

**Univerzita Karlova**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: **Specializace ve zdravotnictví**

Studijní obor: **Adiktologie**



**Bc. Zuzana Pavlíková**

**Evaluace svépomocné skupiny Al-Anon z pohledu jejích členů**

Evaluation of mutual-help group Al-Anon from the perspective of their members

**Diplomová práce**

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jaroslav Vacek, Ph.D.

**Praha, 2020**

**Poděkování:**

Za odborné vedení mé diplomové práce, ochotu, cenné a podnětné rady při jejím zpracování děkuji vedoucímu práce Mgr. Jaroslavu Vackovi, Ph.D. V neposlední řadě také děkuji všem respondentům, kteří mi věnovali svůj čas a dovolili mi nahlédnout do jejich osobních zkušeností.

**Identifikační záznam:**

PAVLÍKOVÁ, Zuzana. *Evaluaace svépomocné skupiny Al-Anon z pohledu jejích členů. [Evaluation of mutual-help group Al-Anon from the perspective of their members]*. Praha, 2020. 111 s., 5 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Mgr. Jaroslav Vacek, Ph.D.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze dne, 3.12.2020

Bc. Zuzana Pavlíková

.....

## **Abstrakt**

**Východiska:** Závislostí netrpí pouze daný jedinec, ale i celá rodina, protože ta je závislému jedinci nejbližší. Ovlivňuje ji především nevyzpytatelné chování závislého, kterému podléhá chod celé rodiny a tito jedinci se dříve nebo později stávají spoluzávislými. Pro tyto osoby toho systém péče moc nenabízí. Vhodnou alternativu lze nalézt ve svépomocné skupině Al-Anon.

**Cíle:** Cílem výzkumu je analyzovat potřeby jedinců potýkajících se s problémem užívání alkoholu u jejich blízké osoby. Druhým cílem je zmapování podoby a průběhu setkání svépomocné skupiny a charakterizovat účastníky, kteří tato setkání navštěvují. Třetím cílem je zmapování míry spokojenosti účastníků se setkáním a popis doporučení směrem k profesionální péči.

**Metody:** K získání dat byla využita kvalitativní metoda pomocí záměrného výběru přes instituce. Výzkumu se účastnilo celkem 12 respondentů (10 žen a 2 muži). K analýze dat byla využita metoda vyhledávání a vyznačování vztahů, metoda prostého výčtu a metoda kontrastů a srovnávání.

**Výsledky:** Přestože bývá u respondentů první volba pomoci právě profesionální péče, často u této pomoci nesetrvávají a volí raději svépomocnou skupinu. Ačkoliv přichází na setkání bez jakéhokoliv očekávání, často jsou velmi mile překvapeni a docházejí na setkání dodnes. Setkání jim umožňuje naplnit neuspokojené potřeby, zvědomuje spoluzávislostní vzorce chování a díky programu 12-ti kroků, literatuře a Modlitbě o poklid ducha získávají podporu i v jejich každodenních těžkostech. Hlavní nosné pilíře skupiny jsou ve vlastní zkušenosti ostatních, spiritualitě, anonymitě a absenci autority.

**Závěr:** Na základě zjištění se jeví svépomocná skupina Al-Anon pro blízké závislým osobám velice nápomocnou. Nicméně i tak je důležitá vzájemná spolupráce, jak svépomocné skupiny, tak i profesionální péče a větší informovanost o možnostech pomoci pro spoluzávislé osoby.

**Klíčová slova:** Al-Anon – svépomocná skupina – alkohol – rodina – závislost – analýza potřeb – evaluace procesu – evaluace spokojenosti

## **Abstract**

**Background:** Addiction affects the whole family and not only the individual dealing with it. The reason being that family is usually closest to the individual. The family is mainly affected by the unpredictable behaviour of the addicted member and this behaviour then affects the whole running of the family and sooner or later other members become co-dependent. There is not much support provided for these people. A suitable alternative can be the self-help group Al-Anon.

**Aims:** The aim of the research is to analyse the needs of individuals struggling with the problem of alcohol use of their close ones. The second goal is to describe the form and course of the meeting of the self-help group and the characteristics of the participants who attend this meeting. The third goal is to investigate the level of satisfaction of participants with meetings and description of recommendations for expert care.

**Methods:** To obtain the data, a qualitative method was used by intentional selection through institutions. A total of 12 respondents (10 women and 2 men) participated in the research. The method of searching and marking relations, the method of simple enumeration and the method of contrasts and comparisons were used for the analysis of data.

**Results:** Although expert care is the first choice of respondents, they often do not stay and prefer to choose a self-help group. Although they come to the meeting without any expectations, they are often very pleasantly surprised and continue participating since then. The meeting helps them to fulfil unfulfilled needs, to become aware of codependent patterns of behaviour, and through the 12-Step Program, literature, and the Prayer for Peace of Mind to gain support in their daily struggles. The main pillars of the group are the experiences of others, spirituality, anonymity, and the absence of authority.

**Conclusion:** Based on the findings, the Al-Anon self-help group for close to addicts seems to be immensely helpful. Although cooperation is still important, from both self-help groups and professional care and greater awareness of the possibility of assistance for co-dependent persons.

**Keyword:** Al-Anon – mutual help group – alcohol -family – addiction – analysis of needs – process evaluation – evaluation of satisfaction

## Obsah

Úvod.....	11
Teoretická část .....	12
1 Alkohol.....	12
1.1 Charakteristika a rozšíření.....	12
1.2 Účinky alkoholu.....	12
1.3 Závislost na alkoholu .....	13
1.4 Vývojová stádia závislosti.....	14
2 „Člen rodiny“ jménem alkohol.....	16
2.1 Důsledky závislosti pro rodinu.....	16
2.2 Rodinné role .....	18
2.3 Závislost ženy x závislost muže v rodině.....	20
3 Spoluzávislost.....	21
3.1 Definice spoluzávislosti .....	21
3.2 Znaky a projevy spoluzávislosti.....	21
3.3 Diagnostické zařazení .....	23
3.4 Léčba spoluzávislosti .....	24
3.4.1 Profesionální péče .....	24
3.4.2 Svépomocná skupina CoDA .....	25
4 Problémy jednotlivých členů rodiny .....	26
4.1 Nepijící partner/ka.....	26
4.2 Nepijící rodič.....	28
4.3 Děti z rodin se závislým rodičem na alkoholu .....	30
4.3.1 Před narozením.....	30
4.3.2 Po narození .....	30
4.4 Dospělé děti alkoholiků.....	33
4.5 Protektivní faktory a odolnost.....	38
5 Svépomocné skupiny .....	40
5.1 Znaky a definice svépomocné skupiny .....	40
5.1.1 Stavební kameny svépomocných skupin.....	41
5.2 Pravidla .....	42

5.3	Dělení svépomocných skupin .....	43
5.4	Historie vzniku svépomocných skupin .....	44
5.5	Přínos svépomocných skupin .....	44
5.6	„Nezdravé“ a „zdravé“ svépomocné skupiny .....	45
5.7	Svépomocné skupiny x terapeutické skupiny .....	46
6	Charakteristika skupiny Al-Anon .....	47
6.1	Historie vzniku skupiny Al-Anon .....	48
6.2	12 kroků .....	48
6.3	Setkání / meeting .....	50
7	Al-Anon v České republice vs. v zahraničí .....	52
7.1	Přehled výzkumů ze zahraničí .....	52
7.1.1	Přínosy skupiny Al-Anon .....	52
7.1.2	Nově příchozí x dlouholetí členové .....	53
7.1.3	Ženy x muži .....	53
7.1.4	Životní zkušenosti žen žijících s manželem alkoholikem .....	55
8	Stručný přehled o systému péče pro blízké osoby uživatelů alkoholu .....	57
8.1	Systém péče pro závislé .....	57
8.2	Podpora a pomoc rodinám .....	57
8.3	Rodinná/párová terapie .....	57
8.4	Skupiny pro rodinné příslušníky .....	58
8.5	Telefonické sociální služby a krizová centra .....	58
8.6	Svépomocné skupiny .....	59
8.6.1	Svépomocná skupina CoDA .....	59
8.6.2	Svépomocná skupina Al-Anon .....	59
8.6.3	Svépomocná skupina Alateen .....	59
8.6.4	Svépomocná skupina DDA .....	59
8.7	Další odborníci .....	59
	Praktická část .....	60
1	Použité metody .....	60
1.1	Analýza potřeb .....	60
1.2	Evaluační proces .....	60



1.3	Evaluace spokojenosti.....	61
1.4	Shrnutí výzkumného problému a výzkumný cíl .....	61
1.5	Výzkumné otázky.....	61
1.6	Základní soubor.....	62
1.7	Výzkumný soubor a jeho výběr .....	62
1.8	Popis výzkumného souboru .....	63
1.9	Metody sběru dat.....	63
1.9.1	Příprava sběru dat.....	63
1.9.2	Metody sběru dat .....	64
1.10	Metody zpracování a analýzy dat .....	64
1.10.1	Technické zázemí .....	65
1.11	Etické aspekty práce .....	65
2	Výsledky.....	66
2.1	Klíčová osoba.....	67
2.1.1	Charakteristika klíčové osoby .....	67
2.1.2	Problematické chování .....	67
2.1.3	Subjektivní délka vnímání problému .....	68
2.1.4	Využívání služeb .....	69
2.2	Problémy před vyhledáním pomoci .....	70
2.2.1	Spoluzávislostní chování a další problémy .....	70
2.2.2	Neuspokojované potřeby.....	72
2.2.3	Reakce od okolí .....	73
2.3	Proces vyhledání pomoci .....	74
2.3.1	Zásadní okamžik uvědomění si nutnosti změny.....	74
2.3.2	Návštěva jiných služeb před Al-Anon.....	74
2.3.3	Získání kontaktu na Al-Anon.....	75
2.3.4	Očekávání.....	76
2.3.5	První zkušenost se setkáním Al-Anon.....	76
2.3.6	Návštěva setkání Anonymních Alkoholiků.....	77
2.4	Al-Anon.....	77
2.4.1	Délka a frekvence docházení.....	78

2.4.2	Podoba setkání.....	79
2.4.3	Uplatňování 12-ti kroků .....	81
2.4.4	Průběh setkání .....	82
2.4.5	Motivace k návštěvnosti .....	84
2.4.6	Pozitiva a negativa.....	85
2.4.7	Nápady na zlepšení a spokojenost.....	87
2.5	Profesionální služby .....	88
2.5.1	Navštěvování i jiných služeb.....	88
2.5.2	Důvody nesetrvání či nevybrání profesionální služby .....	88
2.5.3	Nápady na další služby/odborníky .....	89
2.5.4	Pozitiva a negativa.....	90
2.5.5	Respondenti kombinující obě formy pomoci vs. respondenti navštěvující pouze Al-Anon .....	91
2.5.6	Doporučení .....	92
2.6	Souhrn výsledků.....	93
3	Diskuse a závěr.....	95
4	Literatura .....	100
5	Seznam zkratk.....	105
6	Seznam příloh.....	106
6.1	Příloha 1 – Záznamový arch .....	106
6.2	Příloha 2 – Poučení o účelu výzkumu.....	109
7	Seznam tabulek.....	110
8	Prohlášení zájemce o nahlédnutí .....	111

## Úvod

Ačkoliv se v našem oboru nejčastěji setkáváme primárně s jedinci, kteří trpí závislostí, nelze v tomto směru opomenout ani ty, kteří jsou těmto lidem nejbližší. Právě oni jsou těmi, kteří trpí stejně jako závislí, ale z důvodu své spoluzávislosti. Pro někoho pouze pojem, pro někoho i nynější neviditelný jev. Jev tak skrytý, a tak záluďný, že zakrývá i naše vlastní já, naši sebeúctu a naše potřeby. Mnohdy ani odborník nestačí na to, aby nám nastínil obraz sebe sama a pomohl nám se ze spoluzávislosti dostat do nezávislosti.

Teoretická část velmi krátce nastiňuje problematiku závislosti na alkoholu, ale posléze se dostává k nosné části, která se zabývá důsledky závislosti pro celou rodinu. Především na jednotlivé rodinné příslušníky tedy nepijící partner, rodič či dítě. Charakterizuje jednotlivé problémy, se kterými se oni samotní mohou potýkat, jaká rizika podstupují, ale i předkládá pozitivní příklady, jak se danému riziku vyhnout či ho minimalizovat. Tato kapitola je zakončena možnostmi pomoci, jak profesionální, tak i svépomocnou, kdy se nejvíce věnují právě svépomocné skupině Al-Anon.

Výzkumná část naopak předkládá ilustrující svědectví od 12 respondentů, díky které lze získané poznatky z teoretické části aplikovat v praktických ukázkách. I tato svědectví začínají od samého začátku tedy identifikováním problémů plynoucí ze soužití se závislou osobou, uvědomování si nutnosti pomoci, zisku kontaktu a až po její vyhledání. Poté je blíže charakterizována struktura a průběh setkání skupiny Al-Anon a ještě specifičtější popis změn chování a postojů u daných respondentů i s pomocí programu 12-ti kroků, literatury či Modlitby o poklid ducha. Opomenuta není ani profesionální péče. Právě názory a zkušenosti respondentů mohou pomoci k popisu doporučení k možným budoucím změnám.

## Teoretická část

### 1 Alkohol

Ještě, než se dostanu k samotné svépomocné skupině Al-Anon a problémům, se kterými se jedinci před vyhledáním pomoci potýkají, je potřeba si uvědomit proti čemu přesně jedinci čelí, když mají blízkého člověka, který užívá alkohol.

#### 1.1 Charakteristika a rozšíření

Alkohol je jedna z nejstarších omamných látek lidské společnosti s archeologickým důkazem, který je datován až do období 7 200 př.n.l. v Číně a 4 200 př.n.l. v Egyptě. Od svého zavedení se používal alkohol v náboženských obřadech a také i jako sociální „mazivo“, tzn. k oslavě vítězství a ke zmírnování emoční trýzně z porážky či ztráty (Moss, 2013). I v České republice je užívání alkoholu stále rozšířeným jevem. Pravidelnými a častými uživateli alkoholu je 16,7 % jedinců dospělé populace. U mužů je výskyt častého pití až 3krát větší (25,6 %) než je tomu u žen (8,1 %). Celková roční spotřeba alkoholu činí 8,6 l na jedince (v litrech čistého lihu) (Csémy et al., 2019).

Alkohol je chemicky ethylalkohol, který vzniká kvašením cukrů. Ovlivnění psychických funkcí probíhá na základě působení na několika neurotransmiterových systémech. Jedná se o dopaminergní (odměna), noradrenergní (stimulace a agrese), GABAergní (útlum, relaxace a spánek) a opioidní systém (analgetický efekt a útlumová euforie) (Minařík & Kmoch, 2015).

#### 1.2 Účinky alkoholu

Alkohol je v dnešní společnosti rozšířená věc a vlastně v dnešní době je pít normální. Naopak nepít není normální. Účinky alkoholu na jedince mohou být různé např. dle koncentrace, množství, a i dle osobnostního nastavení jedince. Tedy záleží v jakém rozpoložení se člověk právě při užití alkoholu nachází. Lze říci, že alkohol má již po užití místní účinky počínaje sliznicí dutiny ústní, kde může vyvolat lehké pálení. Ze žaludku a střev se alkohol vstřebává do krve, odkud je transportován do všech tkání a tekutin těla. V játrech se posléze oxiduje na oxid uhličitý a vodu. V rámci tohoto procesu se uvolňuje velké množství energie, která se ovšem v organismu využije jen z části (Bečková & Višňovský, 1999).

Malé dávky alkoholu působí stimulačně, vysoké tlumivě. Na samotném počátku se dostavuje u jedince zlepšení nálady, pocit sebevědomí a energie. Později dochází ke snížení sebekritičnosti i sebekontroly. Alkohol odstraňuje zábrany, ale také jeho účinky mohou vyústit v záchvaty hněvu, které mohou způsobovat nesmyslné hádky nebo surové až agresivní činy. Vysoké koncentrace alkoholu mohou být nebezpečné pro organismus. Dochází při nich i k útlumu životně důležitých center regulace dýchání a krevního oběhu, což může být příčinou smrti (Bečková & Višňovský, 1999).

### 1.3 Závislost na alkoholu

Syndrom závislosti zahrnuje skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž má užívání alkoholu u daného jedince větší přednost před činností, která ho těšila dříve více (Pecinovská, 2011). Kritériem pro stanovení diagnózy syndromu závislosti na alkoholu je nutné splňovat alespoň tři z níže vypsanych jevů v průběhu posledního roku (MKN-10, b.r.). Jedná se o:

- a) silná touha či nucení užít látku (tzv. craving)
  - a. Jedinec buď prožívá craving jako chuť se napít nebo jako různé změny psychického či fyzického stavu, které měl dříve spojené s užíváním alkoholu (Pecinovská, 2011).
- b) potíže v kontrole užívání látky
  - a. Potíže v kontrole lze spatřovat v chování, kdy jedinec jde do hospody s vidinou vypít jednoho piva, ale nakonec skončí u deseti. Se stejnou problematikou se lze setkat i u vidiny vypité jedné sklenky z načaté lahve, ale nakonec ji vypije celou. Jedinec se chce napít s cílem se neopít, ale opakovaně se opije, ačkoliv nechtěl (Pecinovská, 2011).
- c) odvykací stav
  - a. Typický odvykací stav u alkoholu je charakteristický neklidem, nervozitou, třesem, pocením, návaly horka, dávení či zvracení, nespavostí až děsivými sny (Pecinovská, 2011).
- d) změna tolerance
  - a. O zvyšující se toleranci můžeme hovořit tehdy, kdy jedinec, který chce dosáhnout stejného účinku alkoholu na jeho organismus, musí zkonsumovat větší množství alkoholu, aby se očekávaný účinek dostavil (Pecinovská, 2011).
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch alkoholu
  - a. Jedinec již s rozvinutou závislostí na alkoholu zvládá stále méně aktivit či svých koníčků. Později zanedbává i své pracovní povinnosti, povinnosti v rámci rodiny, zanedbává svůj vzhled a péči o sebe (Pecinovská, 2011).
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků
  - a. Tlak okolí sice může u jedince způsobit dočasnou abstinenci, nicméně u rozvinuté závislosti nedokáže jedinec bez léčby přestat pít navzdory závažným důsledkům (Pecinovská, 2011).

## 1.4 Vývojová stádia závislosti

Vývojová stádia závislosti dle Jellinek<sup>1</sup> (1952, in Pecinovská, 2011) lze rozdělit do čtyř kategorií:

Prvním stádiem je stádium *iniciační* či *počáteční*. Toto stádium je charakteristické tím, že se jedinec svým pitím alkoholu moc neodlišuje od pití ostatních lidí. Zároveň mu ale užívání alkoholu slouží jako „lék“ na řešení jeho situací, které pro něho byly bolestné či neřešitelné. Alkohol se jako „lék“ osvědčuje, a proto toto chování jedinec opakuje až dochází k rozvoji adaptačních mechanismů. S rozvojem adaptačních mechanismů souvisí i růst tolerance, kdy jedinec, který touží vyřešit svůj problém, musí zvyšovat i dávky alkoholu. Nicméně užívání alkoholu může mít i svůj důvod v narušené vztahové vazbě. Dle výzkumu (Wolt & Halama, 2014) je patrné, že bezpečná vztahová vazba u mužů souvisí s nižší mírou rizikového užívání alkoholu, zatímco odmítavá vztahová vazba souvisí s vyšší mírou rizikového pití. U žen je patrná souvislost pouze s úzkostně ambivalentní vazbou, která zvyšuje rizikové užívání alkoholu.

Druhým stádiem je stádium *prodromální* či *varovné*. Toto stádium je charakteristické neustálou rostoucí tolerancí, která způsobuje, že k vyvolání příjemného požadovaného pocitu je nutná stále vyšší hladina alkoholu. Tato hladina se stále blíží k hladině, která se již projevuje lehkou opilostí. Jedinec si také uvědomuje, že jeho pití může být ostatním lidem v jeho okolí nápadné, a proto začíná pít i potají. Později se za své chování stydí. Zároveň se u jedince již mohou dostavovat palimpsesty, tedy okénka, kdy si jedinec nepamatuje na průběh své intoxikace. Tato situace, s výše zmíněnou nechtěnou opilostí a pitím potají, prohlubuje jeho pocity viny. Z tohoto důvodu se jedinec snaží své pití kontrolovat, nicméně tato snaha uvede do pohybu bludný kruh závislosti.

Třetím stádiem je stádium *krucální* či *rozhodné*, které je charakteristické změnou v kontrole pití. Alkohol se již stal součástí základních metabolických dějů a změnila se i reakce organismu na jeho určitou dávku. Organismus již reaguje na malou dávku změnou psychických procesů a rozjíždí se kaskáda dalšího pití, které končí opilostí. Nicméně ne každé napití musí končit opilostí. Zároveň s rostoucím počtem zjevných opilstí dochází i k nárůstu konfliktů s okolím. Toto rizikové užívání alkoholu nepříznivě ovlivňuje jedincův mozek, myšlení a chování. Rizikové užívání alkoholu může vést v případě odvykacího stavu ke křečím a samozřejmě až k závislosti (Moss, 2013). U jedince, který užívá alkohol, dochází k vytvoření tzv. racionalizačního systému, tedy systému zdůvodňování, díky němuž sobě i svému okolí vysvětluje a omlouvá své pití. I samotné jeho koníčky a zájmy i s povinnostmi, přestávají dotyčného zajímat a raději se věnuje získávání alkoholu, jeho ukrývání a následně vymýšlení výmluv, proč alkohol potřebuje. Později se dostavují pocity viny, protože chování jedince není v souladu s jeho vnitřními hodnotami. Aby tyto pocity snesl, upíjí je v alkoholu. Začíná se měnit i jeho osobnostní struktura, kdy se začínají manifestovat převážně negativní stránky jeho osobnosti. U jedince roste i

---

<sup>1</sup> Jellinek, E. M. (1952). Phase of alcohol addiction. Q J Stud Alcohol, 13 (4), 673-684.

vztahovačnost, která se později stane důvodem častých konfliktů mezi ním a nejbližšími. Jedinec může pociťovat i tlak od okolí, aby abstinovat, nicméně pokud tlak povolí, pokusy o abstinenci tím zpravidla končí. Původní problémy, které mohly být na počátku jedincova pití, ustupují do pozadí za problémy, se kterými se jedinec potýká nyní. V této době je vhodné vyhledat specializovanou péči. Nicméně když stoupající frekvence opilosti dosáhne stavu, kdy jedinec je většinu týdne opilý než střízlivý, nastupuje čtvrté stádium.

