.S. MASTEN a A. TELLEGEN. The study of stress and competence in children: a building block for developmental psychopathology. *Child Development* [online]. 1984, roč. 55, č. 1, s. 97-111 [cit. 2013-04-17]. Dostupné z: SAGE

GAVRIEL-FRIED, B. a M. TEICHMAN. Ego Identity of Adolescent Children of Alcoholics. *Journal of Drug Education* [online]. 2007, roč. 37, č. 1, s. 83-95 [cit. 2012-05-08]. Dostupné z: SAGE

GERSHUNY, B.S., L. PETERSON, G. RASKIN a J.K. SHER. The Role of Childhood Stressors in the Intergenerational Transmission of Alcohol Use Disorders. *Journal of Studies on Alcohol* [online]. 1997, roč. 58, č. 4, s. 14-27 [cit. 2012-07-26]. Dostupné z: EBSCO

GEST, S., J. NEEMANN, J. HUBBARD, A. MASTEN a TELLEGEN, A. Parenting quality, adversity, and conduct problems in adolescence: Testing process-oriented models of resilience. *Development And Psychopathology: [serial on the Internet]* [online]. 1993, roč. 5, č. 4, s. 663-682 [cit. 2012-04-17]. Dostupné z: PsycINFO

GETZ, Lindsey. Relational Resilience in Treating Adolescent Substance Use. *Social Work Today* [online]. 2013, roč. 13, č. 1, s. 36 [cit. 2013-05-08]. Dostupné z: <http://www.socialworktoday.com/archive/012113p36.shtml>

GILLERNOVÁ, Ilona. Způsob výchovy v současné české rodině z pohledu dospívajících chlapců a dívek. In: HELLER, D., J. PROCHÁZKOVÁ a I. SOBOTKOVÁ. *Psychologické dny 2004: Svět žen a svět mužů: polarita a vzájemné obohacování: sborník příspěvků z konference Psychologické dny* [online]. Olomouc, 2004 [cit. 2012-07-26]. Dostupné z: <http://cmps.ecn.cz/pd/2004/texty/pdf/gillernova.pdf>

GLOVER, G.J. The Hero Child in the Alcoholic Home: Recommendations for Counselors. *School Counselor* [online]. 1994, roč. 41, č. 3, s. 185-190 [cit. 2007-11-19]. Dostupné z: EBSCO

GOGLIA, L.R., G.J. JURKOVIC, A.M. BURT a K.G. BURGE-CALLAWAY. GENERATIONAL BOUNDARY DISTORTIONS BY ADULT CHILDREN OF ALCOHOLICS: CHILD-AS-PARENT AND CHILD-AS-MATE. *American Journal of Family Therapy* [online]. 1992, roč. 20, č. 4, s. 291-299 [cit. 2012-05-08]. Dostupné z: SAGE

GOLDSTEIN, S. a R. B. BROOKS. Why study resilience? In S. GOLDSTEIN a R. B. BROOKS. *Handbook of resilience in children*. New York: Springer, 2006. s. 3-15. ISBN-10:0-387-30333-2.

HALL, C.W. a R.E. WEBSTER. Traumatic Symptomatology Characteristics of Adult Children of Alcoholics. *Journal of Drug Education* [online]. 2002, roč. 32, č. 3, s. 195-211 [cit. 2012-07-26]. Dostupné z: SAGE

HARTLING, Linda M. Strengthening Resilience in a Risky World: It's All About Relationships. *Women & Therapy* [online]. 2008, roč. 31, 2-4, s. 51-70 [cit. 2013-04-17]. DOI: 10.1080/02703140802145870. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02703140802145870>

Handout: Children of Alcoholics Screening Test (CAST). The Center on Addiction and the Family [online]. [cit. 2013-03-28]. Dostupné z: <http://www.ncsacw.samhsa.gov/files/TrainingPackage/MOD6/CAST.pdf>

HAŠTO, Jozef. *Vztáhová väzba: ku koreňom lásky a úzkosti*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2005. ISBN 808895228X.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2005. ISBN 978-80-7367-485-4.

HODAČOVÁ, L. Posttraumatický rozvoj a změna v prožívání spirituality. In J. MAREŠ et al. *Kvalita života u dětí a dospívajících II*. Brno: MSD, 2007. s. 35-47 ISBN 978-80-7392-008-1.

HORT, V. Somatoformní poruchy. In V. HORT, M. HRDLIČKA a J. KOCOURKOVÁ. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000. s. 242-246. ISBN 80-717-8472-9.

HOSKOVCOVÁ, Simona. *Psychická odolnost předškolního dítěte*. Praha: Grada, 2006, 160 s. ISBN 978-802-4714-240.

HOWARD, K., CAROTHERS, S., SMITH, L., E., AKAI, C. Overcoming the odds: Protective factors in the lives of children. In J. G. BORKOWSKI. *Risk and Resilience: Adolescent Mothers and Their Children Grow Up*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2007. s. 205-232. ISBN 0805850554.

HUNTER, Cathryn. Is resilience still a useful concept when working with children and young people?. *Australian Institute of Family Studies* [online]. 2012, č. 2, s. 6 [cit. 2012-07-26]. Dostupné z: <http://www.aifs.gov.au/cfca/pubs/papers/a141718/cfca02.pdf>

HYUNHWA, Lee. *Relationships among parental alcoholism, sense of belonging, resilience and depressive symptoms in Korean people* [online]. The University of Michigan, 2010 [cit. 2012-04-17]. Dostupné z:

http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/77732/mizbean_1.pdf?sequence=1.
Disertační práce. The University of Michigan.

CHALDER, M., F.J. ELGAR a P. BENNETT. Drinking and motivations to drink among adolescent children of parents with alcohol problems. *Alcohol and Alcoholism* [online]. 2006, roč. 41, č. 1, s. 107-113 [cit. 2012-03-21]. Dostupné z: <http://alcalc.oxfordjournals.org/content/41/1/107.full>

CHANDY, J.M., L. HARRIS, R.W. BLUM a M.D. RESNICK. Children of alcohol misusers and school performance outcomes. *Children and Youth Services Review* [online]. 1993, roč. 15, č. 6, s. 507-519 [cit. 2012-04-17]. Dostupné z: EBSCO

CHEN, C., E. GREENBERGER, S. FARRUGGIA, K. BUSH a Q. DONG. Beyond parents and peers: the role of important non-parental adults (VIPs) in adolescent development in China and the United States. *Psychology in Schools* [online]. 2003, č. 40, s. 35-50 [cit. 2012-04-17]. Dostupné z: EBSCO

Children of Alcoholics: Important Facts. In: *National Association for Children of Alcoholics* [online]. 1998 [cit. 2013-07-17]. Dostupné z: <http://www.nacoa.net/impfacts.htm>

CHVÁLA, Vladislav a Ludmila TRAPKOVÁ. *Rodinná terapie psychosomatických poruch: Rodina jako sociální děloha*. Praha: Portál, 2004. ISBN 978-80-7367-561-5.

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

JACOBS, J. a S.J. WOLIN. *Resilient children growing up in alcoholic families: Paper presented at National Consensus Symposium on Children of Alcoholics and Co-Dependence*. [online]. Warrenton, VA, 1991. Dostupné z: PsycINFO

JENNISON, K.M. a K.A. JOHNSON. Alcohol Dependence in Adult Children of Alcoholics: Longitudinal Evidence of Early Risk. *Journal of Drug Education* [online]. 1998, roč. 28, č. 1, s. 19-37 [cit. 2011-11-19]. Dostupné z: PsycINFO

JENSON, Jeffrey M. a Mark W. FRASER. *Social policy for children and families: a risk and resilience perspective*. Thousand Oaks: SAGE, 2011. ISBN 978-141-2981-392.

JENSON, Jeffrey M. a Mark W. FRASER. A Risk and Resilience Framework for Child, Youth, and Family Policy. In: *Social Policy for Children and Families* [online]. SAGE Publications, Inc., 2011 [cit. 2012-04-17]. Dostupné z: http://www.corwin.com/upm-data/5975_Chapter_1_Jenson_Fraser__I_Proof.pdf

JOHNSONOVÁ, Julie Tallard. *Bouřlivá léta: přechodové rituály a posvátná moudrost pro dospívající*. Praha: DharmaGaia, 2011, 261 s. ISBN 978-807-4360-183.

JONES, Elsa. *Terapie rodinných systémů: Vývoj v milánských systematických terapiích*. Hradec Králové: Konfrontace, 1996. ISBN 8090177360.

JORDAN, Judith V. Courage in connection: Conflict, compassion, creativity. *Work in Progress* [online]. 1990, č. 45 [cit. 2012-07-26]. Dostupné z: <http://www.wcwonline.org>

JORDAN, Judith V. The meaning of mutuality. In JORDAN, J. V. *Women's growth in connection: writings from the Stone Center*. New York: Guilford Press, 1991. s. 81-96. ISBN 08-986-2465-7.

JORDAN, Judith V. A relational perspective on self esteem. *Work in Progress* [online]. 1994, č. 70 [cit. 2012-07-26]. Dostupné z: <http://www.wcwonline.org>

JORDAN, Judith V. Relational Awareness: Transforming Disconnection. *Work in Progress* [online]. 1995, č. 76 [cit. 2012-07-26]. Dostupné z: <http://www.wcwonline.org>

JORDAN, J. Relational resilience in girls. In S. GOLDSTEIN, a R. B. BROOKS. *Handbook of resilience in children*. New York: Springer, 2006. s. 79-90. ISBN-10:0-387-30333-2.

JORDAN, S. Die Förderung von Resilienz und Schutzfaktoren bei Kindern suchtkranker Eltern. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz: 6. [The promotion of resilience and protective factors in children of alcoholics and drug addicts]* [online]. 2010, roč. 53, č. 4, s. 340-346 [cit. 2012-03-21]. DOI: 10.1007/s00103-010-1035-x. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00103-010-1035-x>

JORDAN, J.V., J.L. SURREY a A.G. KAPLAN. Women and empathy: Implications for psychological development and psychotherapy. In JORDAN, J. V. *Women's growth in connection: writings from the Stone Center*. New York: Guilford Press, 1991. s. 27-50. ISBN 08-986-2465-7.

JOSEPH, Stephen, Ruth WILLIAMS a William YULE. *Understanding post-traumatic stress: a psychosocial perspective on PTSD and treatment*. New York: J. Wiley, 1997. ISBN 04-719-6801-3.

KABÍČEK, Pavel, Štěpán SULEK a Linda MIZEROVÁ. Syndrom rizikového chování v dospívání (možnosti efektivní prevence v oblasti abúzu návykových látek). *Pediatr pro praxi* [online]. 2010, roč. 11, č. 1, s. 46-48 [cit. 2011-11-19]. Dostupné z: <http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2010/01/11.pdf>

KENDALL-TACKETT, K. The health effects of Childhood abuse: four Pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse and Neglect* [online]. 2002, roč. 26, 6-7, s. 15-29 [cit. 2007-03-21]. Dostupné z: PsycINFO

KOCOURKOVÁ, J. Specifické vývojové poruchy školních dovedností. In HORT, V., M. HRDLIČKA a J. KOCOURKOVÁ. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000. s. 129. ISBN 80-717-8472-9.

KOCOURKOVÁ, J. Poruchy přizpůsobení. In HORT, V., M. HRDLIČKA a J. KOCOURKOVÁ. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000. s. 247-256. ISBN 80-717-8472-9.

KOMÁREK, Stanislav. *Spasení těla: moc, nemoc a psychosomatika*. Praha: Mladá fronta, 2005. ISBN 80-204-1287-5.

KOMÁREK, Stanislav. *Eseje o přírodě, biologii a jiných nepravostech*. Praha: Academia, 2011. ISBN 978-802-0018-915.

KONDANDARAM, P. a U. BANGALORE. Adjustment problems of adolescent children of alcoholics. *Indian Journal of Clinical Psychology* [online]. 1995, roč. 22, č. 2, s. 58-60 [cit. 2012-05-08]. Dostupné z: EBSCO

KUMPFER, K. Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework. In: GLANTZ, Meyer D. a Jeannette L. JOHNSON. *Resilience and development: positive life adaptations*. New York: Springer, 1999. ISBN 03-064-6123-4.

KRAKOW, B. et al. An Open-Label Trial of Evidence-Based Cognitive Behavior Therapy for Nightmares and Insomnia in Crime Victims With PTSD. *American Journal of Psychiatry* [online]. 2001, č. 158, s. 2043-2047 [cit. 2007-11-19]. Dostupné z: PsycARTICLES

KREJČÍŘOVÁ, Dana a Josef LANGMEIER. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 978-80-247-1284-0.

KROLL, Brynna. Living with an elephant: Growing up with parental substance misuse. *Child and Family Social Work* [online]. 2004, č. 9, s. 129-140 [cit. 2011-08-09]. Dostupné z: http://www.maafcc.org/uploads/21_-_Living_with_an_Elephant.pdf

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2003, 279 s. ISBN 80-717-8774-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2010, 195 s. ISBN 978-80-7367-726-8.

LAKEY, B. a S. COHEN. Social support theory and selecting measures of social support. In S. COHEN, L. Underwood GORDON a Benjamin H. GOTTLIEB. *Social support measurement and intervention: a guide for health and social scientists*. New York: Oxford University Press, 2000. ISBN 01-951-2670-X.

LAMBIE, G.W., S.M. SIAS. Children of Alcoholics: Implications for Professional School Counseling. *Professional School Counselling* [online]. 2005, roč. 8, č. 3, s. 266-273 [cit. 2012-07-26]. Dostupné z: PsycARTICLES

LANGMEIER, J. a Z. MATĚJČEK. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: SZN, 1968. ISBN 08- 063- 68.