Čtvrté stádium je stádium *terminální* či *konečné*. Toto stádium je charakteristické nepříjemným stavem po vystřízlivění, který jedinec léčí tzv. ranními doušky. Pokud jedinec pokračuje v pití i nadále, vzniká tah, během něhož pacient nevystřízliví. Jak uvádí Moss (2013), lze spatřovat vzájemný vztah mezi konzumací alkoholu a vznikem různých typů rakoviny. V tomto stádiu se již mohou objevovat nejrůznější orgánová poškození, zejména jater, slinivky břišní, trávicího traktu, oběhového či nervového systému (demence) i duševní poruchy. Jedincův život se v tomto stádiu už točí pouze kolem alkoholu, který upřednostňuje i před svými dětmi či nejbližšími. Nastupuje stav, kdy to již nejde bez alkoholu, ale ani s ním a jedinec až v této fázi může hledat pomoc či je zvýšené riziko pokusu o sebevraždu.

Z výše uvedených vývojových stádií závislosti na alkoholu je patrné, že užívání alkoholu je spojováno s četnými zdravotními, psychiatrickými, sociálními a rodinnými problémy. Užívání 25 gramů čistého alkoholu denně je spojováno se zvýšeným rizikem vzniku rakoviny hltanu, jícnu, žaludku, tlustého střeva a konečníku, jater, hrtanu a rakoviny prsu u žen. U užívání alkoholu lze spatřovat i psychiatrické problémy (komorbidity), nejčastěji deprese, bipolární porucha, úzkostné poruchy včetně posttraumatické stresové poruchy. Jedinci s antisociální či hraniční poruchou osobnosti často naplňují diagnostická kritéria závislosti. Nicméně rizikovou skupinou mohou být jedinci trpící schizofrenií, kde může být užívání alkoholu až závislost významným rizikovým faktorem vzniku bezdomovectví. Zároveň každé užívání alkoholu zvyšuje riziko zranění v široké škále situací – dopravní nehody, nehody na kole, pády, zranění při sportovních a rekreačních činnostech apod. (Moss, 2013).

## 2 „Člen rodiny“ jménem alkohol

V době, kdy člen rodiny užívá alkohol si neuvědomuje, že tím má rodina najednou o jednoho člena více. Alkohol může být nejdříve pro člena rodiny něco jako blízký přítel, ke kterému se vrací v období smutku, úzkosti či touze po uvolnění. Nicméně dříve nebo později se alkoholu začne podřizovat chod celé rodinné domácnosti a kvůli němu mohou vznikat rozepře v rámci partnerského/manželského vztahu či v rámci vztahu rodič-dítě. V této kapitole se proto budu zabývat negativním působením alkoholu na rodinu samotnou.

Pití člena rodiny má vliv, jak na fungování rodiny, tak i na samotné její členy. Jedná se především o manžela/manželku a jejich děti. Dopad užívání alkoholu jedince v sociálním kontextu rodiny je obzvláště důležitý. Rodinné faktory mohou ovlivnit vývoj užívání alkoholu, a i samotný dopad užívání jedince na jednotlivé členy. Genetické faktory, rodinná kultura a tradice a samotná dynamika rodiny mohou přispívat k ohrožení a zranitelnosti jedince, který užívá alkohol, ale také i k zajištění ochrany a odolnosti. Zároveň i samotný rodinný systém a jednotliví členové mohou hrát zásadní roli při udržování abstinence jedince, který byl závislý na alkohol nebo tento proces údravy narušit (Moss, 2013).

Jak uvádí Csémy (2001), k základním funkcím rodiny patří plnění potřeb jejích členů v oblasti fyzického, psychického, sociálního a ekonomického zabezpečení. Mezi další funkce lze zařadit i poskytnutí uspokojivého prostředí pro podporu, vzdělání a socializaci dětí. Tím, že jedinec v dané rodině užívá alkoholu, může svým počínáním ohrozit všechny výše zmíněné funkce rodiny.

### 2.1 Důsledky závislosti pro rodinu

Závislost jednoho člena rodiny na alkoholu má vliv na celou rodinu. Nejvíce mohou být zasaženy děti, které z chování opilého jedince v rodině nemusí mít ještě rozum.

Soužití se závislým jedincem na alkoholu vnáší do systému rodiny a jeho funkcí mnoho negativních jevů. Jednání pod vlivem alkoholu neumožňuje normální a přirozenou komunikaci mezi intoxikovaným jedincem a ostatními členy domácnosti. Zároveň alkohol negativně ovlivňuje interakce mezi členy v domácnosti i v době, kdy je jedinec střízlivý a znesnadňuje zdolávání a řešení problémů, které mohou přinášet různá období v průběhu života. I samotné utajované pití, které jsem zmínila výše, ničí v rodině komunikaci, vzájemnou důvěru a zpřehází hodnotový systém (Heller, 2011). Problémy, které alkohol v rodině způsobuje, mohou vést až k dysfunkci rodiny, vzniku domácího násilí či jiných problémů, které vyvolávají nutnost zásahu (Moss, 2013). V tomto případě se může jednat o různé násilné činnosti zahrnující verbální, emocionální a fyzické zastrašování – tedy výhrůžky, silou vynucované sexuální kontakty, fyzické napadání až týrání (Dóci & Pavlov, 2004).



Autoři Young & Timko (2015) přináší přehlednou tabulku (Tabulka 1), ve které poukazují na jednotlivé okruhy dopadů užívání alkoholu, jak na samotného závislého, tak i na jeho blízké.

Tabulka 1 Okruhy dopadů plynoucích z užívání alkoholu

Oblasti dopadů	Charakteristika jednotlivých dopadů alkoholismu	
	Jedinec závislý na alkoholu	Blízcí
<b>Somatické problémy</b>	Třes, cirhóza, anémie, záchvaty, kardiomyopatie atd.	Únava, bolesti hlavy a zad, trávicí obtíže, obtíže s dýcháním, zvýšený krevní tlak atd.
<b>Nehody</b>	Autonehody, domácí násilí, sexuální napadení, pády, rvačky atd.	Úrazy, domácí násilí, napadení atd.
<b>Psychické problémy</b>	Ztráta vědomí, deprese, úzkosti, halucinace, sebevražda atd.	Poruchy spánku, únava, úzkosti, závislostní chování, poruchy příjmu potravy atd.
<b>Finanční problémy</b>	Ztráta práce a řidičského průkazu, neplacení účtů, finance utraceny na koupi alkoholu	Ztráta práce, placení účtů a výdajů domácnosti atd.
<b>Právní problémy</b>	Řízení pod vlivem alkoholu, pití na veřejnosti, způsobení dopravní nehody atd.	Domácí násilí, odpovědnost za zranění či poškození cizí věci atd.
<b>Sociální problémy</b>	Izolace, odcizení, ztráta schopnosti péče o dítě, rozvody, rozchod atd.	Izolace, zanedbávání společenských vztahů a svých zájmů atd.

Zdroj: Young, L. B. & Timko, CH. (2015). *Benefits and Costs of Alcoholic Relationships and Recovery Through Al-Anon. Substance Use & Misuse*, 50(1), 62-71.

Lehce odlišný výčet jednotlivých dopadů užívání alkoholu člena rodiny na rodinu samotnou přináší Csémy (2001). Lze je shrnout do 6 bodů:

1. *Role* – Užívání alkoholu členem rodiny může změnit role členů v rodině. Jedinec přestává plnit své povinnosti, neplní roli živitele rodiny, nepodílí se na péči o děti a jsou mu i lhostejné domácí práce či rekreační aktivity. Tyto aktivity nejčastěji přechází na jiného člena rodiny, nejčastěji manželského partnera. Nicméně i samotné dítě může převzít jednu z rolí. Nejčastěji se jedná o převzetí role a povinností dospělého.
2. *Běžné práce* – Tím, že uživatel alkoholu pije, jeho chování se může později stát nepředvídatelným a může narušovat schopnost rodiny plánovat nebo dodržovat zaběhnutý způsob rodinného života. Tím jsou ostatní členové rodiny v neustálé nejistotě a úzkosti, protože např. nevědí, zda přijde domů a kdy, nebo v jakém stavu bude v přítomnosti svých kamarádů či na „party“.

3. *Rituály* – I samotné rituály, mezi něž můžeme zařadit např. oslavy narozenin či Vánoce, jsou či mohou být narušeny, jak chováním uživatele alkoholu, tak i jeho nepřítomností.
4. *Společenský život* – V této oblasti se rodina jako celek straní veškerým společenským aktivitám z důvodu nepředvídatelného a rušivého chování uživatele alkoholu, které je členy pokládáno za trapné a zahanbující. Z tohoto důvodu mají členové rodiny držet daný problém před okolním světem skrytý.
5. *Finance* – Finance, které jsou utraceny za alkohol, mohou rodině posléze chybět a ani jedinec užívající alkohol není schopen se o rodinu postarat. Ve většině případů jeho počínání skončí nezaměstnaností, a tím ztrátou příjmu úplně.
6. *Komunikace* – Komunikace v rodině může být zcela narušena. V časných stádiích nemusí být uživatel alkoholu ochoten mluvit o jeho případném problémovém pití. Nicméně v pozdějších stádiích se téma alkoholu a pití může stát převládajícím prvkem konverzace mezi členy rodiny. Konverzace může velmi rychle sklouznout ve spory, které se převážně točí kolem vzájemného obviňování, jejichž tématem jsou důsledky pití.

## 2.2 Rodinné role

Jak jsem již zmínila výše, v důsledku užívají alkoholu jedním z partnerů, mohou přecházet některé role na ostatní členy. Ovšem mnohdy se ostatní členové mohou sami nevědomky podílet na udržování maladaptivního vzorce chování pijícího partnera, díky hraní tzv. aktivních rolí. Touto oblastí zájmu se zabýval Wegscheider-Cruse<sup>2</sup> (1989; in Vernig, 2011), který popisuje závislost na alkoholu jedince jako „rodinné onemocnění“. Zároveň vydělil 5 rolí, které blíže popíše v následujících odstavcích. Jedná se o Umožňovatele, Rodinného hrdinu, Ztracené dítě, Maskota/Klauna a Obětího beránka. Každá z těchto rolí zahrnuje vlastní vnitřní i mezilidské rysy, které chrání jak daného jednotlivce v rodině, ale také i strukturu rodiny a umožňuje pijícímu rodiči v pokračování užívání alkoholu pro něho s minimálními důsledky.

Roli Umožňovatele (The Enabler) nejčastěji zaujímá partnerka závislého manžela a rodiče na alkoholu. Jejich vzájemná blízkost umožňuje, že právě partnerka vidí důsledky manželova pití doslova z „první ruky“. Ačkoliv se zdá, že právě partnerka dělá vše, co je v jejích silách, aby zastavila manželovo pití alkoholu, kdy ve většině případech za něho přebírá i zodpovědnost (např. omlouvá manžela v zaměstnání, jezdí pro něho do barů a hospod, pokud to s pitím přežene apod.), právě tímto svým chováním umožňuje udržovat maladaptivní vzorec manželova pití. Jedná se tedy o řešení a přijímání následků manželova chování na sebe samou, aby nezavalila těmito důsledky pijícího partnera. Umožňovatel předpokládá, že se rodina navenek bude prezentovat „v dobrém světle“ bez jakýchkoliv známek dysfunkce. Jedinec v této roli může pociťovat pocity nedostatečnosti, bezmocnosti

---

<sup>2</sup> Wegscheider-Cruse, S. (1989). *Another chance: Hope and health for the alcoholic family* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

a vždy musí hbitě reagovat na chování pijícího partnera. Zároveň má velmi málo času se věnovat svým vlastním potřebám a zájmům, protože neustále chrání a podporuje někoho jiného. Stává se spoluzávislou. Nowinski (1999) uvádí typické motivace chování umožňovatele, kterými jsou: starost o pijícího partnera, strach z důsledků alkoholismu, vyhnutí se střetu s vlastním alkoholovým problémem.

Role Rodinného hrdiny (The Family Hero) nejčastěji zaujímá nejstarší dítě v rodině, které je schopné převzít větší odpovědnost pro blaho celé rodiny. Často to jsou děti, které brzy opouští rodinu (kvůli škole či kariéře apod.), nicméně vždy jsou připraveni k pomoci/záchraně, když to rodina bude potřebovat. Obzvláště tehdy, kdy jedinec v roli umožňovatele svou roli není schopen plně plnit. Pro jedince v roli hrdiny jsou vnější úspěchy motivací, nicméně uvnitř pociťují pocity méněcennosti. Mnohdy zanedbávají oblasti svého života jako je péče o sebe, vztahy a další. Mohou se také potýkat s pocity schvácenosti, jako by celá rodina byla závislá na plnění jeho role.

Ztracené dítě (The Lost Child) je dítě v rodině, jehož potřeby a přání jsou přehlíženy zbytkem rodiny v důsledku užívání alkoholu jednoho z rodičů. V důsledku celé patologické situace dítě rozvíjí svůj svět a fantazie mimo rodinu a stává se uzavřeným do sebe. Toto jeho chování může být posilováno i dalšími členy rodiny, kteří jsou příliš zaneprázdňeni svými vlastními rolmi. Pocity ztraceného dítěte jsou často charakterizovány osamělostí a smutkem, a právě tyto pocity mohou být důsledkem selhání v rozvoji blízkých vztahů s ostatními.

Roli Klauna/maskota (The Mascot) hraje dítě, které hraje roli rozptylovače od problémů, které se v rodině vyskytují. Náplní jeho role je být vtipný, roztomilý a přátelský. Ostatní členové rodiny mohou zřídka toto dítě brát vážně a mohou od něho mít nízká očekávání. Rodina častěji tomuto jedinci nesděljuje všechny informace, jako prostředek jakési ochrany dítěte. Nicméně dítě samotné si je mnohdy těchto problémů vědomo, i přesto, že postrádá schopnost hlubšího porozumění. Právě tato role slouží dítěti jako prostředek k odlehčení nálady a uvolnění napětí, které v průběhu konfliktů v rodině vznikají, a kterých si je dítě vědomo.

Jako role Klauna/maskota, tak i role Obětního beránka (The Scapegoat) je rolí, která umožňuje odvádění pozornosti od rodinných problémů. Nicméně oproti smíchu a vtipnosti se jedná o odvádění pozornosti ve smyslu problémů ve škole (záškoláctví), právní problémy a dalších potíží. Mnohdy se může objevit užívání alkoholu či jiných návykových látek spolu s podobným typem vrstevníků. Často se pokouší plnit roli rodinného hrdiny, ale ve většině případů jsou jejich úspěchy přehlíženy ve prospěch nejstaršího sourozence. Role obětního beránka je parketou druhého sourozence v pořadí narozených. Jakmile se klima v rodině začne zhoršovat, je toto dítě obviňováno z mnoha rodinných problémů. Rodina je těmito problémy snadno rozptylována, a to jim umožňuje se spíše zaměřit na své vzdorovité chování jako alternativu, jak se vyrovnat s tím, že jeden z příslušníků rodiny nadužívá alkohol.

### 2.3 Závislost ženy x závislost muže v rodině

Většina prací, které se věnují souvislostem mezi závislostí na alkoholu a rodinou, pojednává o takových rodinách, kde jsou závislí muži. Možná z tohoto důvodu je více dostupných článků a knih, které se zaměřují na rady partnerek/manželek alkoholiků. Zdání, ale může klamat. Nicméně jak uvádí Heller (2011), právě závislost ženy na alkoholu je mnohem větší ohrožení rodiny a jejich funkcí.

V dnešní době je brána žena jako člověk, který je schopen se postarat o domácnost, děti, manžela/partnera, a tudíž pokud užívá alkohol, tyto činnosti vykonávat nemůže. Ve své roli prostě selhala. Právě na možný problém s alkoholem může upozornit její postupné zanedbávání péče o úpravu zevnějšku, nezvládnutí chodu domácnosti či rezignace na péči o děti (Venglářová, 2008). Žena zpravidla pije doma osamocně a hlavně potají. Lahve od alkoholu doma různě schovávají hlavně do míst, kde by je druhý partner nehledal. Jejich partneři/manželé se tuto skutečnost snaží tolerovat či krýt, ale jen do té doby, dokud se pití manželky/partnerky nedostane na veřejnost. Pokud se tak stane, je to pro mnohé partnery/manžely signál k ústupu a nejčastěji tato „prekérní“ situace vyústí v rozvod či rozchod (Heller, 2011). Naopak je tomu u mužské závislosti na alkoholu. U mužů je častější pití v partě či ve společnosti obecně. Zároveň celé situaci nepomáhá ani fakt, že řada tzv. „mužských“ zábav je běžně doprovázena pitím alkoholu jako např. v průběhu fotbalového zápasu, hokeje apod. I samotná společnost je více tolerantnější k pití u mužů než u žen (Venglářová, 2008).

### 3 Spoluzávislost

Život se závislostí a spoluzávislostí není nic jednoduchého. Spoluzávislí mnohdy neví, že se stali spoluzávislými. I samotné tyto dva procesy si jsou velmi podobné, a to v tom, že se v nich lidé chovají podobným způsobem.

#### 3.1 Definice spoluzávislosti

Spoluzávislost neboli též i kodependence je porucha ztráty sebekontroly, která se projevuje potížemi psychickými, psychosomatickými, či fyzickými. Jedná se o jakékoliv trápení či dysfunkci, které je spojeno s přílišným zaměřením na potřeby a chování druhých. Ve většině případů se jedná o naučené chování, které má chránit naše pravé Já. Vychází z pocitu neadekvátnosti, rozštěpenosti, nízkého sebevědomí, strachu z opuštění atd. Může postihovat jak jednotlivce, tak i celou rodinu. Samotné kodependenci se většinou jedinci učí od dětství v kontaktu pro ně s důležitými osobami, tipu rodiče, učitelé, přátelé apod. (Kudrle, 2003).

Kodependence jako pojem pochází z USA z první poloviny 90. let. Ačkoliv byla původně zkoumána jako porucha u příbuzných v rodinách, kde se vyskytuje alkohol, později se ukázalo, že tento fenomén je zpravidla klíčový v dysfunkčních rodinách (Kudrle, 2003).

#### 3.2 Znaky a projevy spoluzávislosti

Téma alkoholu už není tématem pouze pro závislého, ale stává se hlavní starostí pro druhého z páru, ale také dětí či rodičů jejichž dítě užívá alkohol, na které doléhají důsledky jedincova pití. Alkoholik má tedy vyvinutou závislost na alkoholu, zatímco jeho blízcí jsou závislí na problémech, které se s nadměrným užíváním alkoholu pojí. Jedná se tedy o takový typ člověka v roli Umožnovatele (viz výše), který se neustále přizpůsobuje nastalé obtížné situaci, kterou ale zavinil jedinec užívající alkohol, ale on sám ji nemůže ovlivnit (Ühlinger & Tschui, 2009). Spoustu partnerů, partnerek i dětí žijí v utkvělé představě (v mylném přesvědčení), že svého pijícího partnera, rodiče, dítě, musejí podporovat a starat se o něho, jinak by mohl umřít hlady či by mohl žít velmi nedůstojným životem. Spoluzávislost má kořeny v jejich mylném přesvědčení, že to bez nich závislí jedinec nedokáže. A jelikož nechtějí snášet tento svůj strach či obavy, závislému stále pomáhají. Spoluzávislí jedinci žijící po boku závislého člověka se velmi často obávají změn. Ne pouze z reakce závislého, ale především z toho, co takové změny přináší (Jílek, 2008).

Takový to jedinec se snaží napravit závislého morálními výčitkami. Reaguje odíráním lásky či sexu, vylévá alkohol, kontroluje a řídí finanční prostředky apod. Častým chováním je prosení, žebrání, nadávání, pláč, opouštění závislého a následně se k němu vracejí a zkoušejí ho všelijak obměkčit. Veškerá tato snaha jde ale „vniveč“. Tato opatření nevedou ke zmírnění závislosti, ale naopak k jejímu zhoršení. Vzniklý tlak pijícímu jedinci umožňuje odůvodňování jeho dalšího užívání alkoholu (Röhr, 2015).

Touha pomoci závislému jedinci, vznikla jako prostředek před silící nejistotou a úzkostí spoluzávislého. Snaží se získat jistotu pro sebe, ale i druhé, a to tím, že funguje a přebírá odpovědnost za pijícího jedince. Strategií, jak se bránit vzniklým problémům v rodině, je právě v jeho pomocnictví. Spoluzávislí člověk si ale neuvědomuje, že svými všemožnými taktika a pomáháním, vytváří pravý opak a neuvědomuje si ani to, do jak začarovaného kruhu se dostal. Závislí jedinec na alkoholu ztrácí kontrolu nad svým užíváním, která se stává ústředním příznakem jeho nemoci. Oproti tomu spoluzávislí jedinec ztrácí kontrolu nad svým chování ve smyslu nutkání pomáhat a následnou neschopností přestat pomáhat (Röhr, 2015). Spoluzávislí jedinec závislého neustále zachraňuje, přemlouvá, kryje a zapírá, ale závislí jejich naivitu, toleranci a důvěry pouze využívá. Ale proč se takto spoluzávislí stále chová? Mylně doufá, že milovaný a zároveň tolik nenáviděný závislí pochopí, že takhle to dál nejde a přestane to dělat. Nicméně často to jsou oni, kdo závislému umožňují změnu neudělat a setrvat nadále v jeho závislosti. A často se celá situace obrátí proti spoluzávislým, kteří jsou pak v rodině či ve vztahu těmi, kteří mají problém (Jílek, 2008).

Často jsou zas a znovu zklamáváni v osobě užívající alkohol, která několikrát slibovala, že přestane užívat alkohol. Tyto plané sliby mají spoluzávislého jedince pouze uklidnit. Mnohdy se jejich vztahy mohou znovu napravit a nabýt důvěry, nicméně o to horší je znovu další zklamání, kdy závislost na alkoholu vyhraje (Röhr, 2015). Spoluzávislé osoby se vzdávají svých vlastních tužeb, potřeb, přátel, vlastních plánů i volného času. Zanedbávají se, uhýbají veškerým konfliktům a emočně i sociálně upadají (Ühlinger & Tschui, 2009).

Se stále větší přibírající odpovědností, roste ve spoluzávislých i pocit silné viny, že se jim stále nepodařilo jedincovu závislost získat pod kontrolu a zmírnit. Trpí i stále většími a většími úzkostmi z mylného přesvědčení, že pokud by se závislému jedinci něco stalo, právě oni by za to byli odpovědní (Röhr, 2015). Nicméně právě pocit viny u jejich drahé spoluzávislé polovičky využívají závislé osoby jako jejich mocnou zbraň k tomu, aby jim členové rodiny umožňovali je nadále zneužívat a využívat (Jílek, 2008). Mnohdy obrazejí svůj bezmocný vztek proti sobě samotným za to, že si chování závislého nechají líbit. Zároveň ztrácejí i sebeúctu (Röhr, 2015).