LERNER, Richard M., Jennifer P. AGANS, Miriam R. ARBEIT, Paul A. CHASE, Michelle B. WEINER, Kristina L. SCHMID a Amy Eva Alberts WARREN. Resilience and Positive Youth Development: A Relational Developmental Systems Model. *Handbook of Resilience in Children* [online]. Boston, MA: Springer US, 2013, č. 57, s. 293 [cit. 2013-05-08]. DOI: 10.1007/978-1-4614-3661-4_17. Dostupné z: http://www.springerlink.com/index/10.1007/978-1-4614-3661-4_17

LIANG, Belle, Allison TRACY, Catherine A. TAYLOR, Linda M. WILLIAMS, Judith V. JORDAN a Jean Baker MILLER. The Relational Health Indices: A Study of Women's Relationships. *Psychology of Women Quarterly* [online]. 2002, roč. 26, č. 1, s. 25-35 [cit. 2011-11-19]. DOI: 10.1111/1471-6402.00040. Dostupné z: <http://pwq.sagepub.com/lookup/doi/10.1111/1471-6402.00040>

LUM, Chris. *The Development of Family Resilience: Exploratory Investigation of a Resilience. Program for Families Impacted by Chemical Dependency* [online]. San José State University, 2008 [cit. 2012-07-26]. Dostupné z: http://www.celebratingfamilies.net/PDF/EvaluationReport_ChrisLum.pdf. Magisterská práce. San José State University.

LUTHAR, S.S. Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry* [online]. 1991, č. 61, s. 6-22 [cit. 2012-03-21]. Dostupné z: onlinelibrary.wiley.com

LUTHAR, S.S. Annotation: Methodological and conceptual issues in research on childhood resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* [online]. 1993, č. 34, s. 441-453 [cit. 2011-11-19]. Dostupné z: PsycARTICLES

LUTHAR, S. S. Resilience in development: a synthesis of research across five decades. In Dante CICCHETTI a Donald J. COHEN. *Developmental Psychopathology, Risk, Disorder, and Adaptation (Volume 3)*. New Jersey: John Wiley & Sons, 2006. ISBN 97804712373893.

LUTHAR, S. S. a L. B. ZELAZO. Research on resilience: An integrative review. In Suniya S. LUTHAR, *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003, s. 510-550. ISBN 9780521807012.

LUTHAR, S., D. CICCHETTI a B. BECKER. The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development* [online]. 2007, roč. 71, č. 3, s. 543-562 [cit. 2012-05-08]. Dostupné z: PsycARTICLES

LYNCH, Sean. Challenging Stereotypes of Foster Children: A Study of Relational Resilience. *Journal of Public Child Welfare* [online]. 2011, roč. 5, č. 1, s. 23-44 [cit. 2012-03-21]. DOI: 10.1080/15548732.2010.526903. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15548732.2010.526903>

MACEK, Petr. *Adolescence*. Praha: Portál, 2003, 141 s. ISBN 80-717-8747-7.

MALÁ, E. Poruchy chování a emocií. In V. HORT, M. HRDLIČKA a J. KOCOURKOVÁ. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000. s. 307-320. ISBN 80-717-8472-9.

MALÁ, E. Specifické otázky dětské psychiatrie. In HORT, V., M. HRDLIČKA a J. KOCOURKOVÁ. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000. s. 383-420. ISBN 80-717-8472-9.

MAREŠ, J. Posttraumatický rozvoj u dětí a dospívajících. In J. MAREŠ et al. *Kvalita života u dětí a dospívajících II*. Brno: MSD, 2007. s. 9-33. ISBN 978-80-7392-008-1.

MAREŠ, J. Individualizované zjišťování kvality života. In J. MAREŠ et al. *Kvalita života u dětí a dospívajících III*. Brno: MSD, 2008. s. 69-109. ISBN 978-807-3920-760.

MASTEN, A.S. Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist* [online]. 2001, roč. 56, č. 3, s. 227-238 [cit. 2012-07-26]. Dostupné z: EBSCO

MASTEN, A.S. Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology* [online]. 2007, č. 19, s. 921-930 [cit. 2012-04-17]. Dostupné z: EBSCO

MASTEN, A., K. BEST a N. GARMEZY. Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology* [online]. 1990, č. 2, s. 425-444 [cit. 2011-11-19]. Dostupné z: PsycINFO

MASTEN, A., S., REED, G. J. 2002 Resilience in development. In: C.R. SYNDER a S.J. LOPEZ. *Handbook of positive psychology*. Oxford [England]: Oxford University Press, 2002. ISBN 978-019-8030-942.

MASTEN, A.S. a J.L. POWELL. A Resiliency Framework for Research, Policy and Practice. In Suniya S. LUTHAR, *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003, s. 510-550. ISBN 9780521807012.

MASTEN, A.S. a J. OBRADOVIC. Competence and resilience in development. *Annals New York Academy of Sciences* [online]. 2006, č. 1094, s. 13-27 [cit. 2012-03-21]. Dostupné z: EBSCO

- MATĚJČEK, Zdeněk. *Výbor z díla*. Praha: Karolinum, 2005, 445 s. ISBN 978-802-4610-566.
- MATĚJČEK, Zdeněk a Eva HEŘMANSKÁ. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1992. ISBN 8004252362.
- MATĚJČEK, Z. a Z. DYTRYCH. Riziko a resilience. *Československá psychologie*. 1998, roč. 42, č. 2.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Slon, 2003. ISBN 80-86429-19-9.
- MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny: V kontextu plánování péče*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-739-8.
- MCNAMEE, Jane E. a David R. OFFORD. *The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care: Chapter 41: Children of alcoholics* [online]. Ottawa: Health Canada, 1994, s. 469-485 [cit. 2013-04-17]. ISBN 0-660-15732-2. Dostupné z: <http://canadiantaskforce.ca/guidelines/red-brick-1994-guidelines/>
- MILLER, J. B. Women and power. In JORDAN, J. V. *Women's growth in connection: writings from the Stone Center*. New York: Guilford Press, 1991. s. 81-96. ISBN 08-986-2465-7.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- MOE, J., J. JOHNSON a W. WADE. Resilience in Children of Substance Users: In Their Own Words. *Substance Use & Misuse* [online]. 2007, roč. 42, 2-3, s. 381-398 [cit. 2012-07-26]. Dostupné z: informahealthcare.com
- MOREY, C.K. Children of Alcoholics: A School-Based Comparative Study. *Journal of Drug Education* [online]. 1999, roč. 29, č. 1, s. 63-75 [cit. 2012-05-08]. Dostupné z: EBSCO
- MYLANT, M., B. IDE, E. CUEVAS, M. MEEHAN. Adolescent Children of Alcoholics: Vulnerable or Resilient?. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* [online]. 2002, roč. 8, č. 2, s. 57-64 [cit. 2012-07-26]. Dostupné z: sagepub.com
- NAKASH, Ora, Linda Meyer WILLIAMS a Judith V. JORDAN. Relational-Cultural theory, body image and physical health. In: *Relational-cultural theory, body image and physical health: relational-cultural theory and embodied processes: Issue 416 of Working papers* [online]. Pennsylvania: Wellesley Centers for Women, 2004 [cit. 2012-07-26]. Dostupné z: <http://www.wcwonline.org>
- NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-908-8.

NEŠPOR, Karel. Závislost na alkoholu – diagnostika a léčba dnes. *Psychiatrie*. 2011, roč. 15, č. 3, s. 154-159.

NICHOLAS, Karen B. a Elizabeth H. RASMUSSEN. Childhood Abusive and Supportive Experiences, Inter-Parental Violence, and Parental Alcohol Use: Prediction of Young Adult Depressive Symptoms and Aggression. *Journal of Family Violence* [online]. 2006, roč. 21, č. 1, s. 43-61 [cit. 2012-07-26]. DOI: 10.1007/s10896-005-9001-3. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s10896-005-9001-3>

O'DOUGHERTY WRIGHT, M. a A. S. MASTEN. Resilient processes in development. In S. GOLDSTEIN a R. B. BROOKS. *Handbook of resilience in children*. New York: Springer, 2006. s. 17-37. ISBN-10:0-387-30333-2.

OSTERLING, K. a A. HINES. Mentoring adolescent foster youth: Promoting resilience during developmental transitions. *Child & Family Social Work* [online]. 2006, roč. 11, č. 3, s. 242-253 [cit. 2012-06-27]. Dostupné z: EBSCO

PASTERNAK, A. a K. SCHIER. The role reversal in the families of Adult Children of Alcoholics. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* [online]. 2012, č. 3, s. 51-57 [cit. 2013-04-17]. Dostupné z: http://www.archivespp.pl/uploads/images/2012_14_3/Pasternak51_ArchivesPP_3_2012.pdf

PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada, 2010, 240 s. ISBN 978-802-4729-596.

PECHÁČKOVÁ, Soňa. *Zpráva o systemické terapii*. Praha: Institut pro systemickou zkušenost, 1993.

PERKINS, Steven E. Altering Rigid Family Role Behaviors in Families with Adolescents. *Alcoholism Treatment Quarterly* [online]. 1989, roč. 6, č. 1, s. 111-120 [cit. 2011-11-19]. DOI: 10.1300/J020V06N01_08. Dostupné z: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J020V06N01_08

PERNEROVÁ, R. A. *Tabu v rodinné komunikaci : o čem se v rodinách nemluví, ač by to bylo užitečné*. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-363-3.

PHANEUF, Margot. Resilience: Abstract Concept or Survival Skill?. In: *Infiresources: Clinical Crossroad (section Mental Health and Communication)* [online]. [2010] [cit. 2013-07-17]. Dostupné z: http://www.infiresources.ca/fer/Depotdocument_anglais/Resilience_abstract_concept_or_survival_skill.pdf

POST, P. a B.E. ROBINSON. School-Age Children of Alcoholics and Non-Alcoholics: Their Anxiety, Self-Esteem, and Locus of Control. *Professional School Counseling* [online]. 1998, roč. 1, č. 5, s. 36-40 [cit. 2013-05-08]. Dostupné z: EBSCO

POTTER-EFRON, P. Attachment, Trauma and Addiction. *Journal of Chemical Dependency Treatment* [online]. 2006, roč. 8, č. 2, s. 71-87 [cit. 2012-04-17]. Dostupné z: EBSCO

PROCHASKA, James O. a John C. NORCROSS. *Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis*. United States, CA: Brooks-Cole, 2006. ISBN 978-0-495-60187-6.

PRZYBYSZ-ZAREMBA, Margaret. ADULT CHILDREN OF ALCOHOLICS IN CONTEMPORARY WORLD: NARRATIVE CONSTRUCTION OF BIOGRAPHY. *Journal of Educational Review* [online]. 2012, roč. 5, č. 2, s. 139 [cit. 2012-03-21]. Dostupné z: SAGE

RADKE-YARROW, Marian a Tracy SHERMAN. Hard growing: Children who survive. In: *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990. ISBN 0-521-43972-8.

RADKE-YARROW, Marian a Earnestine BROWN. Resilience and vulnerability in children of multiple-risk families. *Development and Psychopathology*. 1993, roč. 5, č. 4, s. 581-592. DOI: 10.1017/S0954579400006179. Dostupné z: <http://journals.cambridge.org/>

RAJENDRAN, K. a L. VIDEKA. Relational and Academic Components of Resilience in Maltreated Adolescents. *Annals of the New York Academy of Sciences* [online]. 2006, roč. 1094, č. 1, s. 345-349 [cit. 2011-11-19]. DOI: 10.1196/annals.1376.047. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1196/annals.1376.047>

RANGARAJAN, S. a L. KELLY. Family communication patterns, family environment, and the impact of parental alcoholism on offspring self-esteem. *Journal of Social and Personal Relationships* [online]. 2006, roč. 23, č. 4, s. 655-671 [cit. 2012-03-21]. Dostupné z: SAGE

RAPPAPORT, J. Studies in empowerment: Introduction to the issue. *Prevention in Human Services* [online]. 1984, č. 3, s. 1-7 [cit. 2012-03-21]. Dostupné z: EBSCO

REICH, W., F. EARLS, O. FRANKEL a J.J. SHAYKA. Psychopathology in children of alcoholics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* [online]. 1993, roč. 32, č. 5, s. 995-1002 [cit. 2011-11-19]. Dostupné z: EBSCO

RIEGER, Z. a H. VYHNÁLKOVÁ. *Ostrov rodiny*. Hradec Králové: Konfrontace, 1996. ISBN 8090177387.

RICHTEROVÁ TĚMÍNOVÁ, M. *Mladiství – drogy a závislost*, in PRESLOVÁ, I., O. HANKOVÁ a kol. *Mladiství a drogy – Sborník 2010*. Sananim, o.s. Praha, 2010. ISBN 978-80-904536-0-9.

RUTTER, M. Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. *Annals of the Academy of Medicine Singapore* [online]. 1979, roč. 8, č. 3, s. 324-338 [cit. 2013-04-17]. Dostupné z: <http://www.annals.edu.sg>

RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry* [online]. 1987, č. 57, s. 316–331 [cit. 2012-07-26]. Dostupné z: <http://www.onlinelibrary.wiley.com>

RYBÁŘOVÁ, M., J. MAREŠ, S. JEŽEK. a Š. TŮMOVÁ. Kvalita života vysokoškoláků zjišťovaná zjednodušenou metodou SEIQoL. In J. MAREŠ. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD, 2006. s. 189-198. ISBN 80-866-3365-9.