Spoluzávislí jedinci tráví hodně času tím, že se neustále snaží kontrolovat druhé. Starosti spojené s alkoholem jsou pro nepijícího jedince něco jako parazit v jeho myslí. Nepijící jedinci se sužují trápením kvůli chování pijící osoby, jak v její přítomnosti, tak i tehdy, když přítomna není. Velmi časté mohou být i noční telefonáty opilého jedince na téma „Ach, jak jsem nešťastný“ (Ühlinger & Tschui, 2009). Veškeré tyto myšlenkové pochody mají vliv i na jejich zdraví. Spoluzávislí mohou trpět nespavostí a následným vyčerpáním, úzkostí a celý jejich psychický aparát je dlouhodobě přetěžován. Objevují se bolesti kloubů, migrény, srdeční či žaludeční onemocnění, záchvaty paniky, deprese a další. I přesto, že tyto problémy jsou častým důvodem návštěv lékaře, málokdo ze

spoluzávislých se jim svěří s tím, co je tíží z důvodu pocíťovaného studu za jejich situaci (Röhr, 2015).

Mnohdy se spoluzávislí jedinci ptají sami sebe, kde oni sami udělali chybu, že jejich dítě či partner pije alkohol a chová se nevhodně. Chybí jim v celé situaci ten konkrétní viník, protože když člověk nalezne viníka, má možnost trestu, a tím má možnost chybu napravit. Ale bez viníka a bez možnosti nápravy jsou tito jedinci bezradní a bezmocní. Chybí jim odvaha si připustit, že není v jejich moci některé věci ovlivnit, protože se najdou i takoví jedinci, kteří spadnou do závislosti na alkoholu, aniž by měli sebemenší důvod (Jílek, 2008). Především k alkoholu a dalším závislostem se spoluzávislí jedinci obrací jako k další možné korekci jejich nesnázi (Kudrle, 2003).

Jak jsem již zmiňovala výše, abstinencí a léčbou se závislí jedinec mění. Ačkoliv si lidé přejí, aby dotyčný abstinoval a šel se léčit, následná změna okolním jedincům neumožňuje s bývalými alkoholiky tak snadno manipulovat a neumožní zisky ze spolužití s provinilými závislými. Velmi časté je to u manželek závislých manželů, které jsou ochuzeny o spory, v nichž ony byly těmi, kdo měl morální převahu a soucit od okolí. Velmi časté je, že ženy/manželky alkoholiků ztrácí moc nad abstinujícím manželem, a tím se dá říci, že i výhody, kterých se jim dostávalo skrze pití jejich manželů, který se snažil v době, kdy byl střízlivý, manželce kupovat dárky, aby zmírnil její hněv za jeho chování pod vlivem alkoholu. Také i abstinencí bývalého alkoholika či alkoholičky ztrácí druhá blízká osoba pozornost a podporu od okolí. Nyní už není veškerá pozornost věnována jí či němu, ale abstinujícímu jedinci. Mnohdy po této radikální změně závislého dochází k rozvodu či rozchodu. Důvod je ten, že dříve závislý jedinec byl v opojení alkoholem zábavný a neotravoval a nyní, v době abstinence, se plete do věcí, do kterých mu nic není. Právě v této problematice spoluzávislí jedinci narážejí, protože nemají trpělivost či nechtějí změnit i sebe. Nechápu, že abstinencí závislého jedince se nevyřeší jejich již značně vybudovaná spoluzávislost (Jílek, 2008).

### 3.3 Diagnostické zařazení

Jak uvádí Kudrle (2003), poruchy, které se nejčastěji vyskytují v souvislosti se spoluzávislostí u jedinců jsou následující:

- a) Úzkostná porucha osobnosti (F60.6)
- b) Závislá porucha osobnosti (F60.7)
- c) Anankastická porucha osobnosti (F60.5)
- d) Smíšená porucha osobnosti (F61.0)
- e) Smíšená úzkostná a depresivní porucha (F41.2)
- f) Fobické úzkostné poruchy (F40)
- g) Generalizovaná úzkostná porucha (F41.1)
- h) Posttraumatická stresová porucha (F43.1)

### 3.4 Léčba spoluzávislosti

Léčba spoluzávislosti je velice obtížnou situací a může probíhat podle podobných hledisek jako u závislostního chování. Jílek (2008) uvádí podobnosti závislosti i spoluzávislosti, kterými je bagatelizování problému, strach z provalení, nemístná očekávání rychlé změny a neochota investovat čas a námahu k pohledu na sebe, případně nutnosti sebeuvědomění a následné změny vlastního chování. I přesto, že pro spoluzávislé jedince nemáme v systému péče žádné specifické ambulantní, stacionární či pobytové léčby, mnohdy se jedinci uchylují k individuální terapii či svépomocné skupině CoDA, jejíž cílovou skupinou jsou právě osoby spoluzávislé.

#### 3.4.1 Profesionální péče

Obtíže při práci se spoluzávislým jedincem je v pochopení vlastní situace a jejich „nemoci“, protože tito jedinci se stále zaměřují na svého blízkého závislého člověka a u nich je to on, kdo potřebuje pomoci. Spoluzávislí zpočátku nevěří, že pomoc potřebují zároveň i oni (Ühlinger & Tschui, 2009). S problémem závislého jedince si dělají starosti, ale sami ze svého hlediska jsou v pořádku. Nabývají dojmu, že „problém má ten druhý“ a že ten donedávna nezodpovědný partner, manžel či dítě díky rozhovoru s odborníkem pochopí, že se nechová správně a své chování budou chtít změnit. Ale takto jednoduché to není. Nicméně v momentě, kdy mohou být spoluzávislí jedinci konfrontováni i s nutností změny jich samotných, mnoho lidí z péče odborníka odchází, protože odborníka vyhledali kvůli závislému jedinci, a ne kvůli sobě. Na druhou stranu se není čemu divit. Celý život se starali o svého závislého jedince a táhli celou rodinu či se vždy snažili vychovávat své dítě co nejlépe a teď se dozví, že se to musí naučit jinak a měli by se změnit i oni (Jílek, 2008).

První krokem při práci s těmito jedinci je vysvětlení pojmu „spoluzávislost“. Tak jako závislí jedinec, tak i spoluzávislí musí získat náhled na svoji „nemoc“ a poznat svou slabou stránku, tedy neschopnost přestat s pomáháním (Ühlinger & Tschui, 2009). Zároveň tento první krok umožňuje spoluzávislým zbavit se jejich iluzí a představ, jak o sobě samých, tak i o svých závislých příbuzných. Také se musí zbavit svých nemístných očekávání a teprve až po tomto pravém náhledu na situaci, lze pokračovat v terapeutickém vztahu (Jílek, 2008).

Ačkoliv se spoluzávislým jedincům může v případě nástupu závislého jedince do léčby, ulevit, později se v případě návratu jedince z léčby, může objevovat strach. Strach z recidivy závislého. Z tohoto důvodu spoluzávislí znovu převezmou iniciativu a budou mít i nadále silnou potřebu závislého kontrolovat. Tím se mohou dostat do „začarovaného kruhu“, kdy kvůli svému kontrolovatelnému chování dovedou závislého jedince do obávané recidivy. Závislého do recidivy přivede jeho vzdorná reakce na chování spoluzávislého, tím totiž získává pocit, že mu spoluzávislí nevěří, a proto nabude dojmu, že stejně tedy může znovu začít pít (Ühlinger & Tschui, 2009).

Mezi další kroky lze zařadit odpuštění, jak sobě samému, že se člověk stal spoluzávislým, tak i závislému jedinci, který spoluzávislost způsobil nechtěně. Důležité je



pochopit i samotné základy spoluzávislosti a zpracovávat je. Mnohdy kořeny těchto spoluzávislostních základů sahají až do dětství. Role pomocníka se obvykle vyvinula velice časně. Většinou to mohl být otec či matka a dítě, které se snaží rodiče zachránit. Nicméně si mnohdy později vybírá stejné partnery či partnerky s cílem je zachránit (Ühlinger & Tschui, 2009). Jelikož je minulost nevratná, není žádoucí hledat chyby a sebeobviňovat se, protože to akorát samotného jedince uvádí do frustrace. Vhodné je se zabývat tím, co je teď a tady, protože pokud jedinec vidí, jak se chová dnes, uvidí pravděpodobně i důsledky svého chování v budoucnosti. Až v této chvíli poznání se může změnit. Dříve bohužel ne (Jílek, 2008).

Mnoho lidí, kteří si neví rady a vyhledají pomoc z důvodu, že chtějí najít na své otázky řešení, často odcházejí s radou, aby dělali opravdu pouze to, na co mají, a aby vyhrožovali pouze jen tím, co jsou skutečně schopni udělat. Jinak budou akorát terčem posměchu ze strany závislého. Zároveň rad od okolí získávají mnohdy až příliš mnoho a často se jedná o změny velmi radikální typu: „*No tak ho či ji vyhod', jinak tě zničí*“. Nicméně sami jedinci ve svém skrytu duše ví, co je správné a co nikoliv. Pouze jim chybí odvaha to udělat (Jílek, 2008).

#### 3.4.2 Svépomocná skupina CoDA

Jak již samotný název napovídá, svépomocná skupina CoDA (Co-Dependents Anonymous) je společenství mužů a žen, kteří se snaží dosáhnout společného cíle, tedy získat zdravé vztahy. Skupina také využívá filozofie 12-ti kroků a 12-ti tradic, které uplatňují na svůj každodenní život a především na své vztahy. Díky setkávání se snaží o osvobození z jejich sebedestruktivního životního stylu (Codependents Anonymous, 2020).

Ačkoliv setkání zatím probíhají každou sobotu pouze v Praze, lze se účastnit i meetingů přes Skype, které probíhají každé pondělí. Jedná se o vhodnou alternativu těm jedincům, kteří možnost osobní přítomnosti na meetingu nemají (Codependents Anonymous, 2020).

## 4 Problémy jednotlivých členů rodiny

### 4.1 Nepijící partner/ka

Na narušené rodinné klima, z důvodu užívání alkoholu svého partnera či partnerky, odlišně reagují muži a ženy co do ochoty a schopnosti setrvat po jeho či jejím boku. Žena závislého muže na alkoholu má sice více práce, ale zároveň jí to dává možnost jednoduše a samostatně rozhodovat. Tuto možnost snadno přijímají organizačně zdatné a ambiciózní ženy. Sice si stěžují na chování svého manžela/partnera, ale jakmile se jeho chování změní k lepšímu a začne jevit o dění v rodině zájem, mohou to pocítovat jako zásah do své kompetence (Heller, 2011).

Ženy setrvávají desetkrát častěji po boku svého závislého manžela, než manželé závislých žen. Nicméně i v některých situacích není rozvod tím správným východiskem u soužití se závislým jedincem. Častou překážkou může být fakt, že závislý jedinec mnohdy nemá kam jít, a v rodině i tak zůstává (Heller, 2011). Ačkoliv je pijící partner stále přítomný, mnohdy v rodině nastává „efekt oddělených ložnic“, protože vzniklé konflikty mezi partnery se promítají i do jejich milostného života. Přesto, že si pijící partner přeje přiblížit k druhému a sdílet s ním trochu něhy, paradoxně ve druhém to vyvolá pocity zcela opačné. Nejčastěji se může jednat o znechucení s následným odstupem a vyhýbání se jakémukoliv kontaktu. Ženy se mnohem častěji vyhýbají intimitou ve vztahu k pijícímu partnerovi. Oproti tomu muži, ve vztahu k pijící partnerce, ukáží svoji touhu v novém vztahu s novou partnerkou či pokud v manželství setrvávají, mají mimomanželský poměr (Ühlinger & Tschui, 2009).

Partner pijícího protějšku si musí častokrát poradit s obtížně řešitelnými, nepředvídatelnými a častými nepříjemnostmi života, které mu přináší život s pijícím partnerem. Častokrát se spolu dostávají do konfliktu, jehož ústředním tématem je „alkohol“. Tento konflikt mezi partnery může nabýt násilné formy, jak jsem již zmiňovala výše a v rámci různých výzkumů již bylo prokázáno, že domácí násilí a alkohol spolu souvisejí (Csémy, 2001). I samotná intoxikace alkoholem může vyvolat stihomam či žárlivost. Právě chorobná žárlivost spolu s alkoholem může být motivem vzniklého domácího násilí. Patologická reakce ženy na nastalou situaci je tehdy, pokud si násilí vyhodnotí jako projev partnerovi lásky k ní (Ühlinger & Tschui, 2009).

Nepijící partnerky mohou být uváděny do zmatků hlavně z důvodů měnící se nálady a činů pijícího partnera. Pijící partner je může zahrnovat láskou, vášnivými vyznáními, ale také i ranami a vydíráním sebevraždou. Je to dilema, se kterým se nepijící partnerky musí vypořádat. Buď s pijícím partnerem zůstanou a vystavují se nebezpečí samy pro sebe, nebo od něj odejdou a vystavují podle nich nebezpečí pijícího partnera. Zároveň mezi důvody bitých žen, které se svými pijícími partnery zůstávají, mohou být: 1. Partnerovo násilí považují za druhotný problém spojený s jeho pitím alkoholu, 2. Cítí vinu za manželovu nespokojenost a jeho alkoholismus, 3. Jsou toho názoru, že by manžel jejich

odchod neunesl, 4. Zůstávají s ním kvůli dětem, 5. Necháávají se obměkčit a přesvědčit jeho plamennými vyznáními (Ühlinger & Tschui, 2009).

Důsledky pití nezasahují pouze do vztahu mezi partnery, z nichž jeden je závislí, ale i do vztahu nepijícího partnera a dětmi. Jelikož problém s pitím jednoho z partnerů ovládne život všech členů dané rodiny, mívá nepijící partnerka mnohem méně času, a i emočních a materiálních zdrojů pro děti. Často na nepijícího partnera přechází veškeré kompetence, chod celé rodiny a také i odpovědnost za výchovu dětí. V tomto ohledu vzniká rozmělnění hranic, které se kromě přebírání zodpovědnosti za druhého partnera vyznačuje i tím, že může docházet i ke spojenectví (tzv. koalice) v rámci generací, tedy jeden rodič s dítětem proti pijící polovičce. Nepijící partner také zastupuje roli tzv. „posla špatných zpráv“. Je to on, který musí dětem vysvětlovat např. že si nemohou domů nikoho pozvat, že nebudou mít kapesné či proč druhý z partnerů nepřišel na jejich vystoupení apod. Paradoxem v této nepříjemné situaci bývá fakt, že malé děti, které nechápou hlubší souvislosti, mohou mít v ten moment mnohem větší vztek na nepijícího partnera než na druhého z partnerů (Csémy, 2001).

Převážně partnerky pijících partnerů jsou velmi tolerantní, snaží se zachovat rodinu a obávají se finančních problémů. Vlastně celý jejich život je protkáán obavami. Obavami z toho, v jakém stavu přijde její manžel domů, kdy přijde, jakou bude mít náladu, kdy je vhodná doba na společnou řeč ohledně jeho užívání, neskončí to fiaskem jako minule? Neuslyší nás sousedé, jak se hádáme a co děti? Zároveň pokud žena pijícího partnera zůstane i přes jeho užívání s ním, mohou ji děti, které dospěly, později vyčítat, že se nerozvedla (Venglářová, 2008). Ačkoliv se mnohdy nepijící partneři snaží o pomoc, podporu a řešení problémů pijícího partnera, málokdy dosáhnou šťastného konce. Svým chováním akorát umožňují pijícímu partnerovi dále užívat bez obav toho, že by jeho pití mělo nějaké důsledky. Jak uvádí Csémy (2001), akorát touto „pomocí“ oddalují skutečné řešení. Opačný efekt na pijícího partnera má i „detektivní činnost“ nepijící polovičky za účelem zisku důkazů, že partner má opravdu problém s alkoholem a vyvíjí na něho tlak, aby přestal. Nicméně svým chováním akorát umožňuje pijícímu partnerovi vymýšlet další a další lži a lži, aby unikl přísnému doзору (Ühlinger & Tschui, 2009).

Převážně ženy mohou trpět sebeobviňováním za pití svého partnera a častokrát se považují i za možnou příčinu tohoto pití. Nepijící partner ve vztahu ke druhému, který užívá alkohol, je vystaven silnému psychologickému napětí a častokrát jejich psychické problémy zahrnují úzkost, depresi a nízkou sebeúctu. Není ani žádným překvapením, že nepijící partner mnohdy sám začne alkohol pít. Nejčastěji z důvodu, aby vyřešil stres či v naději, že alespoň tímto svým počinem bude mít určitou kontrolu nad jeho konzumací alkoholu. Pijící partner neovlivňuje nepijícího partnera pouze v rámci rodiny či jeho psychického zdraví, ale také i v rovině pracovní, kdy i pracovní výkon trpí v důsledku domácích obtíží (Csémy, 2001).

Ne vždy musí být nepijící partner ten, kdo bezprostředně toleruje pití druhého. Často to může být mezi partnery skrytá dohoda. Pití jednoho z partnerů je tolerováno výměnou za to, že nepijící partner má mimomanželský vztah či se chová tak, jak by to jinak pijící partner netoleroval. Stručně a jasně, je to „něco za něco“ (Csémy, 2001).

Mezi nejčastější chyby nepijících partnerů lze zařadit vyčítání, uvádění důvodů proti pití, poté co se napil, říkat mu: „*Kdybys mě měl rád, s pitím by si přestal.*“, snažit se mít jeho pití pod kontrolou, řešit jeho problémy, místo toho, aby si je řešil sám, přijímat jeho lži jen proto, aby se zabránilo konfliktu, věřit jeho slibům, dávat mu rady a obětovat se pro druhého (Ühlinger & Tschui, 2009). Zároveň je jasné, že dávat někomu rady je jednoduché pro nás, ale těžké přijímat pro nepijící partnery, kteří s pijícím partnerem žijí x let a možná si svých chyb nejsou vědomi, či si je nechtějí připustit, a tím i nadále zůstávají v kolotoči spoluzávislosti.

## 4.2 Nepijící rodič

Rodiny se vždy nemusí zabývat pouze problematikou užívání alkoholu u svého partnera/manžela/rodiče, ale jsou i rodiny, kde problémem užívání alkoholu mohou trpět děti. A ačkoliv si rodiče nepřejí, aby jejich potomek pil alkohol, sami jsou nicméně jejich aktivátory a mnohdy sami alkohol svým potomkům nabízí. Ve svém okolí se setkávám s činy jako namáčení dudlíku do pěny od piva či umožnění malého loku zrzavého moku.

Dle výzkumu zabývajícího se podáváním alkoholu dětem je patrné, že většina dětí ochutnala alkohol v přítomnosti dospělých členů rodiny, tedy rodičů, prarodičů či jiných příbuzných. Zároveň již přes 60 % dětí druhé třídy uvedlo, že již ochutnaly alkoholický nápoj a děti ve třetí třídě bylo o 10 % více. Nejčastěji se jednalo o pivo. V menší míře likéry (vaječný koňak) a destiláty (rum, fernet, slivovice, becherovka, vodka a jiné) (Hrubá & Žaloudíková, 2009). I tento rizikový faktor může zvyšovat pravděpodobnost užívání alkoholu v dospělosti bez ohledu, zda je rodič alkoholik či nikoliv. Právě tímto gestem rodič vzbuzuje v dítěti pocit, že pít je „normální“ a zároveň usnadňují dostupnost alkoholických nápojů v jejich raném dětství. Později se tedy rodič nesmí divit, když jeho dítě bude mít později v jeho dospělém životě problém s alkoholem.

Samotná konzumace alkoholu je pro náctileté děti vstupenkou do dospělého světa. Nicméně ve většině případech se příležitostné pití o víkendech může obrátit do každodenního. Vše posléze závisí na domluvě mezi rodiči a náctiletým, probráním rizik, následků a popřípadě obrácení se na specializovanou službu. Ale není dospělí jako dospělí. Někteří rodiče mohou problém u svého potomka přehlížet či zaujímat názor typu „*At' se mládí vydovádí...*“ apod. (Ühlinger & Tschui, 2009).

V rizicích u konzumace alkoholu dospívajícími dětmi nemusíme zacházet až tak daleko do budoucnosti. Následky užívání alkoholu se mohou dostavovat v kratším hledisku. Jedná se o zvýšené riziko úrazů (doprava, sport, utonutí, pády apod.), otrav až

smrt, narušení vývoje mozku, problémy při vzdělání, zpomalení růstu, hormonální poruchy u dívek a také i nechtěný či nechráněný pohlavní styk (Nešpor, 2005).

Věci, které by rodiče měly dělat, a kterým by se naopak měly vyhnout charakterizuje Nešpor & Csémy (2003). Pozitivní přístup rodičů lze spatřovat v komunikaci o následcích mezi rodiči a dětmi. Rodiče by se měly naučit naslouchání a vytvoření pocitu důvěry u jejich potomka. Dále by měly být pro dítě vhodným příkladem, stanovovat pravidla a přiměřené tresty. Také by měly částečně dítěti organizovat čas či mu s tím pomoci. Vhodné je vyhledání odborné pedagogicko-psychologické pomoci či zajištění spolupráce se školou, poradnami či s dalšími službami vhodnými k řešení daného adiktologického problému (např. dětské a dorostové ambulance apod.). K činnostem, kterých by se rodiče měly vyvarovat, lze zařadit popírání problémů či jeho skrývání, sebeobviňování, fyzické trestání, odmítnutí pomoci či zbrklého a zkratkovitého chování. Zároveň by neměly dětem poskytovat finanční příspěvek, který by mohly využít ke koupi alkoholu. Jak doplňuje Jílek (2008), nevhodné je i motivování svého potomka jakousi „obchodní nabídkou“ typu: „*Když budeš hodný, koupíme ti nové auto,*“ apod. Málomnozí rodič si uvědomuje, že tyto všechny slibované věci jejich děti většinou nakonec získaly, a přesto jim to nezabránilo spadnout do spáru závislosti.

Zároveň nelze již dospělého potomka stále „vodit za ručičku“, i přesto, že má problémy s alkoholem. Nejedná se o jeho zavržení či úplné opuštění, ale rodiče musí uvěřit, že jejich potomek je schopen se o sebe postarat sám, protože jediné skrze vlastní omyly se poučí, a to je pro něho mnohem prospěšnější (Jílek, 2008).