SAMSON, Claudia. Notes de lecture – La résilience. *Hommes et Faits* [online]. [2005], - [cit. 2013-04-28]. Dostupné z: http://www.hommes-et-faits.com/Livres/Cs_Resilience.htm

SANKARAN, Lakshmi, D. MURALIDHAR a Vivek BENEGAL. Strengthening resilience within families in addiction treatment. *Strength Based Strategies 2006: International Conference Towards Strength Based Strategies that Work with Individuals, Groups and Communities* [online]. 2006, Paper 17 [cit. 2013-07-08]. Dostupné z: <http://www.strengthbasedstrategies.com/PAPERS/17%20Lakshmi%20Sankaran.pdf>

SATIROVÁ, Virginia. *Kniha o rodině: [základní dílo psychologie vztahů]*. Praha: Práh, 2006, 357 s. ISBN 80-725-2150-0.

SELIGMAN, Martin E. *Learned optimism*. New York: Pocket Books, 1998. ISBN 06-710-1911-2.

SESMA, A. et al. Positive adaptation, resilience, and the Developmental Asset Framework. In S. GOLDSTEIN a R. B. BROOKS. *Handbook of resilience in children*. New York: Springer, 2006. s. 281-296. ISBN-10:0-387-30333-2.

SCHEIDLINGER. Group interventions for treatment of psychological trauma – group interventions for treatment of trauma in children. *American Group Psychotherapy Association's website* [online]. 2004, - [cit. 2011-11-19]. Dostupné z: <http://www.agpa.org/pubs/2-children.pdf>

SCHLIPPE, A. a J. SCHWEITZER. *Systemická terapie a poradenství*. Brno: CESTA, 2001, ISBN 80 – 7295 – 013 – 4.

SKÁLA, J.až na dno!? *Fakta o alkoholu a jiných návykových látkách (zneužívání a závislost)*, 4. vyd. Praha: Avicenum, 1988, ISBN 08 – 045 – 88.

SLOBODA, S.B. The Children of Alcoholics: A Neglected Problem. *Hospital & community psychiatry : a journal of the American Psychiatric Association* [online]. 1974, č. 25, s. 605-606 [cit. 2012-04-17]. Dostupné z: SAGE

SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*. Praha: Portál, 2001. ISBN 8071785598.

SOBOTKOVÁ, Irena. Rodinná resilience. *Československá psychologie*. 2004, roč. 98, č. 3.

SOVINOVÁ, H. a L. CSÉMY. The Czech Audit: internal consistency, latent structure and identification of risky alcohol consumption. *Central European Journal of Pulic Health* [online]. 2010, č. 18, s. 127-131 [cit. 2012-07-26]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/svi/cejph/archiv/2010-3-01-full.pdf>

STANLEY, Selsyn a C. VANITHA. Psychosocial Correlates in Adolescent Children of Alcoholics- Implications for Intervention. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation* [online]. 2008, roč. 12, č. 2, s. 67-80 [cit. 2011-08-09]. Dostupné z: http://www.psychosocial.com/IJPR_12/Psychosocial_Correlates_in_Alolescents_St Stanley.htm

STEPHENSON, Bret. *Co dělá z chlapců muže. Duchovní přechodové rituály ve věku nevšimavosti*. Praha: DharmaGaia, 2012. ISBN 978-80-7436-019-0.

STIVER, Irene P. Dysfunctional families and wounded relationships: part I. *Wellesey Centers for Women* [online]. 1990, - [cit. 2012-05-08]. Dostupné z: <http://www.wcwonline.org>

STIVER, Irene P. Dysfunctional families and wounded relationships: part II. *Wellesey Centers for Women* [online]. 1990, - [cit. 2012-05-08]. Dostupné z: <http://www.wcwonline.org>

Status Report on Alcohol and Health in 35 European Countries 2013 [online]. Finland: Ministry of Social Affairs and Health, 2013 [cit. 2013-05-08]. ISBN 978-928-9000-086. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/190430/Status-Report-on-Alcohol-and-Health-in-35-European-Countries.pdf

STRAUSS, A., CORBIN, J. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie* Přel. S. Ježek. Boskovice: Albert, 1999, 196 s. ISBN 80-858-3460-X.

STRNAD, V. Od rodinné terapie k systemické perspektivě. *Kontext 6*. 1990, č. 3, s. 20-25.

SVATOŠ, T. a E. ŠVARCOVÁ. Indikátory kvality života žáků základní školy (příspěvek k výzkumné metodologii). In MAREŠ, J. et al. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD, 2006. s. 171-182. ISBN 80-866-3365-9.

SVATOŠ, T. a E. ŠVARCOVÁ. Zkoumání kvality života žáků ZŠ v podmínkách ohniskové skupiny (příspěvek k výzkumné metodologii). In MAREŠ, J. et al. *Kvalita života u dětí a dospívajících II*. Brno: MSD, 2007. s. 159-189. ISBN 978-80-7392-008-1.

SVATOŠ, T. a E. ŠVARCOVÁ. Kvalita života pohledem žáků základní školy. In MAREŠ, J. et al. *Kvalita života u dětí a dospívajících III*. Brno: MSD, 2008. s. 189-157. ISBN 978-807-3920-760.

SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Praha: Portál, 2001, 792 s. ISBN 80-7178545-8.

ŠIŠLÁKOVÁ, M. Resilience jako východisko pro sociální práci s rizikovou mládeží. In: SMUTEK, M. et al. *Možnosti sociální práce na počátku 21. Století* [online]. Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové, 2005, s. 110-118 [cit. 2012-07-26]. Dostupné z: http://prohuman.sk/files/2005_sbornik_moznosti_socialni_prace_na_pocatku_21_stoleti.pdf

ŠOLCOVÁ, I. a V. KEZBA. Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Československá psychologie*. 1999, roč. 43, č. 1, s. 19-38.

ŠOLCOVÁ, Iva. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: Grada, 2009, 102 s. ISBN 978-802-4729-473.

ŠPITZ, J. Každý člověk má svůj vlastní svět. *Psychologie dnes*. 2000, č. 6, s. 1-3.

TEMPLETON, Lorna, Sarah ZOHHADI, Sarah GALVANI a Richard VELLEMAN. *"Looking beyond risk": Parental Substance Misuse: Scoping Study*. Edinburgh, 2006. ISBN 0-7559-6115-3. Dostupné z: <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/135124/0033445.pdf>. Studie. University Of Bath, Avon & Wiltshire Mental Health Partnership NHS Trust; University of Birmingham.

TORRES, Rodrigo. *In their own words: A qualitative analysis of relational resilience in the lives of gay, bisexual, and questioning male youth* [online]. DePaul University, 2011 [cit. 2013-05-08]. Dostupné z: <http://via.library.depaul.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1114&context=etd>. Disertační práce. DePaul University.

TOTHOVÁ, J. *Úvod do transgenerační psychologie rodiny. Transgenerační přenos vozů rodinného traumatu a zdroje jeho uzdravení*. Portál, Praha, 2011. s. 256. ISBN 978-80-7367-856-2.