Problémy rodičů dospělých potomků se v zásadě v některých aspektech liší. I zde, se mohou objevovat pocity viny, omlouvání svého potomka u příbuzných, přátel a v zaměstnání, poskytování financí, ale také i to, že se závislý potomek mnohdy zpět nastěhuje ke svým rodičům, kteří mohou být již v pozeňnaném věku. S tím se mohou pojít další rizika typu skrytého domácího násilí, vykořisťování či krádeže financí z důvodu koupi své „vytoužené lahve“. Konkrétní možnosti řešení znovu uvádí Nešpor (2018). Rodič by se měl vyhnout jakémukoliv spoluzávislostnímu chování typu placení dluhů za svého dospělého potomka, neomlouvat ho v práci, neřešit jeho problémy s úřady, které si způsobil svojí závislostí a finančně ho nepodporovat. Naopak je vhodné vyhledat podporu u ostatních příbuzných či odborníků (poradna pro rodinu, mezilidské vztahy apod.), stanovovat hranice typu: „*Ano můžeš tu bydlet, ale jen s dodržováním určitých pravidel*“ či mu navrhnout jiné aktivity v bezpečném prostředí. Popřípadě ho informovat o dostupných službách, na které se sám může obrátit v případě, že by chtěl se svojí závislostí něco dělat. Zároveň Jílek (2008) doplňuje, aby rodiče dětem nevyhrožovali věcmi, na které nemají odvahu je doopravdy uskutečnit. Právě plané výhrůžky mohou za to, že rodiče u dětí ztrácejí autoritu a akorát u nich vyvolávají chuť vyzkoušet, kam až mohou zajít.

### 4.3 Děti z rodin se závislým rodičem na alkoholu

Důsledky užívání alkoholu rodičem pro dítě lze rozdělit na důsledky před jeho narozením a po narození.

#### 4.3.1 Před narozením

V případě, kdy pije alkohol žena, může svého budoucího potomka ohrozit již v průběhu svého těhotenství. V tomto směru se jedná o předčasný porod, fetální alkoholový syndrom či fetální alkoholový efekt. Ačkoliv syndrom nepostihuje všechny děti, které se narodily pijícím ženám, jeho riziko vzniku roste, pokud se u ženy vyskytuje intenzivní užívání alkoholu (Csémy, 2001). Důležité je si zároveň uvědomit, že ačkoliv těhotné ženy mohou ve svém okolí slyšet, že „jedna či dvě sklenky v těhotenství nevadí“, je potřeba mít na paměti, že ani v průběhu těhotenství neexistuje žádná „bezpečná dávka“ alkoholu.

Jak uvádí Leifer (2004), užívání alkoholu zvyšuje riziko vzniku těžkých poškození plodu a následného rozvoje vývojových vad. Častými problémy, které jsou spojeny s užíváním alkoholu budoucími matkami, je předčasný porod, kdy dítě přichází na svět před 37. týdnem. S předčasně narozeným dítětem se pojí i mnohé komplikace, tedy vrozené vývojové vady, nízká porodní hmotnost a vysoké riziko novorozenecké morbidit a mortality.

Oproti tomu fetální alkoholový syndrom (zkratka FAS) je soubor fyzických i duševních poruch, a jak už název napovídá, také způsobený užíváním alkoholu v průběhu těhotenství. Odborná literatura řadí mezi fetální alkoholový syndrom také poruchy, které s ním úzce souvisí. Jedná se o ARND (Alcohol-Related Neurobehavioral Defects), tedy postižení nervového vývoje, které se projevuje v oblasti psychiky a chování v dětství, ale i v dospělosti. Dále pak ARBD (Alcohol-Related Birth Defects), kdy se jedná o poškození hlavně funkčnosti orgánů a orgánových soustav. Mezi projevy fetálního alkoholového syndromu patří: vrozené vady v oblasti obličej a hlavy (vyhlazené filtrum, úzký horní ret, nízko položené uši, vyhlazený kořen nosu, pokleslá horní víčka a mikrocefalie), nižší porodní váha novorozence a poškození mozku. Tyto děti častěji trpí poruchami chování, špatně se ovládají, jsou impulzivní, mají nižší intelekt, problémy s učením, obtížně se soustředí a trpí poruchami vyjadřování a paměti. Mnohem častěji se u nich také vyskytují srdeční a cévní poruchy. Fetální alkoholový efekt (zkratka FAE) je zpravidla pouze postižení intelektu a chování (Minařík & Řehák, 2015).

#### 4.3.2 Po narození

Jak uvádí Matoušek (1993), dítě vyrůstající v rodině potřebuje kromě primárních potřeb (např. nasycení, teplo atd.) i stabilní prostředí a přítomnost stabilních osob, tedy rodičů, kteří mají vliv na jeho vývoj a jsou v jeho vývoji velice angažovaní. Nicméně z předchozích kapitol je zjevné, že rodina, kde se nachází člověk závislý na alkoholu vytváří pro dítě, ale i ostatní členy, velmi nestabilní prostředí a sám závislý je také velice nestabilním článkem. Právě tato nestabilita jednoho z rodičů je to, co dítě ovlivňuje, ať se

ho druhý rodič snaží před tímto ochránit či nikoliv. Z důvodu nestabilního prostředí je dítě alkoholika ochuzeno o bezstarostnost. Neustále je ve střehu, protože očekává katastrofu, ke které může dojít kdykoliv. Žije v nedůvěře, uzavírá se do sebe a postupně se obrní proti vnějším rizikovým vlivům, které na něho ze strany pijícího rodiče působí. Vytvoří si jakýsi „krunýř“, který jim ale v dospělosti znesnadňuje navazovat vztahy, obzvláště ty milostné (Ühlinger & Tschui, 2009).

Ačkoliv se takovéto děti mohou projevovat z hlediska svého chování různými způsoby, společným znakem je jejich nízké sebehodnocení. Za vším můžeme hledat nízkou emoční energii, kterou rodiče mohou nabídnout dítěti k naplnění jeho potřeb, a tím se i dítě stává obětí rodinné „nemoci“. A důvod nízké energie? U pijícího rodiče je veškerá jeho energie utlumena alkoholem. Zatímco u druhého nepijícího rodiče je důvod nízké energie zakořeněn v rychlém reagování na situaci, kdy musí převzít zodpovědnost, ale i roli za pijícího rodiče (Woititzová, 1998).

Jelikož jsou děti velmi vnímavé a velice špatně snášejí vzniklé napětí v rodině či konflikty mezi rodiči, mohou se stávat úzkostnými a mnohdy přebírají odpovědnost za selhávajícího rodiče. Často tato situace může být krátkodobá, ale v rodině se závislým jedincem se ve většině případech jedná o situaci dlouhodobou a patologickou. Právě zde můžeme využít termín *rodičovské dítě*. Dítě si přestává hrát, má „dospělé starosti“ a je ochuzeno o možnost prožít radost (Heller, 2011). Zároveň se v rodině může vyskytovat i jiný fenomén v podobě tzv. perverzní triangulace, kdy je porušena mezigenerační hranice. To může nastat v okamžiku hádek mezi rodiči a jejich tendencí vyhledat třetí osobu a tu si podmanit a uzavřít s ní „koalici“ (Matoušek, 1993).

Právě tyto děti jsou více ohroženy ve schopnosti zvládnání životních situací, v produktivitě a v dospělosti se častěji stávají také závislými z důvodu porušení obranné funkce rodiny (Heller, 2011). I jak uvádí mnoho zahraničních výzkumů, není zcela překvapivé, že právě děti rodičů alkoholiků jsou v mnohem větším riziku pozdějšího užívání alkoholu oproti dětem, které nemají rodiče závislé na alkoholu. Toto zvýšené riziko pravděpodobně souvisí s interakcí mezi genetickými faktory a faktory související s rodinným prostředím (Moss, 2013). I v rámci rodinného systému se můžeme potkat s fenoménem, který je také považován jako jeden z rizikových faktorů, tedy podávání alkoholu dítěti, který jsem zmiňovala již výše.

U dětí se také může objevovat i ambivalence k vlastnímu citění k otci, který jeden den slibuje, že už bude ten hodný starostlivý otec, ale druhý den přijde znovu opilý, či nepříjde vůbec a dítě začne pociťovat strach. Nicméně může nastat i situace, kdy dítě bude dávat přednost pijícímu rodiči před druhým nepijícím rodičem. Může za to chování nepijícího rodiče, který je chováním své závislé polovičky unavený, mrzutý a reaguje podrážděně. V tomto případě může mít dítě pocit, že je jen nepijícímu rodiči na obtíž a zároveň se u něho mohou objevovat pocity viny např. „*Možná, že kdybych tu nebyl/a,*

*rodiče by se nehádkaly.*“, „*Možná kdybych byl/a býval/a lepší, nebylo by u nás tolik problémů*“ (Woititzová, 1998).

Mezi obzvláště závažný problém lze zařadit násilí v rodině. Terčem násilí v rodině nemusí být pouze nepijící partner či partnerka, ale i dítě, které může být zanedbáváno, slovně napadáno, pohlavně zneužíváno či fyzicky napadáno. U takového dítěte se jedná o syndrom CAN, tedy syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Jak uvádí Ühlinger & Tschui (2009), je mnoho pijících rodičů, kteří své potomky nechávají fyzicky na pokoji, nicméně i tak jsou do násilí v rodině zataženy jako bezmocní pozorovatelé. Bezmocnost pramení v jejich nevědomosti a v trápení, jak by matku či jiné rodinné příslušníky měly chránit a bránit. Takto nastavené patologické vztahy v rodině často vedou k nepředvídatelným reakcím u dětí, jako jsou útoky z domova či pokusy o sebevraždu (Novotný, Jelen & Holčáková, 2007).

Přehledně jednotlivé problémy, které se u dětí mohou vyskytovat, uvádí Csémy (2001), který cituje autora Velleman<sup>3</sup> (1993). Autor poukazuje na zvýšené riziko celé řady problémů v dětství, které lze seskupit do tří hlavních okruhů:

- a) Antisociální chování – děti těchto rodičů mají zvýšené riziko agresivního chování, delikvence, hyperaktivity a dalších forem poruch chování.
- b) Emoční problémy – tato kategorie zahrnuje široké spektrum psychosomatických problémů od astmatu k nočnímu pomočování, stažení, deprese a sebeobviňování.
- c) Škola – jelikož jsem výše zmínila, že pití alkoholu v rodině má vliv i na pracovní činnost druhého z partnerů, není tomu jinak ani u dětí, na které má pití alkoholu v rodině vliv na jejich činnost v rámci školy. Jedná se o obtíže s učením, ztráta soustředění, špatný prospěch a problémy s chováním (agrese a záškoláctví).

Bezpečná vztahová vazba je předpokladem psychické vyrovnanosti v průběhu dětství i dospělosti. Psychické zážitky z útlého dětství máme uloženy v nevědomí po celý život a neustále ovlivňují naše psychické prožívání a chování. Ačkoliv primární funkcí vztahové vazby je interpersonální regulace emocionálních zážitků, které je zároveň i seberegulací, mnohdy tato funkce může být narušena. Právě nejistota naruší tuto seberegulaci, která se projevuje vyšší zranitelností, ovlivňuje vztahy s okolím a často zahrnuje i užívání návykových látek (Mikulincera & Shavera, 2007). Stejného názoru je i Heller (2011), který uvádí, že i v důsledku narušení rodinných vztahů a rolí v rodině je narušeno pozitivní přijetí rodičovských vzorů. To může vést k ohrožení psychosexuálního vývoje dítěte a jeho zdravého formování rodičovských postojů. Zároveň upozorňuje na výskyt různých forem duševních poruch či odchylek v psychickém vývoji, které se u dětí

---

<sup>3</sup> Velleman, R. (1993). *Alcohol and the Family*. London: Institute of Alcohol Studies.



závislých rodičů mohou vyskytovat již v dětství, a které mohou negativně ovlivňovat jejich schopnost včlenění se do kolektivu mezi ostatní.

V rodinách není rizikovým faktorem vzniku negativních dětských zážitků pouze užívání alkoholu jedním z rodičů, ale také i jeho odloučení, rozvod či ztráta daného rodiče. Takovéto negativní zkušenosti, mohou zvyšovat riziko sebevraždy u jejich potomka v jeho dospělém životě. Jak uvádí výzkum Thompson, Alonzo, Hu & Hasin (2017), celoživotní riziko pokusu o sebevraždu se zdvojnásobilo, pokud je v rodinné anamnéze rozvod rodičů a užívání alkoholu matkou či otcem. Rozvod rodičů a užívání alkoholu oběma rodiči zvyšuje toto pravděpodobné riziko až třikrát. To, jak se specifika zvyšuje či snižuje riziko sebevraždy u potomka z důvodu užívání alkoholu matkou či otcem, výzkum neukázal. Zároveň autoři poukazují i na možné další rizikové faktory na individuální úrovni jedince, které do problematiky mohou vstupovat a pravděpodobnost sebevražedného pokusu zvyšovat. Stejnou oblastí se zabývali i autoři Mackrill & Hesse (2011), kteří ve svém výzkumu zjistili, že sebevražedné chování obou rodičů má větší dopad na sebevražedné chování potomka v dospělosti než takovéto chování pouze u jednoho z rodičů. Nicméně i v této studii nemusí být důvodem takového chování pouze užívání alkoholu rodiči. Další studie v této oblasti by měla lépe definovat tyto podmínky.

#### 4.4 Dospělé děti alkoholiků

Vliv užívání alkoholu rodičem dítěte nemá vliv na dítě pouze v jeho dětství, nicméně ho zároveň ovlivňuje i v jeho budoucím dospělém životě, a to hlavně v partnerském soužití. Například ženy vyrůstající s otcem alkoholem, mohou být na užívání alkoholu u svého partnera velmi citlivé a mohou až přehnaně reagovat. V hlavě jim může běhat myšlenka typu, že bude stejný jako jejich otce, a proto se budou snažit zlo v podobě alkoholu u svého partnera zavčas vymýt.

Právě tyto dospělé jedince vyrůstající pod výchovou pijícího rodiče, můžeme nazývat dospělými dětmi alkoholiků, ve zkratce DDA, které můžeme charakterizovat následujícími tvrzeními, které nutně nemusejí znamenat, že každé dítě vyrůstající v takové rodině si tyto následky z dětství odnáší. Spíše je to přehled charakteristik, na které autorka přišla v rámci práce s jedinci označovanými jako dospělé děti alkoholiků (Woititzová, 1998).

##### *1. Dospělé děti alkoholiků si nejsou jisty tím, jaké chování je normální.*

Nejistota těchto jedinců pramení z rodinného prostředí, kde to, co se mnohdy dělo, bylo pro děti normální, protože k porovnání jiné rodinné prostředí neznaly. Ale i u dětí, které vyrůstají v „normálních“ rodinách, se mohou objevit problémy všeho druhu související s dospíváním či jiné problémy. Nicméně u dětí vyrůstajících v rodině s pijícím rodičem, všechno komplikuje alkohol. Zároveň i rodičovská role DDA může být ohrožena vlivem toho, že neví, co je správné či nikoliv.

##### *2. Dospělé děti alkoholiků mají těžkosti při dotahování úkolů do konce.*

Neschopnost cokoliv udělat u těchto jedinců pramení ze slibů pijícího rodiče, který by ke spokojenosti dítěte udělal téměř cokoliv. Naprosto cokoliv. Bohužel to vždy skončilo u slibů, a „skutek utek“. Tyto děti nezažili trávit společný čas celé rodiny nad úkolem a nezakusili příjemný pocit, když společně daný úkol či projekt dokončili. Takoví to jedinci, proto ani vlastně neví, jak danou věc dodělat.

*3. Dospělé děti alkoholiků lžou v situacích, kdy by bylo stejně snadné říct pravdu.*

Jak nemá jedinec v dospělosti lhát, když lhaní protkalo celé jeho dětství, jak červená nit. Ať už se jednalo o lhaní a popírání problému pití alkoholu, pozdějšímu lhaní daného pijícího rodiče, ale i lhaní nepijícího rodiče v rámci zastírací kamufláže, vždy se jednalo o lež. Lež je pro tyto jedince jako norma, a proto je těžké říkat pravdu.

*4. Dospělé děti alkoholiků posuzují samy sebe bez slitování.*

Tato charakteristika pramení z častého kritizování ze strany rodičů, které si dítě bere příliš osobně a mnohdy může nabýt přesvědčení, že příčinou daných problémů v rodině je dítě samotné. Dítě si uchovává pouze negativní myšlenky a kritikou sebe sama nešetří. Ani výtečné výsledky, kterých dosáhnout, pro ně nejsou uspokojivé a neumí přijímat pochvalu.

*5. Dospělé děti alkoholiků mají problém se bavit.*

Tato charakteristika je úzce propojena s charakteristikou nadcházející. Problematika zábavy pramení znovu z dětství, kdy dítě z rodiny s pijícím rodičem srandu ani nemusí znát. Mnohdy si ani nemusí vybavit, kdy vidělo rodiče se smát, žertovat či jen tak dovádět. Mnohdy ani neznalo zábavu v rámci kolektivu přátel, protože se nedokázaly pořádně uvolnit a bavit se. Důvodem byla nepříjemná situace a nálada, která panovala doma, a kam se dítě dříve nebo později znovu muselo vrátit.

Za problémem nevyjadřované zábavy lze spatřovat i špatnou komunikaci. Právě další rozměr dané charakteristiky přináší autoři Haverfield & Theiss (2014), kteří za pomoci tématické analýzy vytyčily několik hlavních témat nejčastěji diskutovaných na online skupinách, kde DDA vyhledávaly podporu. Především se jednalo o problémy s nízkou sebeúctou a nejistotou, pocitovaný hněv a zášť, problémy s partnerskými vztahy (více viz. níže) a s komunikací. Za špatnou komunikací vidí autoři znovu špatné prostředí v rodině, kde sdělování mezi členy neexistovalo či se jednalo o sdělení nepřátelské. Proto způsoby, jakými DDA komunikovaly ve svých vlastních vztazích, byly velmi podobné způsobům svých pijících rodičů. Dalším aspektem komunikačních problémů je i neschopnost vyjádřit se. Mnohým DDA bylo řečeno, aby nediskutovaly o problému alkoholu v rodině. Nicméně autoři v této problematice naznačují, že právě nedostatečná komunikace a otevřenost v rodině v otázkách problému s alkoholem nevyhnutelně prodlužuje dobu, po kterou jsou členové danou závislostí zasáhnutí. Podobný výzkum znovu od autorky Haverfield (2016), ve kterém zkoumala skupinu DDA se skupinou

dospělých dětí, které nevyrostaly s pijícím rodičem. Výsledky znovu naznačovaly, že DDA mají velmi odlišné zkušenosti, pokud jde o rodinnou komunikaci, komunikaci na téma alkohol a schopnost vyjadřovat své emoce. Z komunikačních vzorců DDA nejčastěji zmiňovaly řízenou komunikaci, kdy jeden z členů rodiny vždy dominoval v daných názorech, ale velmi často sloužily v rodině jako posluchači problémů svých rodičů. Očekávalo se následování dětí bez zbytečných otázek či bez sdělování jejich vlastního názoru. I v tomto výzkumu došla autorka k výsledku, že v těchto rodinách bylo téma alkoholu zcela tabuizováno a klíčovou roli zde hrál nepijící rodič. Jak uvádí jedna respondentka: *„Myslím, že v mé rodině to byla matka, která nechtěla diskutovat o problémech a pokaždé, když se se téma načalo, tak nechtěla, abych o tom mluvila. Říkala mi, abych o tom nemluvila se svým otcem, protože by to nebyl schopen vydržet. Chtěla jsem ho konfrontovat s jeho chováním, ale ona mi řekla, že to nemůžu udělat, protože by spáchal sebevraždu“*. U dotazování na pocity vůči pijícímu rodiči, uváděly DDA nejčastěji vnímanou frustraci, zklamání a hněv vůči nepijícímu rodiči. Důvody tohoto rozpoložení se lišily, ale nejčastěji se jednalo o prohlubování problémů mezi rodiči a nízká ochota se závislostí něco dělat. Oproti tomu jedinci nevyrostající s pijícím rodičem měli zkušenosti opačné. Většina udávala otevřenou komunikaci v rodině s tím, že byli do rodinného rozhodovacího procesu zapojeni a také, že se nemuseli obávat říct ostatním členům rodiny své názory či odlišné úhly pohledu.

6. *Dospělé děti alkoholiků berou samy sebe velice vážně.*

7. *Dospělé děti alkoholiků mají problém s důvěrnými vztahy.*

Ačkoliv každý jedinec tak i DDA touží po důvěrném vztahu, ne vždy jsou jich schopni dosáhnout. Vliv na daný problém má fakt, že v dětství se se zdravým vztahem u svých rodičů také nesetkaly, a přitom tento první důvěrný vztah, který dítě pozná, má být model pro budování jejich pozdějšího vztahu. Zároveň si i z dětství odnášejí zkušenost s rozporuplným vztahem s rodičem, kdy jeden den se cítí milovány a druhý den odmítány. Takovéto děti vyrůstají ve strachu, že budou opuštěny. Do dospělého světa jsou vypuštěny s naprostou neznalostí, co znamená mít zdravý, trvalý a důvěrný vztah, což je pro ně později překážkou a komplikací při navazování vztahů. Strach z opuštění jde ruku v ruce s nedůvěrou. DDA později může nabývat pocitu, že pro partnera/partnerku není moc dobrý či nevěří, že by mohl někomu stát za to, aby ho dotyčný miloval.

Vraťme se k výzkumu od autorů Haverfield & Theiss (2014), v případě problémů s partnerskými vztahy se jednalo o potíže v oblasti vývoje zdravé intimity. Nejčastěji se jednalo o touhu daného partnera změnit či zaujmout. Autoři uvedli příklad respondentky, která vyrůstala s pijící matkou, a to ji ovlivnilo natolik, že si v dospělosti hledala takové partnery, u kterých cítila, že potřebují její pomoc. Právě v této pomoci nalézala pocity potřebnosti a úspěchu. *„Bylo to spojeno s neschopností změnit moji matku. Byla jsem naprogramovaná tak, abych věřila, že kdybych jen chtěla nebo se více snažila, matka by přestala pít. Kdybych byla jen dost chytrá, určitě bych věci vyřešila tak dobře, že by se můj*

*otec nenaštval a nezbil by jí. Selhala jsem. Hledala jsem tedy někoho jiného, doufala jsem, že uspěji a on se uzdraví a já tak splním svoji povinnost. Potřebovala jsem zachraňovat lidi více než bylo třeba.“* Naopak jiní respondenti uvedli, že je pro ně velmi důležitá důvěra. Autoři proto poukazují i na vnímaný strach z opuštění či skončení daného vztahu.

*8. Dospělé děti alkoholiků reagují nepřiměřeně na změny, které nemohou ovlivnit.*

V dětství jedinec v roli dítěte nemohl udělat nic a pouze sledoval sled událostí. V průběhu vyrůstání se naučilo přebírat zodpovědnost za okolí. Takovýto jedinec se učí věřit sobě samému více než komukoliv jinému. Tato situace posléze vede k tomu, že je jedinec ze strany společnosti obviňován z přílišné přísrnosti, autoritářství a nedostatku spontánnosti. Vše ale u DDA pramení ze strachu, že když neponesou odpovědnost a dojde k rychlé změně, bez jejich podílení se na ní, ztratí kontrolu nad svým životem.

*9. Dospělé děti alkoholiků neustále hledají a vyžadují pochvalu a ujištění.*

Ačkoliv každé dítě v průběhu dětství vyžaduje pochvalu či ujištění, ne vždy se ho dočkají, obzvláště pokud vyrůstají v rodině, kde se vyskytuje rodič závislý na alkoholu. Právě rodiče mají vliv na to, jaké mínění o sobě později dítě bude mít a na základě jejich sdělení si vytváří i určitou představu o sobě samém. Sdělení, jehož se dítěti v rodině s výskytem alkoholu dostávalo bylo matoucí. Formulace mnohdy nebyly jasné a sdělení nebyla jednoznačná. Ujištění, která jedinec v dětství nedostával, interpretuje negativně a je pro něj obtížné je přijímat.

*10. Dospělé děti alkoholiků obvykle cítí, že jsou jiné než ostatní lidé.*

DDA jsou dospělými lidmi jako každý jiný a dětmi byly úplně stejně jako každé jiné dítě. Nicméně byli to oni, kdo nedostali tu možnost být těmi skutečnými dětmi, netrávili tolik času s ostatními dětmi, protože neuměli navazovat vztahy či neměli chuť se bavit o tom, jaká atmosféra panuje u nich doma. To vedlo k osamělosti a nevybudování si sociálních dovedností, které jsou nezbytné proto, aby se tito jedinci cítili ve společnosti dobře. Mnohdy jim mohou posloužit úplatky, aby je lidé měli rádi či je přijali do kolektivu. Pro DDA je totiž těžké uvěřit, že je druzí přijímají prostě pro to, jací jsou, a že se nemusí stále snažit, aby si to zasloužily.

*11. Dospělé děti alkoholiků jsou buď mimořádně odpovědné, nebo mimořádně nezodpovědné.*

Zatímco se v některých rodinách dělají věci společně, v rodinách, kde je jeden člen závislý na alkoholu nikoliv. Z toho plyne, že ani děti nejsou na toto „společné vytváření“ zvyklé. Děti z rodin, kde vládla závislost na alkoholu, se snažily ve svém dětství rodiče potěšit tím, že dělaly stále více a více nebo se dostaly do bodu, kdy usoudily, že to stejně nemá cenu. Z tohoto důvodu jsou DDA zvyklé dělat stále víc a víc a někdy to může pramenit z obtíže říct druhým „ne“. Těmto lidem chybí vědomí vlastních možností či

omezení až se mohou úplně odrovnat. Nicméně druhým protipólem je situace, kdy tito jedinci nemusí dělat vůbec nic a všechno raději hned vzdají.

*12. Dospělé děti alkoholiků jsou extrémně loajální, a to i tehdy, když vidí, že jejich loajalita je nezasloužená.*

Důvody tohoto chování lze znovu spatřovat v dětství. V rodině s pijícím rodičem se mohly dít různé věci, které některé jedince mohli přimět odejít, nicméně ne vždy je to možné. Možná ze strachu či nejistoty. Tímto druhem sdělení dítěti, že „sice je to tu hrozné, ale přesto zůstanu“, dostává dítě informaci, kterou využije v jeho dospělém životě. Tedy DDA si později vytváří představy, které mu umožňují pokračovat v jeho zapojení do věcí i tehdy, u kterých by bylo nejlepším řešením zrušení či odchod. To se vyskytuje i v partnerském či přátelském vztahu. DDA si často zdůvodňuje špatné chování partnera či partnerky a velice často vinu přenáší na sebe, kde si stále udržuje svoji negativní image. Změna je pro ně velice obtížná a jsou schopni velice dlouho setrvávat ve vztahu, který je na zhroutení.

*13. Dospělé děti alkoholiků jsou impulzivní. Mají sklon nechat se vtáhnout do průběhu nějaké události, aniž by vážně uvažovaly o jiných alternativách chování nebo o možných důsledcích. Tato impulzivita pak vede k vnitřnímu chaosu, k averzi vůči vlastní osobě a ke ztrátě kontroly nad svým prostředím. Kromě toho musí vynakládat velké úsilí, aby věci daly zase do pořádku.*

Impulzivnost u DDA pramení z dětství. Je to vlastně vlastnost, kterou děti v průběhu svého dětství nemohly vybit, protože byly spíše rodiči než pravými dětmi, a odnášejí si ji do svého budoucího dospělého života. Nejsou schopni přemýšlet nad možnými důsledky svého chování, protože okřiknutí v dětství neznají a možná na to ani nebyl prostor. Velice častý je odchod ze zaměstnání bez toho, aniž by si jedinec uvědomil, z jakých finančních prostředků bude žít nadále nebo vstupují do manželství, aniž by poznali blíže svého partnera či partneru. Ačkoliv se později jejich chování pro ně stane „trnem v oku“, na možnou nápravu musí vynaložit velké množství energie. Změny chtějí dosáhnout především rychle a zpravidla jim chybí trpělivost.

Ačkoliv autorka Woititzová (1998) charakterizuje v předešlém odstavci DDA jako impulzivní, lehce opačný názor přináší Hart & McAleer (1997). Autoři přicházejí s výzkumem, ve kterém srovnávali vyrovnávací strategie u vnímané agrese DDA a jedinců, kteří s pijícím rodičem nevyrostali. Zjištění naznačují, že DDA vykazují jedinečný styl zvládnání pocíťované agrese. Právě DDA jsou těmi, které v případě narůstajícího hněvu a agrese přijímají vyrovnávací strategii potlačení spíše než jedinci, kteří s pijícím rodičem nevyrostali.

Zatímco jsem v této podkapitole nastínila autorčiny zjištěné charakteristiky DDA, autoři Seefeldt & Lyon (1992) přináší pohled opačný. Ve výzkumu porovnávali DDA

s jedinci, kteří s pijícím rodičem nevyrostali, za využití objektivních osobnostních dotazníků. Výsledky obou skupin porovnávali s popsány 13-ti charakteristikami od autorky Woititzové. I přesto, že výzkumný vzorek respondentů byl nízký a tvořili ho převážně studenti vysokých škol je patrné, že u žádné z měřených charakteristik nebyly zjištěny významné rozdíly mezi danými skupinami. Dosáhnutý výsledek zpochybňuje platnost popisu DDA. Autoři upozorňují na riziko náhledu na DDA jako na homogenní skupinu, protože ne vždy z vyrůstání jedince s rodičem alkoholikem vyplývá splňování daných charakteristik DDA.

#### 4.5 Protektivní faktory a odolnost

Děti, které žijí s rodičem alkoholikem, vyrůstají pod silným stresem a jsou více ohroženy rozvojem psychologických a sociálních problémů. Nicméně podstatná část z nich se přizpůsobuje zoufalým podmínkám v rodině, a to se projevuje v jejich pozitivním vývoji především v oblasti duševního zdraví. Tyto děti jsou dle literatury popisovány jako odolné či jako schopné vzdorovat nepříznivým podmínkám. Rozdíly mezi odolnými dětmi a těmi, které se špatně přizpůsobují, lze spatřovat v protektivních faktorech (Wlodarczyk et al., 2017). Jak uvádí Luthar et al. (2000), lze odolnost charakterizovat jako proces, kdy jsou rizikové faktory vyrovnávány faktory protektivními. Právě tato rovnováha umožňuje překonání nepříznivých podmínek.

Jak uvádí Wlodarczyk et al. (2017), lze protektivní faktory rozdělit do čtyř kategorií. Jedná se o faktory na straně rodiny, rodičů, biologických faktorů, faktorů na straně samotného dítěte a na straně prostředí.

Na straně dítěte se jedná o jeho individuální zvládací strategie. V případě výzkumu Ohannessian et al. (2010) se jedná o plánování, sociální podporu, akceptaci stresujícího prostředí a náboženství ve smyslu strategie, jak se vyrovnat s tím, že rodič užívá alkohol. Ve zkratce se tedy jedná o schopnost psychického distancování se od negativních vlivů a okolností a formování postupů, jak situaci řešit. Právě tyto jedinci měli z ostatních zapojených nejnížší spotřebu alkoholu v jejich pozdějším dospívání.

Z biologických faktorů lze zmínit výzkum Heitzeg et al. (2008), který přichází s výsledkem, že adolescenti žijící u pijících rodičů, projeví v jejich pozdějším životě nízké problémy s užíváním alkoholu. V jejich případě došlo ke zvýšení aktivace orbitálního frontálního gyru a levé insuly v reakci na negativní afektivní podněty ve srovnání s těmi, kteří měli s užíváním alkoholu problémy později v jejich životě. Právě tato aktivace je spojena s flexibilitou emočního a sociálního chování u odolných dětí.

Protektivní faktory na straně rodičů lze spatřovat i ve vztahu otce užívajícího alkohol a dítěte, kdy dochází ke společnému trávení času, vřelosti ze strany otce a v identifikaci dítěte s otcem. I v tomto případě právě tyto děti méně užívají alkohol v jejich dospělosti (Brook et al., 2003). K dalším protektivním faktorům této oblasti, lze zařadit i

vysoký stupeň rodinné soudržnosti a adaptability a také i bezpečnou vztahovou vazbu (El-Sheikh & Buckhalt, 2003).

Z faktorů prostředí se jedná o sociální podporu ve smyslu nabízených služeb a služeb odborníků (Pilowsky et al., 2004).

K dalším lze zařadit udržování soudržnosti rodiny, a to hlavně v rámci udržení rituálů. Protektivním faktorem je i samotný nepijící partner, který je schopen udržovat stabilní prostředí v rodině. Přítomností či nepřítomností těchto faktorů v rodině lze vysvětlit, proč jsou některé rodiny přenášející, tedy problém s alkoholem se přenáší na další generaci, či zda se cyklus přerušuje (Csémy, 2001)

## 5 Svépomocné skupiny

Z výše uvedeného je patrné proč je důležité pomáhat členům rodiny, kteří žijí ve společnosti jedince, který užívá alkohol. Pomoc jim umožňuje snáze zvládnout současnou situaci a zároveň i v případě dětí, snížit riziko psychických a jiných problémů, které u nich mohou přetrvávat až do dospělosti. Přítomnost na setkání svépomocné skupiny může jedincům přinést potřebné informace, pochopení a projev solidarity. Nejdříve bych se ale chtěla pozastavit u svépomocných skupin obecně.

### 5.1 Znaky a definice svépomocné skupiny

Před samotnou charakteristikou svépomocné skupiny Al-Anon je důležité si definovat svépomocnou skupinu samotnou.

Základním nejcharakterističtějším znakem je sebepostiženost členů. Svépomocné skupiny (angl. Self-Help Groups, Mutual Help Groups) jsou založeny na sdělování osobních zážitků a vzájemné pomoci osob, které se ocitly ve stejné situaci jako ostatní účastníci. Práce ve svépomocných skupinách je postavena na posilování vzájemné solidarity a osobní odpovědnosti jedince při hledání cesty k nápravě jeho problémů či k vyrovnání se s náročnými situacemi (Matoušek & Křišťan, 2013). Základním předpokladem je, že danému účastníkovi může nejlépe pomoci jedinec, který si prošel či si prochází podobnou situací, tedy „*svépomocné skupiny jsou jakousi kolektivní analogií individuálních „specializovaných pomocníků“*“, (Bútora, 1999).

Ačkoliv se může zdát, že skupiny mohou být bezpečným prostředím pro sdělování zážitků, nemusí tomu tak být. Znakem skupin je jejich anonymita a závazek, že účastníci nebudou hovořit o tom, kdo konkrétně na setkání chodí, nicméně i přesto je důležité si uvědomit, že skupina neskýtá žádnou záruku anonymity (Millerová, 2011).

K dalším znakům lze zařadit rovnocenné postavení jednotlivých účastníků, kteří do skupiny přichází a zároveň je každý účastník odpovědný pouze sám za sebe, za své záležitosti a vlastní aktivitu (Bútora, 1999).

Svépomocné skupiny využívají program 12 kroků a 12 tradic, které se mohou vyznačovat velkou nejednotností i zpravidla dle cílové skupiny, pro kterou jsou určeny či dle daného problému. Mohou se lišit v pojetí a v kladení důrazu na rozdílné aspekty tématu. Filozofie 12-ti kroků představuje zásady, které slouží uzdravujícímu se jedinci, kdežto filozofie 12-ti tradic představuje směrnice pro další rozvíjení pospolitosti svépomocných skupin. Se svépomocnými skupinami je spojena i spirituální složka, ke které se jedinec z velké části obrací tehdy, když přijme svoji bezmocnost nad problémy, které ho do skupiny přivádí (Wallace, 1999). Právě bezmocnost jako výchozí bod je pro svépomocné skupiny typická, díky tomu je lze odlišit od jiných zájmových skupin (Bútora, 1999).

Jak jsem již zmínila v předchozím odstavci, jednotlivé kroky z 12-ti krokového programu spočívají v podpoře účastníků, aby uvěřili, že existuje něco silnějšího než jsou



oni sami, a aby k této síle obrátili svoji vůli a životy. Nicméně samotná spiritualita může být pro mnohé pozitivní a přínosná, ale i negativní. I přesto, že se díky této složce na svépomocné skupiny nahlíží jako na náboženské, samotné skupiny toto tvrzení odmítají. Svépomocné skupiny jsou programem duchovním, nikoliv náboženským (Wallace, 1999). Sice se svépomocné skupiny brání přináležetosti k jakémukoliv náboženství, přesto se daný program odvolává na Boha (Ühlinger & Tschui, 2009).

Ačkoliv skupiny mohou posloužit v počátečních fázích „uzdravování“, jsou užitečné i k seznamování účastníků s novými způsoby tvorby „Boha jejich vlastního porozumění“. Někteří jedinci do skupiny přichází s rozvinutým náboženským přesvědčením, kterého se drží, upřednostňují ho a v rámci skupiny v něm chtějí pokračovat. Zároveň jsou i tací, kteří nevědí, jak tyto otázky pojmut či jsou vůči nim otevřeně nepřátelští a skeptičtí. Nicméně samotné svépomocné skupiny umožňují přijetí alternativních způsobů přístupu k těmto otázkám, které mohou být pro účastníky velmi přínosné (Wallace, 1999). Nicméně pod slovem Bůh si každý může představit např. Vyšší moc apod., tedy „Bůh takový, jak ho chápete“ (Ühlinger & Tschui, 2009). Jednou z cest k rozvoji spirituality je usměřování vlastního života, hledání jeho směru spíše skrze abstraktní principy než skrze konkrétní náboženské postavy (Wallace, 1999).

Nedílnou součástí téměř každé svépomocné skupiny je tzv. sponzoring/patronství. Některé skupiny tento vzájemný vztah mezi dvěma členy silně prosazují, zatímco jiné skupiny ho nepovažují za nutný. Sponzoring je především užitečný v tom, že sponzor/patron, který je ve skupině delší dobu a má proto mnohem více zkušeností, poskytuje v rámci úzdravy vzor hodný následování pro člena, který je ve skupině kratší dobu. Zároveň má účastník možnost se na sponzora kdykoliv obrátit v případě, že se u něj v průběhu úzdravy vyskytnou nějaké problémy. Je důležité podotknout, že k tomu, aby byl jedinec členem svépomocné skupiny, tak není nutné mít sponzora. Je na každém, jak se v tomto ohledu rozhodne. Doporučováno je i vyhledávání sponzora stejného pohlaví. Zároveň samotný sponzor může být pro druhého člena pouze dočasný či stálý. Nicméně vždy je možnost danou spoluprací ukončit (Millerová, 2011).

### 5.1.1 Stavební kameny svépomocných skupin

Práce svépomocné skupiny je postavena na následujících podmínkách:

1. *Dobrovolná účast a motivace* – Lidé se zpravidla ve skupině scházejí dobrovolně. Účast ve skupině závisí na motivaci každého jedince, která je ovlivněna jeho zájmem sdílet svůj příběh ostatním a řešit svůj nynější osobní stav. Zpravidla se jedná o interakci účastníků „tváří v tvář“.
2. *Naslouchání* – Každý účastník setkání má možnost otevřeně vystoupit se svým problémem z anonymity a izolace. Každý má právo na to, aby mu ostatní naslouchali s respektem a bez žádných verbálních reakcí či rad. Úlevu může účastníkovi přinášet, jak pouhé aktivní vyslyšení, tak i přijetí i s případnými emocionálními projevy ve skupině.

3. *Sdílení* – Sdílení zkušeností a prožitků každého účastníka může přinášet ostatním jedincům ve skupině pochopení. Sdělování možných řešení účastníka v jeho osobním životě může být inspirací i pro ostatní účastníky ve skupině, kteří získají další možnosti, jak zvládat své osobní problémy.
4. *Svépomoc* – Míra začlenění do skupiny bývá ponechána na každém zvlášť v závislosti na jeho osobní iniciativě či motivaci. Účastníci mohou být, jak v roli aktivní (sdílí svůj příběh, vyměňují si zkušenosti, předávají rady), tak i v roli pasivní, kdy veškeré informace a zkušenosti od ostatních přijímají a naslouchají jim. Člověk ve skupině může nabýt pocitu potřebnosti, kdy díky svým sdíleným zkušenostem, může pomáhat ostatním (Matoušek & Křišťan, 2013).

## 5.2 Pravidla

S fixními pravidly se ve svépomocných skupinách moc neseťkáme, protože platí, že by neměla omezovat spontánnost účastníku. Pouze mají zajistit, aby se každý z účastníků cítil ve skupině příjemně. Výčet osvědčených pravidel, která přispívají k dobré komunikaci a průběhu setkání uvádí Berg-Peer (2019), viz Tabulka 2.

*Tabulka 2 Osvědčená pravidla*

<b>Pravidla</b>	<b>Bližší charakteristika</b>
<b>Diskrétnost</b>	Na setkání se probírají mnohdy velmi citlivá témata. Bez souhlasu dotyčné osoby se nesmí ze setkání vynášet žádné informace.
<b>Dochvilnost</b>	Snaha chodit včas a tím se vyhnout rušivým elementům (zvonek, otevírání dveří atd.), které narušují průběh setkání.
<b>Zdvořilost</b>	Pokud člen nemůže přijít, přijde pozdě či chce skupinu opustit je vhodné to ostatním účastníkům včas sdělit.
<b>Zodpovědnost za sebe</b>	Každý se rozhoduje sám za sebe a je pouze na něm, zda bude mluvit či pouze naslouchat ostatním.
<b>Zaměření na řešení problémů</b>	Upřednostňuje se zaměření na současnost a současné problémy. Účastníci by se měli vyhnout vracení se do minulosti.
<b>Vzájemné ohledy</b>	Účastníci by měli dbát na to, aby se každý dostal ke slovu. Pokud někdo mlčí, nemusí to vždy znamenat, že nemá co říci.
<b>Zapojení všech účastníků</b>	Účastníci by měli nabývat pocitu, že do skupiny patří, a měli by se cítit bezpečně. Novým členům by se měl vždy na počátku někdo věnovat a seznámit ho blíže se skupinou a jejím fungováním.
<b>Neradit, ale navrhopvat</b>	Každý sděluje pouze to, co cítí. Nikdo z účastníků ostatním neradí, pouze může navrhnout nebo říci, co pomohlo jemu samotnému v podobné situaci.
<b>Pokud možno nerušit</b>	Každý ze zúčastněných by neměl jiného přerušovat či mu skákat

	do řeči.
<b>Vyhnout se dlouhým monologům</b>	Setkání s omezeným časem učí každého ze zúčastněných s tímto časem zacházet. Každý by měl tedy věnovat zvýšenou pozornost svému monologu, aby tím nepřekročil svůj vymezený čas a dostali slovo i další účastníci.
<b>Přijetí</b>	Nikdo by jiného neměl soudit, dle chování či jeho postojů. Členové by se měli brát takoví, jací jsou.
<b>Respekt</b>	Nemluví se o členech skupiny, kteří nejsou přítomní.
<b>Mluví vždy jen jeden</b>	Každý ze zúčastněných by měl pozorně naslouchat ostatním, nebavit se či jinak vyrušovat.
<b>Nevoli můžeme dát (slušně) najevo</b>	Pokud se někomu ze skupiny něco nelíbí, je žádoucí to říci ostatním členům.
<b>Pochvala je důležitá</b>	Atmosféře ve skupině pomáhá, když na sebe její členové pozitivně reagují a vzájemně se tím podporují.
<b>Úspěch skupiny záleží na každém členovi</b>	Každý z účastníků se podílí na chodu a úspěšnosti skupiny. Jejich zkušenosti a příspěvky jsou základem pro její fungování.

*Zdroj: Berg-Peer, J. (2019). Moderování svépomocných skupin: rady, tipy a doporučení. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.*

### 5.3 Dělení svépomocných skupin

Svépomocné skupiny jsou projevem rostoucího občanského sebevědomí a vznikají jako reakce na nedokonalé či chybějící profesionální služby. Věnují se různým lidem s různými problémy (Matoušek, 2007).

Z hlediska cílové skupiny, pro kterou jsou svépomocné skupiny určeny, je můžeme dělit do šesti kategorií:

1. Lidé s tělesnými a duševními nemocemi či pro lidi, kteří jsou společností stigmatizováni z důvodu nemoci, chování, vzhledu či stavu (např. lidé s rakovinou, lidé HIV/AIDS pozitivní, bývalí vězni, obézní lidé, staří lidé)
2. Lidé závislí (uživatelé návykových látek, hráči, lidé závislí na jídle atd.)
3. Lidé, kteří se snaží překonat krizi spojenou s náhlou změnou (např. ženy a muži po ztrátě partnera, rodiče po úmrtí dítěte apod.)
4. Lidé, kteří jsou přáteli či příbuznými lidí z bodu 1. či 2. (např. rodiče a děti závislých jedinců, skupiny pro rodiče dětí s postižením apod.)
5. Skupiny pro vzájemnou pomoc menšin (např. přistěhovalci, náboženské skupiny, emancipující ženy apod.)
6. Skupiny pro prosazení či ochranu ohraničeného zájmu (např. skupina lidí, kteří se rozhodli o prosazení dětského hřiště proti návrhu zastupitelstva o vybudování parkoviště apod.) (Baštecká & Goldmann, 2001).

To, že jsou skupiny rozdělené dle skupiny lidí, kteří mají stejné problémy má řadu přínosů. Zejména se jedná o emocionální podporu, pocit sounáležitosti, společné řešení problémů, nácvik „zdravých“ sociálních rolí, vzájemné posilování motivace a nalézání způsobu, jak zacházet s osamělostí, izolací a odcizením (Wallace, 1999). Vlivem scházení se s lidmi, kteří mají stejné či velmi podobné problémy, vyvolává u účastníků proces změny sebevnímání (destigmatizaci). Účastník se díky tomu může cítit méně „divný“ či „jiný“ (Bútor, 1990). Zažívá pocit, že je konečně tam, kde mu všichni rozumí.