Ubuntu (philosophy). In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, [2001] [cit. 2012-07-26]. Dostupné z: http://en.wikipedia.org/wiki/Ubuntu_%28philosophy%29. EZE, Michael Onyebuchi. *Intellectual history in contemporary South Africa*. New York: Palgrave Macmillan, 2010. ISBN 02-306-2299-2.

UNGAR, M. Nurturing Hidden Resilience in At-Risk Youth in Different Cultures. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* [online]. 2006, roč. 15, č. 2, s. 53-58 [cit. 2012-07-26]. Dostupné z: PsycARTICLES

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* [online]. 1994, 2013-01-01 [cit. 2013-05-08]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000, 528 s. ISBN 80-717-8308-0.

VANBREDA, Adrian DuPlessis. Resilience Theory: A Literature Review. In: *The van Breda Family Web Site* [online]. 2001 [cit. 2013-07-17]. Dostupné z: <http://www.vanbreda.org/adrian/resilience/resilience1.pdf>

WALKER, J.P. a R.E. LEE. Uncovering strengths of children of alcoholics. *Contemporary Family Therapy* [online]. 1998, roč. 20, č. 4, s. 521-538 [cit. 2012-04-17]. Dostupné z: SAGE

WALSH, FROMA. The Concept of Family Resilience: Crisis and Challenge. *Family Process* [online]. 1996, roč. 35, č. 3, s. 261-281 [cit. 2012-07-26]. DOI: 10.1111/j.1545-5300.1996.00261.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1545-5300.1996.00261.x>

WALSH, Froma. Family Resilience: A Framework for Clinical Practice. *Family Process* [online]. 2003, roč. 42, č. 1, s. 1-18 [cit. 2012-07-26]. DOI: 10.1111/j.1545-5300.2003.00001.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1545-5300.2003.00001.x>

WALSH, Froma. *Strengthening Family Resilience*. New York: Guilford Press, 2006. ISBN 160623840X.

WEGSCHEIDER-CRUSE, Sharon a Joseph R. CRUSE. *Understanding codependency: the science behind it and how to break the cycle*. Deerfield Beach: Health Communications, 2012. ISBN 07-573-1618-2.

WERNER, E.E. Overcoming the odds. *Developmental and Behavioral Pediatrics* [online]. 1994, roč. 15, č. 2, s. 131-136 [cit. 2012-03-21]. Dostupné z: PsycARTICLES

WERNER, Emmy E. Resilience in Development. *Current Directions in Psychological Science* [online]. 1995, roč. 4, č. 3, s. 81-85 [cit. 2011-11-19]. DOI: 10.1111/1467-8721.ep10772327. Dostupné z: <http://cdp.sagepub.com/lookup/doi/10.1111/1467-8721.ep10772327>

WERNER, E., E. What can we learn about resilience from large-scale longitudinal studies? In S. GOLDSTEIN a R. B. BROOKS. *Handbook of resilience in children*. New York: Springer, 2006. s. 91-105. ISBN-10:0-387-30333-2.

WERNER, Emmy E. a Ruth S. SMITH. *Journeys from childhood to midlife: risk, resilience, and recovery*. New York: Cornell University Press, 2001. ISBN 08-014-8738-2.

WERNER, Emmy E. a Jeannette L. JOHNSON. The Role of Caring Adults in the Lives of Children of Alcoholics#. *Substance Use* [online]. 2004, roč. 39, č. 5, s. 699-720 [cit. 2012-07-26]. DOI: 10.1081/JA-120034012. Dostupné z: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1081/JA-120034012>

WESTERMEYER, J., G. YOON a P. THURAS. Psychiatric Morbidity and Parental Substance Use Disorder. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse* [online]. 2006, roč. 32, č. 4, s. 607-616 [cit. 2012-07-26]. Dostupné z: PsycINFO

WHITE, Michael a David EPSTON. *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York: W. W. Norton & Company, Inc., 1990. ISBN 0393700984.

WINDLE, M. Effect of parental drinking on adolescents. *Alcohol Health & Research World* [online]. 1996, roč. 20, č. 3, s. 181 [cit. 2012-03-21]. Dostupné z: <http://www.niaaa.nih.gov/publications/journals-and-reports/alcohol-research>

WINDLE, Michael a John S. SEARLES. *Children of Alcoholics: Critical Perspectives*. New York: The Guilford Press, 1990. ISBN-10: 0898621682.

WINNICOTT, D. *The family and individual development*. New York: Routledge, 2006. ISBN 04-154-0277-8.

WOITITZOVÁ, J.G. *Dospělé děti alkoholiků*. Praha: Columbus, 1998. ISBN 8085928736.

WOLIN, S.J. Some characteristics of families with alcohol abuse. *Advances in Alcoholism* [online]. 1982, roč. 2, č. 14, s. 1-2 [cit. 2012-07-26]. Dostupné z: EBSCO

WOLIN, S.J. a S. WOLIN. The Challenge Model: How Children Rise Above Adversity. *Family Dynamics of Addiction Quarterly* [online]. 1992, roč. 2, č. 2, s. 1-9 [cit. 2012-04-17]. Dostupné z: EBSCO

WOLIN, Steven J. a Sybil WOLIN. *The resilient self: how survivors of troubled families rise above adversity*. New York: Villard Books, 1993. ISBN 0394583574.

YULE, W. Post traumatic stress disorder. *Archives of disease in Childhood* [online]. 1999, č. 80, s. 107-109 [cit. 2007-03-21]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles>

ZUCKER, R., J. DONOVAN, A. MASTEN, M. MATTSON a H. MOSS. Developmental Processes and Mechanisms. *Alcohol Research & Health: [serial on the Internet]* [online]. 2009, roč. 32, č. 1, s. 16-29 [cit. 2012-07-26]. Dostupné z: <http://www.niaaa.nih.gov/publications/journals-and-reports/alcohol-research>

USA. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. In: *Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100*. 1946. Dostupné z: <http://who.int/about/definition/en/print.html>

Seznam příloh

Příloha 1	167
Příloha 2	170
Příloha 3	172
Příloha 4	173
Příloha 5	175

Příloha 1

Interview podněty

1. Komunita

- „Bavili jsme se o tom, jaké je to žít v rodině, kde někdo blízký pije. Mluvil/a jsi o možnosti tyhle a jiné zkušenosti sdílet s druhými lidmi..“

„Máš pocit, že jsi součástí nějaké komunity/party? Když neví: (komunita může být jakákoliv skupina lidí, kteří sdílejí společné nebo podobné věci, i když třeba nežijí poblíž, jako např. internetová komunita,..)“

Pokud ano – jak do ní zapadáš?

Jak jsi s ní spojený?

Jaké to pro tebe je?

Jak sis tohle spojení vytvořil?

- **Zkus jej popsat od co nejdřívějších vzpomínek (nejranějších). Zkus popsat všechno, na co si vzpomeneš..**

Jsou ještě jiné komunity, party, jejichž se cítíš být součástí?

Řekni mi o nich?

Co sdílíte? Co společně děláte?

Co ti to dává? Jak se tam cítíš?

Jaká je tam tvá úloha/role?..

Jaké další události ti pomohly?

Jaké instituce ti pomohly?

Jaké zdroje ti pomohly?

2. Jednotlivci

- „Teď by mě zajímalo, s kým byl vztah pro tebe opravdu podpůrný/ a proč?
- „Kdo ti pomohl v procesu zvládnání těch obtíží, se kterými ses potýkal/a?“

Jaké situace, události byly, které ti pomáhaly?

(Jaké instituce, zdroje ti pomohly?..)

Kdo ještě jiný než tvůj rodič..někdo starší nebo s vícero zkušenostmi?

Jací lidé ti pomohli? (vyjasni typ a kvalitu vztahu těchto osob k respondentovi)

Facilitátoři/Podpora/Mentoři – Lidé

Kdo ti pomohl v tomto náročném období?

(když řekne rodič, pak) Byl někdo další vedle rodičů, důležitá osoba ve tvém životě, kdo byl nápomocný a podporoval tě v tomto období?

Popiš mi toho člověka? *(věk, pohlaví, typ vztahu..)*

/Ke zjištění typu vztahu k této osobě/

Zkus popsat tento váš vztah?

Jak byl tento člověk nápomocný a/nebo podporující?

Co pro tebe u/dělal?

Důvěřuješ mu? A na čem stojí tato důvěra – jak jsi ji získal?

Je to někdo, komu na tobě záleží?

Je to někdo, ke komu vzhlížíš?

Jak ses s ním/s ní poznal?

Jak dlouho ho znáš?

Jak často se vidáte? Jak často spolu mluvíte?

Jak (jakým způsobem) tu ten člověk pro tebe byl/je?

Jaké věci pro tebe tento člověk u/dělal?

Z jakých důvodů pro tebe tento člověk byl důležitý?

/Ke zjištění druhu podpory, kterou osoba poskytovala (emocionální, informační, praktickou..)/

Jak tomu člověku říkáš, např. když o něm přemýšlíš, apod.? (strážný anděl, kamarád, přítel, podpora, rodič, domov, mentor, průvodce, strážce,..)

- **„Povídali jsme si o lidech, kteří ti byli nápomocni v náročném období tvého života (xxx období, viz časová osa).**

„Chtěla/a bych se vyptat na místa a aktivity, které byly nápomocné, které hrály pozitivní roli ve zvládnání těžkostí a v prospívání během těžkostí (zmínit xxx období).“

Jaké události/ aktivity ti pomáhaly?

Co se dělo před tou událostí/ aktivitou?

Kdo s tebou byl? Kde jste byli? Kdy to bylo? Proč jste tam byli?

Řekni mi, co se dělo během toho..? (popis události/aktivity)

Co jsi dělal během té události?

Jak ses cítil během té události?

Co se dělo potom? Na co jsi myslel? Jak ses cítil?

Co přesně ten člověk řekl, co ti pomohlo? Co ti utkvělo?..

Podněty doplňující

Jak se cítíš, když máš kolem sebe dospělou autoritu?

Jak bys popsal vztahy v rodině? Jak bys popsal sebe v rodině?

Jak věříš svým pocitům a pocitům druhých? Projevům těchto pocitů?

Příloha 2

CAST dotazník

Následující otázky odpověz „ano“ nebo „ne“
rodič = pěstoun, nevlastní rodič, pečující prarodič..

1. Pomyslel sis někdy, že má jeden z tvých rodičů problém s pitím?
2. Měl jsi někdy obtíže se spánkem kvůli pití rodiče/ů?
3. Podporoval jsi někdy rodiče, aby přestal/i pít?
4. Cítil ses někdy osaměle, nervózně, našťvaně, frustrovaně nebo jsi měl strach proto, že tvůj rodič nebyl schopný přestat pít?
5. Pohádal ses někdy s rodičem, když pil?
6. Vyhržoval jsi někdy, že odejdeš z domova kvůli rodičově pití?
7. Křičel na tebe někdy rodič, nebo uhodil tebe nebo jiného člena rodiny, když byl napitý?
8. Slyšel jsi někdy své rodiče hádat se, zatímco byl jeden z nich napitý?
9. Ochraňoval jsi někdy někoho z rodin před rodičem, který se napil?
10. Chtěl jsi někdy schovat nebo vylít lahev alkoholu, která patřila rodiči?
11. Točí se mnoho tvých myšlenek kolem toho, že rodič pije, nebo obtíží, které vznikají protože (on/a) pije?
12. Přál sis někdy, aby tvůj rodič přestal pít?
13. Cítil ses někdy odpovědný nebo viný za to, že rodič pije?
14. Báł ses někdy, že se tví rodiče rozejdou/rozvedou kvůli problémům s alkoholem?
15. Cítil ses někdy odříznutý nebo/a ses vyhýbal kamarádům a hrám s nimi, protože ses cítil trapně a styděl ses za to, že tvůj rodič pije?
16. Cítil ses někdy uvíznutý uprostřed hádky mezi rodiči, kdy jeden z nich pil a druhý ne?
17. Měl jsi někdy pocit, žeš způsobil / můžeš za to, že se rodič napil?
18. Měl jsi někdy pocit, že ten rodič, který pije tě vlastně nemá rád?
19. Litoval jsi někdy toho, že rodič pije?
20. Měl jsi někdy strach o zdraví rodiče kvůli jeho pití?
21. Vinil tě někdy někdo z toho, že rodič pije?
22. Myslel sis někdy, že je tvůj táta alkoholik?
23. Přál sis někdy, aby domov bylo místo spíš podobné domovu tvých kamarádů, kteří neměli rodiče, co pije?
24. Sliboval ti někdy rodič něco, co nedodržel kvůli pití?

25. Myslel sis někdy, že tvoje máma je alkoholička?
26. Přál sis někdy, abys mohl mluvit s někým, kdo by porozuměl situaci u vás doma a pomohl s problémy kolem pití?
27. Hádal ses někdy se svými sourozenci ohledně pití rodiče?
28. Zůstal jsi někdy venku mimo domov proto, aby ses vyhnul pijícímu rodiči, nebo reakci druhého rodiče na pití?
29. Když ses trápil pitím rodiče, cítil ses potom někdy špatně, plakal jsi nebo jsi měl pocit, že máš kámen v břiše?
30. Převzal jsi někdy nějaké práce a úkoly doma, které obvykle dělal rodič předtím, než začal pít?