#### 5.4 Historie vzniku svépomocných skupin

Vzájemná pomoc a solidarita sahá až do daleké historie. Její prvotní projevy lze zaznamenat v kmenech, středověkém cechu apod. Nejblíže je vzájemná pomoc a solidarita viditelná v nejbližších sociálních skupinách jako je rodina či sousedství (Bútor, 1990).

Vznik svépomocných skupin patří k přirozeným projevům společnosti. V období vnějšího ohrožení se lidé spojovali, aby lépe zvládali nastalé situace, ve kterých se ocitli, a společně hledali možnosti řešení (Matoušek, 2007). Zároveň jim bytí ve skupině umožňovalo zvýšení jejich šancí na přežití, adaptaci a kvalitnější život (Bútor, 1999). Průkopníkem vzniku svépomocných skupin lze považovat USA. Počátky vzniku prvních svépomocných skupin lze nalézt ve 20. století. Za první model lze považovat založení svépomocné skupiny Anonymních alkoholiků v roce 1939. V této době měla skupina necelých 100 členů. V 80. letech 20. století se jejich působnost rozšířila i do dalších 115 zemí světa. Právě společenství Anonymních Alkoholiků inspirovali vznik mnoha dalších svépomocných skupin (např. Al-Anon, CoDA, Anonymní narkomani a gambleři atd.) (Matoušek, 2007).

#### 5.5 Přínos svépomocných skupin

Jak uvádí Bútor (1990), lze přínos svépomoci, a tedy samotných svépomocných skupin spatřovat na úrovni jednotlivce, v rámci formálních služeb a na úrovni celé společnosti.

Na úrovni jednotlivce se jedná o již výše zmiňovaná pozitiva. Tedy jedinci překonávají svoji izolaci a osamocenost, získávají bližší informace o svém problému, někteří se skrze svépomocné skupiny léčí či doléčují. Také získávají náhled na své problémy a podrobují se sociálnímu učení. Rozvíjí se jejich osobnost a otevírají se jim nové obzory pro smysl života. Často lze najít i novou životní cestu. Vše se odehrává na setkání, které srší emocionální vřelostí, a kde se jedincům dostává povzbuzení (Bútor, 1990).

Na úrovni formálních služeb mohou svépomocné skupiny představovat součást léčby. Svépomocné skupiny nečiní profesionální péči zbytečnou. Právě naopak. Vytvořily k ní užitečnou a inspirativní alternativu či doplněk (Matoušek, 2007). Jak uvádí Ühlinger & Tschui (2009), ačkoliv již jedinec může navštěvovat ve své obtížné situaci odborníka, je vhodné navštívit i svépomocnou skupinu, která nabízí velkou životní zkušenost, jakou

individuální terapie poskytnout nemůže. Pozitivum skupiny není jen v životní zkušenosti, ale také i v její bezplatnosti a v poskytování trvalého sociálního prostředí. Samotným profesionálním službám mohou být skupiny významným pomocníkem v různých stádiích léčby jedince či v řešení jeho problému. Často mohou skupiny posloužit i jako „pohotovostní linka“ v případě nastalé krize u jedince, a tím mu dokážou pomoci i tehdy pokud jsou profesionální služby nedostupné či nedosažitelné (Bútora, 1990).

Na úrovni celé společnosti se jedná o pružné reagování svépomocných skupin na nově vzniklé problémy či potřeby jedinců. Velké pozitivum svépomocných skupin je mnohdy jejich dostupnost, pravidelnost a zároveň se žádný ze zájemců nemůže setkat s odmítnutím či s diskriminací (Bútora, 1990). Svépomocné skupiny nejsou pouze skupinami, které slouží ke vzájemné pomoci, ale přinášejí svá témata do širší společnosti, šíří osvětu a dávají impuls k veřejné diskusi skrze kampaně či mediální prezentace (Matoušek & Křišťan, 2013). Tím, že se ve společnosti uplatňuje svépomoc, dochází k podpoře tolerance pro specifický životní styl (např. abstinenti), k akceptaci a pochopení jedinců žijících s určitými omezeními (např. zdravotně postižení, invalidé) (Bútora, 1990).

## 5.6 „Nezdravé“ a „zdravé“ svépomocné skupiny

Při samotném výběru skupiny jedincem, je důležité mít na paměti hlavně to, jak se v dané skupině cítí, protože stejně jako lidé, tak se i svépomocné skupiny vyznačují svojí osobitostí. Při rozhodování je nutno dbát na to, zda je skupina a její obsah slučitelný s potřebami jedince. Pomoci může i místo či samotná celková atmosféra.

Každý jedinec musí pochopit i to, že nemohou automaticky věřit ostatním účastníkům, kteří na setkání mohou chodit již značnou řadu let. Žádná svépomocná skupina není imunní vůči negativním sociálním vlivům, které se vyskytují v jakémkoliv lidském společenství (např. finanční či sexuální využívání apod.) (Millerová, 2011).

Jak uvádí Millerová (2011), indikátory nezdravého fungování skupiny jsou následující:

- a) Skupina nepůsobí vstřícným dojmem.
- b) Novým členům se nedostává žádného uvítání anebo uvítání vykazuje známky manipulace.
- c) Většina členů skupiny působí nespokojeně a negativně.
- d) Členové skupiny nejsou ochotni diskutovat o praktických, optimistických přístupech k problematice úzdravy.
- e) Skupině dominuje jeden nebo několik jedinců, kteří druhé odrazují od aktivní účasti.
- f) Obecný nedostatek aktivní účasti, popřípadě zájmu o setkání.

Naopak skupiny, které jsou zdravě fungující, zanechávají v nově příchozích členech pocit, že jsou ve skupině chtění a jejich přítomnost je potřebná. Vše začíná již při samotném upřímném přivítáním se stávajícími členy a pokračuje v průběhu setkání.

Účastníci náležející ke zdravě fungující svépomocné skupině přistupují k setkání s nadšením a velmi ochotně si vzájemně vycházejí vstříc (Millerová, 2011).

### 5.7 Svépomocné skupiny x terapeutické skupiny

Na začátek je nutno říct, že žádné svépomocné skupiny nejsou tradiční léčbou, tak jak jí známe. Nediagnostikují, nepředepisují medikaci, nepíší individuální léčebné plány a neprovádí skupinou ani individuální terapii (Wallace, 1999).

Setkání svépomocných skupin jsou založena na zachování absolutní důvěry a jejich fungování nezávisí na zásahu terapeuta. Oproti tomu skupiny vedené terapeutem, se kterými se můžeme setkat téměř v celém systému péče, mají jednotlivá sezení psychologicko-výchovný cíl a terapeuti jsou těmi, kdo tyto skupiny řídí (Ühlinger & Tschui, 2009). Terapeuti využívají různých metod vedení skupin, kdy je důležitá i interakce mezi jejími účastníky a reflektování celého procesu ve skupině. Ačkoliv u svépomocných skupin žádné profesionální vedení není, je přítomen účastník skupiny v roli tzv. sekretáře, který skupinu uvede a stará se o to, aby ostatní účastníci při svém sdělování dávali prostor i pro ostatní a nemluvili příliš dlouho. Členové na sebe nereagují, neradí si a je jen na každém, co chce sdílet.

Další rozdíl lze nalézt i v samotné praxi. U terapeutických skupin je odborník vyzbrojen svojí odborností a dlouholetou praxí. Naopak u svépomocných skupin je životní praxe, která je pro účastníky typická. Zároveň terapeut si od účastníků skupiny udržuje určitý odstup a snaží se o objektivitu, kdežto svépomocné skupiny staví na identifikaci a subjektivitě (Bútor, 1990).

## 6 Charakteristika skupiny Al-Anon

Svépomocná skupina Al-Anon je skupinou, která je určena příbuzným či osobám blízkým alkoholika. Přístup Al-Anon vychází z přístupu Anonymních alkoholiků. Toto společenství účastníků existuje nezávisle na jakýchkoliv institucionálních, politických či náboženských vlivech. Setkání se může účastnit kdokoliv. Stačí, když má informaci, kde a kdy setkání probíhají. Veškerá diskuse v rámci setkání je anonymní a důvěrná. Samotná účast na skupině je bezplatná. Drobné příspěvky, které účastníci darují slouží k zaplacení nájmu, kde setkání probíhá a zaplacení drobného občerstvení (Ühlinger & Tschui, 2009). Všichni účastníci se znají pouze jmény. Nicméně za tu řadu let, co někteří tuto skupinu navštěvují, si již mezi sebou vybudovali pevná přátelství.

Jelikož Al-Anon vychází z přístupu Anonymních alkoholiků, využívá i ona přístup 12 kroků a 12 tradic, jejichž cílem je jak osobnostní, duchovní rozvoj, tak i postupné rozvíjení chování s cílem dosáhnout nezávislosti a klidu (Ühlinger & Tschui, 2009). Jiné pojetí 12 krokového programu uvádí Young & Timko (2015), kteří tento přístup vnímají jako pomoc, která umožňuje každému ze zúčastněných zhodnotit a upravit jejich myšlení a chování vůči alkoholikovi v jejich životě.

Hlavním cílem svépomocné skupiny Al-Anon je naučit účastníky dělat věci jinak. Tedy ne tak, aby svým chováním záměrně či nevědomy umožňovali alkoholikovi pokračovat v pití a plnili tak roli tzv. Umožňovatele a zároveň je skupina učí se od alkoholika „oddělit“. Ne oddělení partnerské či jiné, ale oddělení se od neustálého kontrolování alkoholikovy osoby. Důležité je se naučit nepřebírat odpovědnost za alkoholika. Naučit se „oddělit“ vyžaduje jistou dávku odvahy, nicméně právě svépomocná skupina Al-Anon poskytuje účastníkům vysokou míru podpory a povzbuzení (Nowinski, 1999). „*Tim, že jsme upřímní a přiznáme, že jsme ve skutečnosti nikdy neměli k dispozici tu moc, kterou jsme se snažili ovládnout alkoholismus, necháme odejít sebeklam, který nás držel uvězněné v nekonečném kole opakujícího se sebezničujícího chování a nevyhnutelného zklamání,*“ (Al-Anon, 2017). Stejného názoru jsou i autoři Timko, Young & Moos, (2012), kteří tvrdí, že skupina Al-Anon se snaží přeorientovat zaměření účastníků z alkoholika na vnímání sebe sama, svých emocí a svého chování.

Pohled skupiny Al-Anon na alkoholismus je takový, že tuto závislost vnímají jako nemoc daného jedince. Právě tento pohled umožňuje každému ze zúčastněných se zbavit svých pocitů viny, že oni jsou těmi, kdo za závislost svého příbuzného nesou zodpovědnost. Až v momentě, kdy se člen rodiny naučí přidělit odpovědnost za rodinné problémy dané nemoci než sobě samému, může začít uzdravovat své vlastní fungování. Skupina Al-Anon učí, že by měl každý ze zúčastněných pracovat na sobě samém směrem k osobnímu klidu a míru, spíše než se zabývat neustálou kontrolou závislého (Timko, Young & Moos, 2012).



## 6.1 Historie vzniku skupiny Al-Anon

Jak jsem již v předchozím odstavci uvedla, skupina Al-Anon vznikla na základě skupiny Anonymních Alkoholiků. Založení skupiny Al-Anon je datováno k roku 1951 Lois Wilsonovou, ženou Billa Wilsona (spoluzakladatel Anonymních Alkoholiků) a Anne B, jejíž manžel byl těžce závislý alkoholik. První pomáhající příručka byla publikována v roce 1955 s názvem *The Al-Anon Family Groups*. Na základě těchto aktivit převzala skupina Al-Anon od Anonymních Alkoholiků 3 hlavní principy vedení skupiny, jedná se o uzdravování skrze 12-ti kroků, pospolitost skrze 12-ti tradic, které chrání skupinu před nepříznivými vlivy, které by mohly odvrátit pozornost od jejich hlavního účelu a služba skrze 12 konceptů, které poskytují průvodce pro služby v rámci programu Al-Anon (Timko, Young & Moos, 2012).

Zajímavostí je, že ze založení a fungování skupiny Al-Anon později vzešly další programy pro mladistvé s názvem Alateen a pro osoby, které ve svém okolí mají jedince užívající jiné návykové látky než alkohol s názvem Nar-Anon. I tyto skupiny převzaly 12 kroků, 12 tradic i 12 konceptů (Timko, Young & Moos, 2012).

## 6.2 12 kroků

Jak jsem již zmiňovala výše, program 12 kroků vychází ze společenství Anonymních Alkoholiků.

1. Přiznali jsme si svoji bezmocnost nad alkoholem – naše životy se staly neovladatelnými.
2. Uvěřili jsme, že Síla větší, než naše nám může navrátit duševní zdraví.
3. Rozhodli jsme se předat svoji vůli a svůj život do péče Boha, tak jak ho my sami chápeme.
4. Provedli jsme důkladnou a nebojácnou morální inventuru sami sebe.
5. Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb.
6. Byli jsme zcela připraveni k tomu, aby Bůh odstranil všechny tyto naše charakterové vady.
7. Pokorně jsme ho požádali, aby naše nedostatky odstranil.
8. Sepsali jsme listinu všech lidí, kterým jsme ublížili, a stali se ochotní jim to odčinit.
9. Provedli jsme přímé nápravy ve všech případech, kdy to bylo možné, s výjimkou, kdy toto počínání by jim nebo jiným uškodilo.
10. Pokračovali jsme v provádění osobní inventury, a když jsme chybovali, pohotově jsme se přiznali.



11. Prostřednictvím modlitby a meditace jsme hledali, jak zdokonalit svůj vědomý kontakt s Bohem, jak jsme Ho chápali my, a modlili se pouze za poznání Jeho vůle a za sílu ji uskutečnit.

12. Výsledkem těchto kroků bylo, že jsme se spirituálně probudili a v důsledku toho jsme se snažili předávat toto poselství ostatním a uplatňovat tyto principy ve všech našich záležitostech.

Jak uvádí první krok, nejdůležitější je přiznání si bezmocnosti nad alkoholem u člověka, který užívá alkohol a u jeho chování. Rodina či přátelé se již snažili udělat cokoli, jen aby daný člověk přestal pít alkohol, ale k ničemu to nevedlo. Často se pití jejich blízké osoby stalo nekontrolovatelnou situací. Stalo se bojem, jak uvádí Al-Anon (2017) v popisu náplně prvního kroku: *„V tomto prvním kroku přiznáváme, že jsme nezavinili alkoholismus, nemůžeme ho kontrolovat, nemůžeme vyléčit alkoholika ani nemoc alkoholismus a také nemůžeme změnit skutečnost, že jsme byli touto nemocí poznamenáni. Jsme bezmocní nad alkoholem – a nad následky, které na nás zanechal. Zcela sami nemůžeme udělat nic pro to, abychom překonali následky této nemoci. Ve skutečnosti naše pokusy získat moc nad alkoholem učinily náš život neovladatelný. Uděláme – li tento první krok, tak dovolíme, aby z našich ramen spadla velká tíha. Skončíme s předem prohranou bitvou, kterou jsme doposud vedli. Pochopíme, že nemá žádný smysl pokračovat v boji. Úplně se boje vzdáme.“*

Samotnou svoji bezmocnost si jedinci mohou připustit teprve po dosažení dalších změn v kognitivním systému. „Nemocní či spoluzávislí“ lidé mohou obvykle takticky využívat různých obranných mechanismů, které je chrání před ničivými negativními důsledky spojenými s užíváním alkoholu jejich blízkého člověka. Z důvodu aktivace daných obranných mechanismů může „spoluzávislý“ jedinec jen obtížně nahlížet na svůj život jasně a podnikat kroky ke změně. Mnohdy tyto obrany mají své kořeny v pocitech studu, viny, výčitek a strachu. Užitečné a přínosné je právě identifikace s ostatními lidmi ve skupině, kteří mají podobné problémy. Právě to napomáhá ke zmírnění jejich negativních pocitů (Wallace, 1999).

Druhý a třetí krok, jak jsem již zmiňovala výše, spočívá v podporování jedince, aby se obrátil k existenci něčeho silnějšího, k něčemu, co ho samotného přesahuje a k čemu obrátí svůj dosavadní život. Právě spiritualita mnohdy jedinci umožní dělat ve svém životě změny. 12-ti krokový program klade důraz na to, aby se vůle a život daného jedince zaměřily na péči o tuto „sílu“, díky němuž zpracovávají grandiozitu, přehnanou sebestřednost, egoistické zájmy, chybné procesy rozhodování a nutkavé potřeby. Právě duchovní růst a vývoj vede k dosažení podstatných a nutných změn ve způsobu bytí jeho samotného (Wallace, 1999).

V průběhu sebepoznání skrze první tři kroky jsou jedinci vedeni, díky dalším krokům, k sebekritice. Úkolem je sestavit seznam všech osob, kterým svým chováním, ať už vědomě či nevědomě ublížili, a tam, kde je to možné, dotyčné odškodnili. Právě tento

proces vede u jedinců ke zmírňování pocitů viny, výčitek a strachu. Daný proces umožňuje prostor i pro nápravu vztahů, které byly v minulosti narušeny a také jedinci získávají skrze náhradu škod náhled a mohou jasněji vidět své předchozí negativní chování. Seznam jedinci nedělají jen vůči svému okolí, ale i vůči sobě, tzv. osobní inventura. Osobní inventura umožňuje získání náhledu na své mnohdy i nepřiměřené sebehodnocení, které jedinec musí uznat a podniknout kroky k jeho nápravě. Tento proces podporuje jedince v kontrole svého jednání a v převzetí odpovědnosti. Samotná otevřenost vůči každodenní sebekritice také snižuje potřebu využívání obranných mechanismů. Za známku uzdravy lze považovat přechod od nedostatku náhledu a negativních projevů ke stavu zvýšeného sebeuvědomění (Wallace, 1999).

Krokový program vede jedince i k odpovědnosti za své jednání, neumožňuje jim, aby jedinci zbaběle utíkali do obviňování své „nemoci“ či závislosti jejich blízkého člověka. Nejlepším výsledkem celého 12-ti krokového procesu je ustavení schopnosti sebeřízení a rozhodování ve vlastním zájmu (Wallace, 1999).

Zároveň v samotném procesu změny a přijetí sebe samého je jedincům nápomocná i samotná Modlitba o Poklid ducha: „*Bože, dej mi klid, přijmout to co změnit nemohu, odvahu změnit to, co změnit mohu a moudrost jedno od druhého rozpoznat.*“ Právě tato modlitba jedincům umožňuje náhled na situaci, protože v mnoha případech si účastníci setkání vytvářejí negativní pocity tím, že se neustále snaží přijmout některé situace či problémy, které nejsou v jejich zájmu či je nemají šanci nikterak ovlivnit (Wallace, 1999).

Důležitým prvkem, který by se jedinci měli naučit je vděčnost. Právě 12-ti krokový program umožňuje jedincům si uvědomit a vážit si hodnoty, které mají spíše než, aby si stěžovali na to, co nemají (Wallace, 1999).

### 6.3 Setkání / meeting

Je důležité říci, že každá skupina může mít lehce odlišný průběh setkání. Zároveň je hojně využívána i možnost on-line meetingu. Můžeme se setkat i s uzavřenými či otevřenými skupinami. Otevřené skupiny jsou přístupné pro kohokoliv, kdežto skupiny uzavřené jsou pouze pro členy či pro možné budoucí členy, kteří mají ve svém okolí uživatele alkoholu (Timko, Young & Moos, 2012).

Nejčastěji setkání začíná přečtením 12-ti kroků a 12-tradic a poté se skupina zaměřuje na hlavní téma, které přečte ustanovený člen, který skupinu vede. Posléze jsou účastníci vyzváni ke sdílení a naslouchání zkušeností ostatních. Nikdo z účastníků není nucen sdílet své zkušenosti. Pokud oni sami chtějí, měli by se vyvarovat dávání rad ostatním, doptávání se, reagováním na ostatní a neměli by jinému skákat do řeči. Meeting je nejčastěji ukončen Modlitbou o Poklid. Účastníkům je i předkládána myšlenka, že co je na meetingu obohatilo, ať si nechají, ostatní ať „hodí za hlavu“ (Timko, Young & Moos, 2012).

Jak uvádí Ühlinger & Tschui (2009), účastníci, kteří přijdou na setkání poprvé v mnoha případech doufají, že od členů získají rady, co by měli dělat, aby přesvědčili svého blízkého, aby přestal pít. Nicméně na konci mohou být překvapeni, že jsou spíše ostatními povzbuzováni, aby se přestali zaobírat problémy alkoholika a začali více myslet na sebe, své potřeby a zájmy.

## 7 Al-Anon v České republice vs. v zahraničí

Ačkoliv se svépomocné skupiny Al-Anon v České republice rozvíjejí, najdou se i takové, které z důvodu slabého zájmu museli svoji činnost pozastavit. Oproti meetingům Anonymních Alkoholiků probíhají skupiny Al-Anon s nižším počtem účastníků a zároveň mnohdy probíhají pouze jednou do týdne. Výzkumy, které by se týkaly svépomocné skupiny Al-Anon, v České republice moc nenajdeme. Lépe řečeno, žádné nejsou.

Oproti nám, hlavně USA, je státem, kde jsou meetingy hojně vyhledávány a navštěvovány. Svědčí o tom nepřeborné množství výzkumů, které se zaměřují na mnoho různých témat, rozdílů mezi jednotlivými skupinami, zkušenostmi, přínosů atd. Některé uvádím v následující kapitole.

### 7.1 Přehled výzkumů ze zahraničí

#### 7.1.1 Přínosy skupiny Al-Anon

Jak uvádí Corrigan (2016), účast na setkáních svépomocné skupiny Al-Anon vyvolává u jednotlivých účastníků pocit soudržnosti s ostatními. Tato vnímaná soudržnost jim posléze umožňuje se lépe vyrovnat se stresujícími událostmi, které v jejich životě nastanou. Respondenty byla zároveň hojně zmiňována filozofie programu, literatura a vnímaná spiritualita, která jim v každodenních těžkostech a krizích pomáhala. Zároveň respondenti uvedli, že díky Al-Anon lépe rozumí sami sobě, chápou lépe své reakce, což má za následek to, že získávají pocit, že žijí ve světě, který je zvládnutelný a smysluplný. Změnil se i pohled na jedince v jejich blízkosti, kteří užívají alkohol. Většina respondentů, před začátkem chození do Al-Anon, obviňovali sami sebe a věřili, že oni jsou původci užívání alkoholu u jejich příbuzných. Jak uvádí jeden z respondentů: „*Do té doby jsem hrál obviňovací hru. Myslel jsem si, že pokud přestane pít, všechno bude v pořádku. Neuvedl jsem si, že jsem byl ovlivněn jeho pitím a že i já jsem byl duševně, fyzicky i emocionálně nemocný.*“ Zároveň to, jak Al-Anon pohlíží na alkoholismus jako na nemoc, pomáhá účastníkům pohlížet na jedince závislé na alkoholu s určitým soucitem. Jak uvádí jeden z respondentů: „*Necítala jsem k otci odpor či jsem se neobviňovala. Lépe jsem porozuměla alkoholismu a poznala jsem, že to nebyla jeho volba, kterou udělal, byla to závislost.*“ Celkově z výzkumu vyplývá, že skupina Al-Anon nabízí účastníkům spoustu protektivních mechanismů vyrovnávající rizika, která jsou spojená s vystavením se aktivnímu alkoholismu.

Zajímavý je výzkum samotného zázemí svépomocné skupiny Al-Anon, který zaznamenal dramatické změny ve 3 oblastech. Účastníci zaznamenali pokles negativních emocí jako je frustrace, úzkost a zklamání. Dále se jedná o pokles každodenních problémů typu prokrastinace, workoholismus a problémů s koncentrací. A třetí oblast tvořila pokles problémů týkajících se somatického zdraví jako snížení pocitu únavy, nespavosti a bolesti hlavy (Al-Anon Family Group, 2012).

### 7.1.2 Nově příchozí x dlouholetí členové

Jak uvádí Timko et al. (2013), který předkládá výzkum, ve kterém srovnával nově příchozí s dlouholetými účastníky. Z výzkumu vyplývá, že nově příchozím se méně líbí formát Al-Anon a více chtějí, aby jejich příbuzný užívající alkohol navštívil setkání Anonymních Alkoholiků či požádal o pomoc profesionála. Nově příchozí účastníci se více potýkali s pocitem úzkosti (88 %), depresí (76 %), vinou (71 %) a pocitem zoufalství (68 %). Nejčastěji jim odkaz do Al-Anon zprostředkovala rodina, přátelé či spolupracovníci (62 %), naopak nejméně doporučení získali od praktického lékaře či jiných odborníků (26 %). Zároveň z cílů, kterých chtějí nově příchozí i stávající členové docílit je celkové zlepšení kvality jejich života (87 %). Mezi další cíle především stávajících členů je i zlepšení vztahů se širším okolím v rodině (75 %), dětmi (68 %) a přáteli (70 %). Ačkoliv nově příchozí i dlouholetí účastníci vnímají zisky Al-Anon v tom, že se naučí vypořádávat se s problémy plynoucími z užívání jedince, relaxovat a méně stresovat, i přesto více nově příchozích doufá v to, že se naučí, jak mají užívajícímu jedinci pomoci. Nově příchozí účastníci za poslední měsíc měli vyšší spotřebu alkoholu oproti dlouholetým účastníkům. Dlouholetí účastníci byli více spokojeni se svojí kvalitou života a pohodou, tak jako i s jejich vztahem k osobě užívající alkohol oproti nově příchozím účastníkům. Obě skupiny se lišily i metodami, které využívaly jako své strategie zvládnání každodenních těžkostí. Dlouholetí účastníci využívali častěji pomoci od ostatních, strategii vytváření plánů a pokoušeli se pomoci ostatním, kteří měli podobné problémy více než nově příchozí účastníci.

Autoři Timko, Laudet & Moos (2014) přichází s výzkumem, ve kterém mapují charakteristiky nově příchozích účastníků, kteří se rozhodnou ze skupiny Al-Anon odejít a naopak těmi, kteří se rozhodnou zůstat. Výzkumu se účastnilo celkem 305 nově příchozích. Z výzkumu je patrné, že jedinci, kteří se rozhodnou z Al-Anon odejít vnímají subjektivně méně problémů než ti, kteří v docházení do skupiny pokračují. Ačkoliv se rozhodnou jedinci odejít, přesto se objektivně potýkají s většími problémy plynoucími z užívání jejich blízké osoby (89 %), nízkou sebeúctou (77 %), pocitem napětí a úzkosti (83 %) oproti účastníkům, kteří ve skupině zůstávají. Je tedy zajímavé, že jedinci odcházející z Al-Anon se i nadále potýkají s problémy, a tím se ochuzují o možnost pomoci, podpory a prospěchu, kterou jim Al-Anon nabízí.

### 7.1.3 Ženy x muži

Výzkum zkoumající ženy, které navštěvují Al-Anon a ženy, které dochází do jiných odborných služeb, prezentuje Bailey (1965). Ve výzkumu se zabývá rozdíly mezi těmito dvěma skupinami, hledá možná pozitivní působení skupiny Al-Anon na dané účastnice a zároveň byly respondentky rozděleny i dle socioekonomického statutu na ty s nízkými příjmy a s vyššími. Z výzkumu je patrné, že je členství ve svépomocné skupině spojeno s vyšším socioekonomickým statutem. I vztah k alkoholickým nápojům je u každé skupiny odlišný. Členky navštěvující Al-Anon udávaly menší spotřebu alkoholu, kterou spíše měly spojovanou s oslavami, zatímco druhá skupina nenavštěvující Al-Anon udávala spotřebu

alkoholu větší. Odlišný byl u obou skupin přístup k alkoholikovi. Členky Al-Anon vnímají alkoholismus jako psychickou a somatickou nemoc a mnohem méně pijícího manžela moralizují. Zatímco druhá skupina vnímá alkoholismus jako mentální poruchu a více svého manžela moralizují. I samotnými členkami Al-Anon bylo hojně udáváno, že se o alkoholismu naučily více a více porozuměly manželovu pití. Vyšší frekvence návštěvnosti manželů do skupiny Anonymních Alkoholiků, byla spojena s docházením manželek do skupiny Al-Anon. Autor zároveň upozorňuje na rozdílný přístup profesionální péče a svépomocné skupiny Al-Anon k otázkám alkoholismu. V této souvislosti vnímá profesionály jako osoby, které ženám nabídnou fakta a informace o závislosti na alkoholu. Naopak svépomocnou skupinu Al-Anon vnímá autor jako místo, které členům nabízí pochopení svých postojů, chování vůči alkoholikovi a zároveň jim poskytuje silnou podporu od ostatních členů.

Jiný výzkum, který se zaměřuje na gender rozdíly ve vyhledávání a docházení do skupiny Al-Anon přináší Short, Cronkite, Moos & Timko (2015). Z výzkumu je patrné, že muži i ženy se liší již v několika kategoriích. Důvodem vstupu do skupiny byla u žen jejich negativně vnímaná kvalita života (95 %), naopak muži byla tato kategorie odpovídána o 5 % méně. Ženy dále udávaly vnímaný stres, úzkosti, beznaděj a somatické problémy jako důvod vstupu do skupiny Al-Anon a zároveň udávaly, že i jejich pijící manžel ztrácí povědomí o tom, co je v jeho životě důležité. Naopak důvodem mužů ke vstupu do skupiny bylo naučit se, jak svým pijícím ženám mohou pomoci a zároveň měli pocit, že ztrácí povědomí o tom, co je v životě důležité. Zde je viditelný rozdíl vnímání důvodu vstupu u žen a mužů. Muži se v tomto ohledu zaměřovali sami na sebe, kdežto ženy braly v potaz i vnímání života u jejich pijící polovičky. Ohledně vnímání svého zdraví se méně mužů oproti ženám cítilo úzkostně, depresivně či beznadějně, a naopak více mužů oproti ženám mělo pozitivní postoj k sobě samému. I více žen (92 %) se svěřovalo se svými problémy přátelům či rodině oproti hrstce mužů (79 %). Ohledně vnímání problematického pití alkoholu u své polovičky bylo toto období u mužů delší než u vnímání žen. Ženy charakterizovaly pití svého manžela za problém za kratší časové období. Muži naopak udávali, že strávili kratší dobu starostmi ohledně pití manželky, než vyhledali pomoc od skupiny Al-Anon, ale naopak mnohem méně mužů volí skupinu Al-Anon.

#### 7.1.4 Životní zkušenosti žen žijících s manželem alkoholikem

Svépomocnou skupinou Al-Anon se zabývají i korejské výzkumnice Sim & Hwang (2018), kteří se ve svém výzkumu zabývají zkušenostmi manželek žijících v přítomnosti pijících manželů. Na základě analýzy 278 prohlášení respondentek, autoři vytyčili 5 hlavních kategorií a 15 témat, které uvádí Tabulka 3 níže.

Tabulka 3 Nejčastější témata manželek

Kategorie	Téma
Uvěznění v hlubokém temném tunelu	Dny strachu a hrůzy
	Vztek a zlost vůči manželovi
	Sexuální konflikty v manželství
	Lítost nad absencí role otce
	Podpora rodiny jako velké břemeno
Životní procházka nekonečným tunelem	Domov, který nesloužil jako úkryt
	Stud vůči rodičům, sourozencům a odcizení od manželovi rodiny
	Rodina izolovaná od sousedů a společnosti
Dosažení slepé uličky	Útěk z domova
	Dilema, zda se rozvést či zůstat
Zahlédnutí svitu naděje	Alkoholismus považován za nemoc
	Rodina hledající profesionální pomoc
	Vstup na setkání Al-Anon
Objevení sebe sama na zvláštní cestě	Nacházení sebe sama bez ohledu na manželovo pití
	Začátek obnovy celého života

Zdroj: Sim, J. E., & Hwang, S. Y. (2018). *Experiences of Overcoming Alcoholism in Alcoholics' Female Spouses Using Al-Anon*. *J Korean Acad Community Health Nurs*, 29(2), 194-205.

Kategorie „Uvěznění v hlubokém temném tunelu“ začíná nejběžnějšími a nejčastěji pozorovanými emocionálními stavy manželek, ke kterým patřil hněv, úzkost, strach a hrůza. Hlavní příčinou byl strach z násilí a z chování manžela v podnapilém stavu. Ačkoliv navenek manželský pár vypadal spokojený, manželky popisovaly prohloubení konfliktu mezi manželi a také i vnímání rostoucího hněvu a rozhořčení. Z důvodu těchto negativních emocí docházelo i k sexuálním konfliktům. Mnoho manželek uvedlo, že odmítalo sexuální styk s manžely, dokonce jim takovýto pokus ze strany manžela přišel odpudivý. Zároveň i ve vztahu k dětem pocítovaly ženy lítost, stud a cítily vinu, že manželé nevykonávají roli otce, tak jak by měli. Mnoho z nich uvádělo, že se snažily být i ony právě v roli otce. A

nakonec téměř všechny respondentky se musely potýkat s těžkým břemenem obživy rodiny a zajištění dostatečných financí.

Kategorie „Životní procházka nekonečným tunelem“ prezentuje obavy manželek o své děti ve vztahu k jejich pijícímu otci. Nejvíce se obávaly negativ na jejich růst. Obávaly se i slovního napadání manželem, ničení věcí, a i fyzického násilí. Matky daných dětí v takových situacích přebíraly hlavní roli a byly velkými pečovatelkami. Zároveň pro ně bylo velkým tématem lítost nad tím, že z důvodu psychické vyčerpanosti, neměly tolik energie, kterou by mohly svému potomkovi poskytnout. Ženy cítily lítost i nad tím, že domov neposkytoval dětem dostatečné bezpečí a úkryt. Postupně docházelo k izolovanosti manželek, které pociťovaly nízkou sebeúctu, a to je odcizovalo i od vlastní rodiny, sourozenců a z důvodu názoru, že rodinné problémy mají zůstat v rodině, i od sousedů a společnosti.

Kategorie „Dosažení slepé uličky“ je kategorií, ve které manželky popisovaly narůstající a pokračující opilecké eskapády, emoční bolesti a finanční obtíže. Právě útek z domova bylo nejčastější řešení, jak se manželky mohly od svých poloviček distancovat a chránit i nadále své potomky. Ačkoliv byly manželky ve svízelné situaci, pouze pár z nich udávalo, že se s manžely rozvedly. Nejčastější udávanou překážkou byly myšlenky na budoucnost dětí. Autoři poznamenávají, že dospívání dítěte bez otce a status rozvedené ženy je velmi stigmatizováno.

Kategorie „Zahlédnutí svitu naděje“ zahrnuje motivaci manželek, aby byly jejich drahé polovičky hospitalizovány a léčeny z důvodu jejich závislosti na alkoholu. Nevnímalý závislost pouze jako stav, ale jako nemoc. Manželky uváděly, že trvalo velmi dlouho, než k takovému názoru dospěly a začaly manžela směřovat do léčby. Velmi hojně bylo manželkami udáváno vyhledání skupiny Al-Anon až v období hospitalizace jejich manžela na doporučení zdravotnického personálu. Právě skupina jim umožnila vystoupit ze sociální izolace a seznámit se s lidmi, kteří mají stejné zkušenosti.

Poslední kategorie „Objevení sebe sama na zvláštní cestě“ prezentuje, jak manželky nebyly schopny žít svůj život na plno. Nicméně posléze i ony nacházely uzdravení ze spletitého uzlu závislosti na alkoholu jejich manžela. Právě jejich změna byla nejvíce patrná ve změnách postojů a názorech vůči pijícímu manželovi. Setkání Al-Anon bylo tím, které manželkám pomohlo uskutečnit tuto změnu. Pomohlo jim lépe porozumět a pochopit pití manžela, kterému dříve nerozuměly, a i nahlížet na žití svých vlastních životů.



## 8 Stručný přehled o systému péče pro blízké osoby uživatelů alkoholu

Jelikož jsem v předchozích kapitolách nastínila, jak velký dopad užívání alkoholu na jednotlivé členy má, je důležité nyní nastínit, kam lze jedince postižené dopady závislostí směřovat. Po přečtení následující kapitoly je patrné, že až na svépomocnou skupinu Al-Anon toho systém péče, speciálně pro osoby spoluzávislé, nenabízí. Vždy se jedná o soubor cílových skupin, které se služby pomoci snaží obsáhnout.

### 8.1 Systém péče pro závislé

Ačkoliv systém péče v dnešní době nabízí závislým jedincům nepřehledné množství různých forem pomoci dle jejich potřeby a fáze závislosti, lze i v rámci těchto forem péče nalézt pomoc a podporu pro osoby blízké závislému. Nejčastěji se jedná o adiktologické ambulance, ale zároveň ze své zkušenosti vím, že poradenství pro blízké se nevyhnu ani kontaktní centra. Vše se ale stále motá kolem závislého a spoluzávislého, který si s celou situací neví rady, a proto obvolává všechny možné formy pomoci, jen aby získal radu, co by měl se závislým dělat.

Přesto se najdou formy pomoci takové, které otevírají svoji náruč vstříc osobám blízkým. Jedná se především o adiktologické ambulance, které nabízejí podporu a poradenství pro rodinné příslušníky. I v rámci této formy péče může jedinec využít rodinnou/párovou terapii či skupiny rodinných příslušníků. Přehledný výčet pomoci udává mapa pomoci od Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti viz: <https://www.drogy-info.cz/mapa-pomoci/?t=3&r=&d=&c=#f1728>.

S rodinnou/párovou terapií se lze setkat i v rámci denních stacionářů pro osoby závislé, či v rámci některých ústavních léčeb. Nedílnou součástí je práce s rodinou i v rámci terapeutické komunity či doléčovacího centra.

### 8.2 Podpora a pomoc rodinám

K další formě pomoci lze zařadit centra či střediska pro rodinu, která se zabývají pomocí pro snoubence, partnery, manžely, ale i exmanžely, rodinám, ale i jednotlivcům. Tato forma pomoci jim umožňuje řešit jejich aktuální či vleklé problémy v oblasti partnerských, rodinných a mezilidských vztahů a také i problémy na osobní úrovni. Nabízí také rodinnou/partnerskou terapii, skupinovou terapii, ale i individuální.

### 8.3 Rodinná/párová terapie

Důležitá pro nápravu vztahů, zvědomení křivd či znovu nastolení důvěry v rodinné prostředí se jeví rodinná terapie. Partneři či manželé mohou využít manželskou či partnerskou terapii, která funguje na stejném principu. Mnohdy se těchto terapií může využívat již v rámci léčby jedince, který užíval alkohol.

Zároveň je důležité hodnotit intenzitu vzájemných stavů, míru poškození rodinných/partnerských vztahů a interakcí, ochotu ke spolupráci všech potencionálních

účastníků a hraje roli i fáze užívání, ve které se závislý jedinec nachází. Neúčelná je taková terapie, kam rodinní příslušníci či partneři přicházejí z donucení, nevěří, že existují nějaké závažné problémy či si změnu ani nepřejí (Čtrnáctá, 2015).

#### 8.4 Skupiny pro rodinné příslušníky

Jak rodinná/partnerská terapie, tak i se skupinami pro blízké se mohou jedinci seznámit již v průběhu, kdy se daný jedinec se závislostí léčí. Mají charakter informační, psychoedukační, motivační, podpůrný a často směřují k určitému poradenskému či terapeutickému cíli (např. podpora jedince v léčbě, nastolení nových pravidel, úprava komunikace či vztahů v rodině atd.). Jelikož skupiny nejsou psychoterapeutické, i přesto mohou uplatňovat faktory skupinové dynamiky. Jedinec se může setkat se zpětnými vazbami, vzájemnou podporou, emočním uvolněním, sdělováním a sdílením apod. (Kalina, 2015).

Z okruhů nejvíce zastoupených témat je téma přijetí a vyrovnání se se situací, že člen rodiny je závislý. Zároveň i pochopení závislosti a možnosti úzdravy. Prostor je i pro vyjádření a korigování pocitů, postojů a názorů, které souvisí s užíváním alkoholu a léčbou. Na skupinách je i prostor pro ošetření traumatických zážitků, které souvisí s užíváním alkoholu (např. když závislý jedinec druhému lhal, citově vydíral, manipuloval s ním, kradl či byl agresivní apod.). Dalším nejčastěji zastoupeným tématem je téma pocitů bezmoci a viny a zároveň i uvědomění si vlastní zodpovědnosti v procesu udržování závislosti. Účastníci se díky skupině mohou naučit některým vzorcům chování, které se týkají komunikace se závislým. Zároveň skupina účastníkům umožňuje vyrovnat se s úzkostí a strachem z neisté budoucnosti, přípravu na možné alternativní vývoje, tedy přijetí možného relapsu u jedince jakožto součásti uzdravného procesu (Kalina, 2015).

Skupina by měla pomáhat otevření i dalších možností růstu jedince a zároveň ho také upozornit na jeho vlastní specifické problémy, případně ho odkázat za dalšími odborníky (Kalina, 2015).

#### 8.5 Telefonické sociální služby a krizová centra

Vhodnou alternativu osobního kontaktu s odborníkem lze nalézt u telefonických linek typu Linka důvěry či Linky bezpečí. Tyto linky jsou určeny osobám, které aktuálně nedokážou řešit obtížnou životní situaci vlastními silami, a kterou vnímají jako zátěžovou, nepříznivou a ohrožující. Nejčastěji se jedná o pocitovanou krizi spojenou s partnerskými a rodinnými problémy, s domácím násilím či jinou traumatizující událostí, závislostí, osamělostí, psychickými problémy apod.

S pocitovanou nezvladatelností situace mohou zároveň i posloužit krizová centra. Tato centra jsou sestavena multidisciplinárním týmem, který pomáhá jedincům při aktivním řešení jejich problémů. Jedná se především o krizovou intervenci, individuální či skupinové psychoterapie, farmakoterapie či relaxační techniky. Nicméně je důležité podotknout, že se jedná pouze o péči krátkodobou s cílem stabilizace daného jedince.

## 8.6 Svépomocné skupiny

### 8.6.1 Svépomocná skupina CoDA

Viz předchozí kapitola 3.4.2.

### 8.6.2 Svépomocná skupina Al-Anon

Viz předchozí kapitola 0.

### 8.6.3 Svépomocná skupina Alateen

Svépomocná skupina Alateen vychází ze skupiny Al-Anon. Pouze se tyto skupiny liší cílovou skupinou, pro které jsou určeny. Právě svépomocná skupina je skupinou, která je určena pro uzdravení pro mladistvé mezi 12. a 20. rokem věku. Podmínkou členství je, stejně jak u Al-Anon, mít příbuzného nebo přítele, který má problém s alkoholem. Nejčastěji se v tomto případě jedná o rodiče. V České republice probíhá skupina Alateen se skupinou Al-Anon dohromady (Al-Anon, 2015).

### 8.6.4 Svépomocná skupina DDA

Skupina Dospělé Děti Alkoholiků (zkratka DDA) zajišťuje možnou pomoc pro ženy a muže, kteří vyrůstali v alkoholické rodině či jinak dysfunkční rodině. Tak jako předchozí skupiny, i tato využívá 12-ti krokový program a program založený na 12-ti tradicích. Setkání umožňují každému z účastníků odhalit, jak jejich dětství bylo ovlivněno rodinou a jak je daná zkušenost z minulosti ovlivňuje dnes. Jediná podmínka členství je touha jedince vyléčit se z následků vyrůstání v alkoholické či jinak dysfunkční rodině (DDA, 2012).

V České republice momentálně probíhají setkání pouze v Praze v anglickém i českém jazyce. Zároveň jsou dostupné i Skype meetingy (DDA, 2012).

## 8.7 Další odborníci

Mezi další odborníky, kteří mohou příbuzným a přátelům závislého jedince pomoci, lze zařadit psychologa. Úlevu může poskytnout i psychiatr, který na rozdíl od psychologa, může předepisovat psychofarmaka. Nicméně v tomto případě se jedná o rozvinutí duševního onemocnění. Vhodnou volbou je i individuální psychoterapie. Možnou nevýhodu lze nalézt v mnohdy dlouhých objednávacích termínech.

## Praktická část

### 1 Použité metody

Hlavní myšlenkou tohoto evaluačního výzkumu je zhodnotit podobu svépomocné skupiny Al-Anon z pohledu jejích členů a na tomto základě vytvořit doporučení směrem k profesionální péči, která by mohla vést k vyšší frekvenci vyhledávání, propagaci či zkvalitnění profesionální péče.

Výzkum obsahuje celkem tři vzájemně propojené výzkumné linie, a to analýzu potřeb účastníků svépomocné skupiny Al-Anon. Dále na evaluaci procesu a evaluaci spokojenosti (WHO, 2000). Vedlejší oblast výzkumu se zaměřuje na základní charakteristiku jedinců, kteří dávají přednost svépomocné skupině Al-Anon před profesionální péčí.

#### 1.1 Analýza potřeb

První výzkumná linie se zaměřovala na potřeby jedinců potýkajících se s problémem užívání alkoholu u jejich blízké osoby ve vztahu ke službám. Identifikace potřeb probíhala na základě polostrukturovaného interview. Položené otázky se cíleně zaměřovaly na subjektivně vyjádřené potřeby.