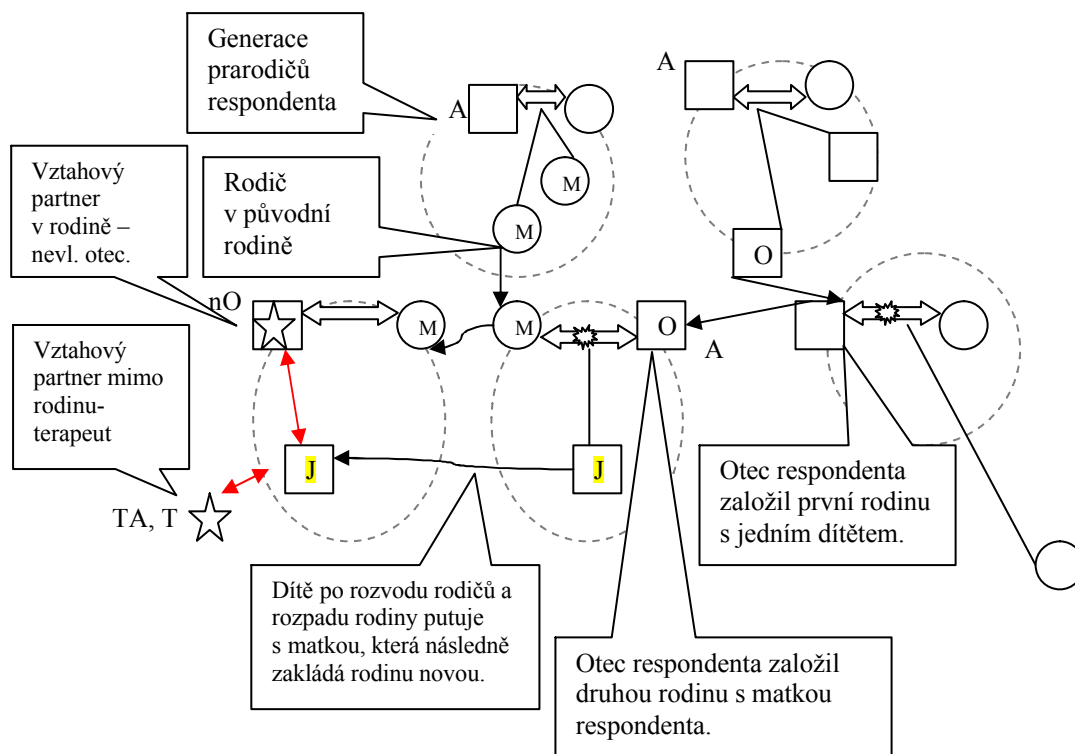
Spočítej celkový počet svých “Ano” odpovědí.

Příloha 3

Vysvětlivky symbolů v rodinných mapách

Žena, dítě ženského pohlaví	○	Muž, dítě mužského pohlaví	□
Vztah	—	Pohyb ve vztahu směrem	→
Manželství	↔	Rozvod	→*
A – Alkohol u jedince		S či SA – suicidium či suicidální pokus	
D – Drogy u jedince			
Prostor rodiny	○ (čárkovaný)	Úmrtí jedince, v tomto případě prarodiče	□ (čárkovaný)
		Nejčastěji zmiňovaný růst podporující partner	☆

Rodinná mapa s vysvětlivky



Příloha 4

Dne: v Praze

Číslo respondenta:

Souhlas s účastí ve výzkumu

Vážen/á/ý....., byl/ a jsi požádán/a o účast ve výzkumu. Výzkum je prováděn Janou Švecovou, studentkou jednooborové psychologie University Karlovy v Praze.

Písemná práce, jejíž je výzkum součástí, zkoumá posilující, podpůrné a ochranné vlivy blízkých vztahů.

Výzkum se skládá z tvé účasti v:

- polostrukturovaném interview (rozhovoru s otevřenými otázkami, které nám pomohou popovídat si a na nic podstatného přitom nezapomenout)
- ve vytváření časové osy tvého životního příběhu a rozhovoru nad ní
- ve vytváření rodinné mapy (tzv. genogramu) a rozhovoru nad ní
- ve vyplnění dotazníku kvality života a rozhovoru nad ním

Část rozhovorů bude prováděna dvěma jinými spolupracovníky proto, aby ses cítil úplně uvolněně a mohl povídat i o terapeutickém programu, kterého se účastníš/účastnil ses.

V rozhovoru tě požádám/e o sdílení tvých osobních zkušeností na téma tvých důležitých lidí a vztahů s nimi.

Zejména se budu ptát na to, jak se v těchto vztazích projevuje **blízkost, vzájemnost, podpora a sdílení**. Jak ti tyto vztahy pomohly zejména v náročných obdobích tvého života. Budu se tě ptát **na tvé pocity** ohledně různých situací s těmito důležitými blízkými. Dále mne bude zajímat, jak tě tyto zkušenosti **ovlivnily do dalších vztahů** – co sis z nich odnesl, v čem tě změnily, v čem ti pomohly, co tě naučily, atd.

Některá témata v rozhovoru se mohou ukázat jako velmi osobní. **Můžeš se sám rozhodnout, o čem mluvit** nechceš. Můžeš taky kdykoliv během naší spolupráce ukončit rozhovor a rozhodnout se dál již v účasti na výzkumu nepokračovat.

Obsah všech rozhovorů bude **důvěrný**, tvé skutečné jméno ani jiné osobní údaje nebudou pro výzkumné účely použity. S tvým souhlasem budu nahrávat naše rozhovory, ty budou pak částečně přepsány a hlasové soubory budou vymazány.

Cílem této práce je využít získané poznatky o vztahové odolnosti. Ty pak pomohou např. navrhnout či zlepšit účinnost některých terapeutických programů. Z účasti ve výzkumu

neplynou pro tebe jako účastníka žádné finanční odměny. Nealkoholické nápoje a drobné občerstvení ti samozřejmě poskytnu po celý čas naší spolupráce.

Tvá účast na výzkumu je plně dobrovolná. Tvůj podpis níže stvrzuje, že jsi tento souhlas četl/a a souhlasíš s účastí na výzkumu.

Nejsi-li plnoletý, tvůj zákonný zástupce po dohodě s tebou svým podpisem vyjádří souhlas s účastí za tebe.

Podpis účastníka: _____ Datum: _____

Já, _____ souhlasím s audio nahráváním rozhovorů během naší spolupráce.

Předem ti děkuji a těším se na naši spolupráci!

Jana Švecová

Příloha 5

Rizikové faktory v rodině dítěte.....

První kontakt proběhl:

Doplněno dne:

Zaznamenal:

Rizikový faktor	Přítomnost	Poznámka	Počet
SES	Nízký_NízkStřed_Střed		
Sociální exkluze	ne0_ano1		
Rodina	Úplná_Neúpln_Smíšen		
Rozvod	ne0_ano1		
Domácí násilí	ne0_ano1		
Abúzus aktuální	ne0_ano1		
Abúzus polymorfní	ne0_ano1		
NL	Jaká?		
Komorbidity	ne0_ano1		
Kriminalita rodiče	ne0_ano1		
Suicidium, Suicidium - pokus	ne0_ano1 ne0_ano1		
Jiná nemoc rodiče	ne0_ano1		
Ostatní (opakované absence rodiče: léčba, výkon trestu; úmrtí rodiče, sexuální zneužití, apod.)	ne0_ano1		
Celkem			