#### 1.2 Evaluace procesu

Druhá výzkumná linie se zaměřovala na svépomocnou skupinu samotnou. Evaluace procesu měří činnosti v rámci programu, v mém případě svépomocné skupiny a sleduje, komu jsou služby poskytovány. Jak uvádí WHO (2000), evaluace procesu se zabývá čtyřmi oblastmi otázek. Jedná se o otázky týkající se pokrytí na úrovni činností služeb, tedy v mém případě svépomocné skupiny, otázky týkající se pokrytí na úrovni systému, otázky týkající se léčebného procesu na úrovni služeb, tedy svépomocné skupiny a otázky týkající se léčebného procesu na úrovni systému. Výzkum se zaměřoval na oblasti otázek 1 a 3. První oblastí mého zájmu byla oblast pokrytí na úrovni činností svépomocné skupiny, která se zaměřuje na informace o klientech. V této oblasti jsem se zaměřila na charakteristiku účastníků, kteří využívají svépomocnou skupinu a i účastníků, kteří využívají jak svépomoc, tak i profesionální péči a rozdílů v charakteristice mezi nimi. Druhou oblastí mého zájmu byla oblast týkající se léčebného procesu na úrovni svépomocné skupiny, ale i profesionální péče. V této části jsem se zaměřovala na průběh setkání, zda je v souladu s 12-ti tradicemi, a jak účastníci využívají program 12-ti kroků. Zároveň jsem se v této oblasti zaměřila i na proces rozhodování jedinců a důvody, které u nich vedly k vyhledání svépomoci navzdory profesionální péči. Tyto informace mohou být dále použity pro praxi směrem k profesionální péči a k popisu doporučení vedoucí ke zlepšení. Současně jsem se zaměřovala i na účastníky navštěvující jak svépomoc, tak i profesionální péči a jejich důvody, které u nich vedly k vyhledání dalšího typu pomoci a zjištění informací, co jim tato kombinace přináší. Veškeré informace od účastníků byly zjišťovány pomocí přímých otázek v polostrukturovaném interview.

### 1.3 Evaluace spokojenosti

Třetí a poslední výzkumnou linii tvořila evaluace spokojenosti účastníků se svépomocnou skupinou. Evaluace spokojenosti účastníků je vnímána jako jedna z možností, jak se mohou účastníci podělit o jejich zkušenosti s pomocí v podobě svépomocné skupiny. Jak uvádí WHO (2000), evaluace spokojenosti účastníků se může zaměřovat na různé aspekty daného programu. V případě mého výzkumu se jednalo o důvěryhodnost svépomocné skupiny, zda splňuje svůj účel/očekávání účastníků, zda jsou uspokojovány potřeby účastníků a jaká samotní účastníci spatřují pozitiva a negativa. Zároveň byl prostor i pro vyjádření podnětů ke zlepšení podoby setkání. Tyto informace byly zjišťovány pomocí přímých otázek v polostrukturovaném interview a zároveň i hodnoceny z informací týkajících se frekvence docházení. V průběhu vedení interview jsem byla v roli nestraníka, a proto zde vnímám nízké riziko zkreslení, které může plynout z obav ze strany účastníků při sdělování negativních názorů. Jak uvádí WHO (2000), i samotné načasování výzkumu spokojenosti klientů může ovlivnit výsledky. V případě mého výzkumu se může jednat o zkreslení v rámci docházení účastníků. Např. účastník, který je na setkání poprvé mi nebude schopen popsat svoji spokojenost tak do hloubky jako např. účastník, který na setkání dochází pravidelně již několik let.

### 1.4 Shrnutí výzkumného problému a výzkumný cíl

Život s alkoholikem je plný dysfunkčních vztahů, doprovázen prudkými změnami nálad v závislosti na množství vypitého alkoholu. Často dochází ke kodependenci (závislosti na druhém) (Kudrle, 2003). Chování závislého jedince ohrožuje jeho rodinu hned v několika směrech. Jedná se o nespavost, sníženou odolnost imunity, psychické potíže, následky fyzického násilí, izolace a ztráta společenských kontaktů, stud před okolím, zakrývání skutečnosti, a tím i vystavení rizika, že budou za lháře a kvůli tomu ztratí společenský respekt (Jílek, 2008). Pro samotné osoby, které žijí či mají v okolí osobu závislou na alkoholu, toho systém služeb moc nenabízí. Z profesionální péče lze zmínit skupinu pro rodinné příslušníky, popřípadě lze volit i ze svépomoci v podobě svépomocné skupiny Al-Anon. Zaměření této skupiny je na podporu vnitřní změny a růstu, a díky tomu mohou členové vést více uspokojující život v podstatě bez ohledu na to, zda jejich blízká osoba abstínuje či nikoliv (Al-Anon Family Groups, 2013).

Cílem výzkumu je analyzovat potřeby jedinců potýkajících se s problémem užívání alkoholu u jejich blízké osoby. Druhým cílem je zmapování podoby a průběhu setkání svépomocné skupiny a charakterizovat účastníky, kteří tato setkání navštěvují. Třetím cílem je zmapování míry spokojenosti účastníků s podobou a průběhem setkání svépomocné skupiny. Posledním cílem je popsat doporučení směrem k profesionální péči.

### 1.5 Výzkumné otázky

Okruhy výzkumných otázek:

1. Jaká je/byla motivace účastníků k vyhledání svépomocné skupiny Al-Anon a jak se o svépomocné skupině dozvěděli?
2. Jak setkání probíhají a jsou v souladu s 12-ti tradicemi?
3. Jak účastníky ovlivňuje filozofie 12-ti kroků v jejich běžném životě?
4. Jak jsou účastníci spokojeni se svépomocnou skupinou Al-Anon z hlediska koncepce, obsahu a struktury a realizace setkávání?
5. Jak se liší účastníci navštěvující svépomocnou skupinu a zároveň i profesionální péči v jejich názorech, postojích a charakteristice oproti účastníkům, kteří navštěvují pouze svépomocnou skupinu?
6. Jaká mají účastníci doporučení směrem k profesionální péči?

## 1.6 Základní soubor

Základní populace/soubor je množina všech teoreticky možných objektů (jedinců) v uvažované problémové situaci (Hendl, 2015). Pro potřeby diplomové práce, základní soubor tvoří všichni jedinci navštěvující svépomocnou skupinu Al-Anon. Setkání svépomocných skupin probíhá v devíti městech České republiky a jedná se především o města: Praha, Olomouc, Brno, Ostrava, Tábor, Jablunkov, Liberec, České Budějovice a Zlín. Jedná se o členy, kteří žijí, či ve svém okolí mají osobu blízkou, která užívá/užívala alkohol. Základní soubor zahrnuje stálé členy, tak i nově příchozí. Nově příchozí členové jsou definováni jako jedinci, kteří navštíví setkání 5x a méně. Stálí členové jsou definováni jako jedinci, kteří se zúčastnili 6 a více setkání (Al-Anon Family Groups. 2013).

## 1.7 Výzkumný soubor a jeho výběr

Výzkumný soubor byl vybrán ze základního souboru nepravděpodobnostní metodou, pomocí záměrného (účelového) výběru přes instituce. Podstatou tohoto typu výběru je využití určitého typu služeb či instituce, která je určena pro mou cílovou skupinu (Miovský, 2006). V případě mého výzkumu se jednalo o svépomocnou skupinu Al-Anon, ve které byly účastníci cíleně vyhledáváni dle níže určitých vlastností/kritérií.

Kritéria pro zapojení do výzkumu jsou následující:

1. Dobrovolnost a ochota účasti na výzkumu.
2. Stálí i nově příchozí člen svépomocné skupiny Al-Anon.

Kritéria pro nezapojení do výzkumu jsou následující:

1. Účastníci, kteří jsou na setkání svépomocné skupiny Al-Anon v roli hosta.

## 1.8 Popis výzkumného souboru

Výzkumný soubor se skládá ze 12 respondentů, kteří splňovali výše vytyčená kritéria. Tabulka 4 popisuje základní sociodemografické údaje o jednotlivých respondentech výzkumu.

Tabulka 4 Sociodemografické údaje

	Pohlaví	Věk	Rodinný stav	Nejvyšší dosažené vzdělání	Kraj	Zaměstnání	Počet dětí
<b>Respondent 1</b>	Žena	51	svobodná	Vysokoškolské – Mgr.	Praha	Ano	0
<b>Respondent 2</b>	Žena	57	vdaná	Střední s maturitou	Středočeský kraj	Ano	4
<b>Respondent 3</b>	Žena	42	svobodná	Střední s maturitou	Praha	Ano	0
<b>Respondent 4</b>	Žena	60	ovdovělá	Vysokoškolské – Ing.	Praha	Ano	2
<b>Respondent 5</b>	Žena	32	svobodná	Střední s maturitou	Praha	Ano	0
<b>Respondent 6</b>	Žena	62	ovdovělá	Střední s maturitou	Jihomoravský kraj	Ne *	1
<b>Respondent 7</b>	Žena	50	rozvedená	Vysokoškolské – Bc.+Ing.	Jihomoravský kraj	Ano	2
<b>Respondent 8</b>	Žena	42	rozvedená	Vysokoškolské – MUDr.	Jihočeský kraj	Ano	2
<b>Respondent 9</b>	Žena	58	ovdovělá	Vysokoškolské	Olomoucký kraj	Ano	3
<b>Respondent 10</b>	Žena	43	svobodná	Vysokoškolské – Ing.	Jihomoravský kraj	Ano	0
<b>Respondent 11</b>	Muž	47	ženatý	Střední bez maturity	Zlínský kraj	Ano	2
<b>Respondent 12</b>	Muž	66	rozvedený	Vysokoškolské – Bc.	Praha	Ne *	2

Pozn.: \* respondent je v důchodu

Zdroj: Vlastní

## 1.9 Metody sběru dat

### 1.9.1 Příprava sběru dat

Samotnému sběru dat předcházelo e-mailové oslovení svépomocné skupiny Al-Anon a zjištění, zda by bylo možné na setkání skupiny přijít se záměrem nabídnutí členům skupiny účast ve výzkumu. V případě kladné odpovědi byli následně na skupině účastníci osloveni, s cílem navázání kontaktu s potenciálními respondenty. Součástí oslovování bylo i informování potenciálních účastníků o cílech a účelu výzkumu a zároveň bylo potřeba se zaměřit i na získání důvěry a motivace k účasti (Etické aspekty práce). Před samotným sběrem dat byl proveden předvýzkum/orientační výzkum, který spočíval ve zkušebním rozhovoru s prvním respondentem. Tento předvýzkum sloužil k doladění a ověření připravených otázek k rozhovoru (6.1 Příloha 1 – Záznamový arch), abych později získávala kvalitní data a nedocházelo ke zkreslení. I na základě rešerše literatury a aktivními následky v průběhu setkání byly otázky pozměněny a přizpůsobeny dané



problematicke. Zároveň u členů, kteří přislíbili účast na výzkumu došlo k domluvení termínu rozhovoru, popřípadě prosba o poskytnutí e-mailové adresy/telefonického kontaktu (Etické aspekty práce), které posloužili ke kontaktování respondentů, domluvení termínu a místa rozhovoru. Jelikož se v průběhu přípravy dat změnila zdravotní situace na území České republiky, byla část respondentů oslovoována skrze online setkání s využitím aplikace Skype. V tomto případě probíhalo polostrukturované interview po telefonickém spojení.

### 1.9.2 Metody sběru dat

Sběr dat probíhal pomocí polostrukturovaného interview (Miovský, 2006). Polostrukturované interview umožní obsáhnout všechny oblasti výzkumných otázek a současně nabídne i prostor pro vysvětlení odpovědí účastníka. Zároveň tato metoda umožňovala položit respondentům doplňující otázky a propracovat tak danou problematiku do hloubky. K fixaci získaných dat z rozhovorů byl použit audiozáznam (nahrávací zařízení v mobilu) a záznamový arch, který umožnil rychlou orientaci (Miovský, 2006).

### 1.10 Metody zpracování a analýzy dat

Před samotnou analýzou dat, byla data upravena tak, aby s nimi bylo možné provádět analýzu. Analýza dat byla prováděna po každém absolvovaném rozhovoru s účastníkem. Před samotným přepisem dat byl uložen audiozáznam pořízený mobilním telefonem do zaheslovaného počítače, aby se snížilo riziko ztráty rozhovoru. Posléze následovala samotná transkripce dat, tedy převedení dat z netextové podoby do textové. Po transkripci byla provedena kontrola přepisu opakovaným poslechem. Samotná data získaná ze záznamového archu poslouží k bližší charakteristice jednotlivých účastníků, a i ty do analýzy byly zahrnuty. Následně byla získaná data v textové podobě upravena pomocí redukce I. řádu. V tomto procesu byly vynechány veškeré části vět či slova, které nesdělují relevantní informaci. Zároveň si původní verzi rozhovoru uložím, abych se k ní, popřípadě mohla v průběhu analýzy vrátit. Následným procesem kódováním dat došlo k identifikování, vytváření a pojmenovávání datových segmentů (Miovský, 2006). Blíže viz. Tabulka 5. Zároveň pro přehlednější práci s daty využiji techniku barvení textu (Miovský, 2006).

Provedený předvýzkum byl nakonec do samotné analýzy dat zahrnut z důvodu prokázání správnosti položených otázek, pouze se změnilo jejich pořadí. Zároveň tento předvýzkum pomohl k zahrnutí otázek týkajících se sponzoringu.

Pro analýzu dat byla využita metoda tzv. vyhledávání a vyznačování vztahů, díky které byly vyhledány vzájemné vztahy mezi proměnnými na základě vnitřních či vnějších souvislostí (Čermák & Štěpáníková, 1998). Další metodu, kterou lze využít, je metoda tzv. prostého výčtu, která mě bude informovat o tom, jak často se daný jev vyskytl či v jakém poměru byl k jinému jevu (Čermák & Štěpáníková, 1998). Zvolenou metodu využiji v případě podpoření vztahů mezi danými jevy. A nakonec i metoda kontrastů a srovnávání poslouží k odlišení a nalézání rozdílů mezi kategoriemi (Čermák & Štěpáníková, 1998),



především rozdíly v charakteristice u respondentů navštěvující, jak svépomocnou skupinu, tak i profesionální péči. I rozdíly u respondentů majících vlastní zkušenost se závislostí na alkoholu a respondentů bez ní.

#### 1.10.1 Technické zázemí

K převedení audiozáznamu do formátu MP3 byl využit program Apowersoft Video Konvertor. Ke zpomalení a lepšímu přepisu audiozáznamu byl využit program MP3 Speed.

#### 1.11 Etické aspekty práce

V úvodu setkání svépomocné skupiny byli potencionální respondenti informováni jednak o účelu sběru informací a účelu použití ve výzkumu, ale také i o následném použití získaných dat. Potencionální respondenti byli ujištěni, že je účast ve výzkumu zcela dobrovolná a anonymní, kdy získaná data poslouží pouze k účelům diplomové práce a osobní údaje nebudou nikde uváděny. Poskytnuté e-mailové adresy/telefonické kontakty od potencionálních respondentů posloužily pouze jednorázově za účelem kontaktování a domluvení termínu a místa rozhovoru. Následně došlo k jejich vymazání. Zároveň s každým potencionálním respondentem byl před zahájením rozhovoru uzavřen ústní informovaný souhlas, který byl nahrán na audiozáznam, a který obsahoval poučení o účelu výzkumu a způsobu zacházení s osobními údaji a jejich ochraně v souladu s platným zákonem č.110/2019 Sb. O zpracování osobních údajů. Zároveň byl prostor pro otázky respondenta.

Audiozáznam a přepis dat byl uchováván v zahaslovaném notebooku. Po obhájení diplomové práce dojde k vymazání audiozáznamu.

V průběhu rozhovoru jsme mohli narazit na citlivé téma, a proto považují za důležité dbát na správné ukončení rozhovoru, aby nedošlo k psychické újmě či poškození respondenta.

## 2 Výsledky

Zanalyzovaná data jsou interpretována v několika tematických okruzích, v nichž lze najít odpovědi na výzkumné otázky. Každý tematický okruh analyzuje odpovědi od respondentů a je doplněn o jejich přímé citace, které mají výpovědní hodnotu. Jak je níže v Tabulka 5 znázorněno, analýzou vzniklo 5 kategorií a 24 témat.

Tabulka 5 Kategorie a přiřazené kódy

Kategorie	Kódy
<b>Klíčová osoba</b>	Charakteristika
	Problematické chování
	Subjektivní délka vnímání problému
	Využívání služeb
<b>Problémy před vyhledáním pomoci</b>	Spoluzávislostní chování a další problémy
	Neuspokojované potřeby
	Reakce od okolí
<b>Proces vyhledání pomoci</b>	Zásadní okamžik uvědomění si nutnosti změny
	Návštěva jiných služeb před Al-Anon
	Získání kontaktu na Al-Anon
	Očekávání
	První zkušenost se setkáním Al-Anon
	Návštěva setkání Anonymních Alkoholiků
<b>Al-Anon</b>	Frekvence a délka docházení
	Podoba setkání
	Uplatňování 12-ti kroků
	Průběh setkání
	Motivace k návštěvnosti
	Nápady na zlepšení a spokojenost
	Pozitiva a negativa
<b>Profesionální služby</b>	Navštěvování i jiných služeb
	Důvody nesetrvání či nevybrání profes. služby
	Nápady na další služby/odborníky
	Pozitiva a negativa

Zdroj: vlastní

## 2.1 Klíčová osoba

Prvním tematickým okruhem je klíčová osoba, jenž dává prostor nahlédnout na to, kvůli jaké osobě respondenti na setkání svépomocné skupiny Al-Anon přicházejí a o jaký problém se přesně u dané osoby jedná. Ačkoliv tento první okruh není součástí výzkumných otázek, přesto je „stavebním kamenem“ k pochopení a utvoření celého obrazu v rámci dalších tematických okruhů.

### 2.1.1 Charakteristika klíčové osoby

Osoba, díky níž respondenti navštěvují setkání svépomocné skupiny přehledně shrnuje Tabulka 6. Z tabulky je patrné, že **málokterý respondent přichází na setkání pouze kvůli jedné osobě**. Až na pár respondentů se jedná o jakousi „červenou nit“, která protkáva jejich dosavadní život, a která má počátky v jejich dětství, kdy vyrůstali s pijícím rodičem. Nicméně, jak uvedla řada respondentů, tyto osoby jsou sice **příčinou**, proč vyhledali pomoc, ale nyní již řada z nich setkání **navštěvuje kvůli sobě**. Nyní pouze respondent 2, 3, 7, 10 a 11 **žije pospolu** s klíčovou osobou. Ostatní s osobou **nežijí**. Důvodem je **smrt jedince** (Respondent 4 a 9), **rozchod/rozvod** (Respondent 5, 9 a 12) či **bydlení klíčové osoby mimo domácnost** respondenta (Respondent 1, 5, 6 a 9).

Tabulka 6 Charakteristika klíčové osoby

	Partner/ka	Manžel/ka	Rodič	Sourozenec	Dítě
<b>Respondent 1</b>	x			x	
<b>Respondent 2</b>		x	x		
<b>Respondent 3</b>	x		x	x	
<b>Respondent 4</b>		x			
<b>Respondent 5</b>	x		x		
<b>Respondent 6</b>	x		x		x
<b>Respondent 7</b>	x				
<b>Respondent 8</b>		x			
<b>Respondent 9</b>		x	x		x
<b>Respondent 10</b>	x				
<b>Respondent 11</b>		x	x		
<b>Respondent 12</b>	x				

Zdroj: vlastní

### 2.1.2 Problematické chování

U všech klíčových osob se jedná o **užívání alkoholu** a u pár výjimek i o **další návykové látky**. Problémy plynoucí z tohoto chování jsou různé, ale respondenty byly nejvíce zmiňovány **pozdní příchody**, užívání jako forma **zahnání nepříjemných pocitů**,

**lhaní, vznik zdravotních obtíží, pití po tají či změna osobnosti** klíčové osoby. Některé klíčové osoby jsou **schopné náhledu** na svoji závislost a přiznání si problému. Naopak závislostní problém **u pijících rodičů se neřešil**.

*„Manželka byla alkoholik nebo je alkoholik, který když má nějaké napětí, splín, tak si dala trošku vína, aby to napětí ze sebe dostala. Při nedostatku alkoholu dostávala epileptický záchvaty.“ (Respondent 11)*

*„Můj muž nedělá nikdy binec a vždycky měl spíš výčitky. Kdy jsem to začala vidět jako obrovský problém, tak bylo, kdy můj muž začal pít tajně. On velmi rychle si to sám přiznal, že s tím má problém, že věděl, že to není nějaký obyčejný pití, že pije na stres, na starosti nebo na úzkost.“ (Respondent 10)*

*„Můj otec byl alkoholik. To byla hrůza někdy. On neuměl pít. Když se napil, tak nepřestal. Takže to bylo někdy s ním strašný. Strašně nás to stahovalo.“ (Respondent 6).*

*„Můj nevlastní otec byl těžký alkoholik. Potom ani do práce moc nechodil. Ona (matka) tam podle mě utápěla to neštěstí, co prožívala. Ona mi vždycky vysvětlovala, že je to pro ni těžký, ta situace, co prožíváme. Jinak, když to řeknu, ten zlý nebo s kým to bylo k nevydržení, byl ten můj nevlastní otec. Mámin alkohol se začal řešit potom, co se rozvedla a my jsme se od něho odstěhovali a já jsem si myslela, že teď teda bude všechno jinak, ale ona pila dál. Řekla, že to bude všechno jiný, že se to změní, že přestane pít, a přestala na oko pít tím stylem, že si dala třeba kolu s rume do neprůhledného hrnečku.“ (Respondent 5)*

Naopak jiné klíčové osoby svůj problém s alkoholem stále **negují** či se jim jejich **postoj** ke svému užívání **mění**.

*„Když jsme se o tom s manželem bavili, tak on mi řekl, že on problém nemá, že mám problém já.“ (Respondent 9)*

*„Matce se střídají velmi často nálady, kdy přizná, že s tím trochu problém má, pak že problém nemá, že pije jako ostatní.“ (Respondent 5)*

### 2.1.3 Subjektivní délka vnímání problému

Respondenti v partnerském či manželském vztahu **na začátku** u své polovičky **nezaznamenali** nadměrné užívání alkoholu. Na vše přišli až **časem** či za **určitých okolností**. Zároveň je u respondentů (Respondent 2 a 11) vyrůstajících s rodičem alkoholikem patrné, že se nedá říct, že by tito jedinci měli na problematiku jejich drahé polovičky takřikajíc „čich“. Problém závislostí může být i pro tyto osoby stále skrytým jevem.

*„Že má problém s alkoholem, jsem si uvědomila na svatbě. Protože to úplně přepálil. Tohle jsem od něj vnímala jako zradu.“ (Respondent 8)*

*„Nikdy mi nepřišlo, že je něco špatně. Potom jsem nějak pochopila, že ti ostatní kamarádi si třeba další nedají a můj muž si ještě dá.“ (Respondent 10)*

*„Postupně plíživě časem se to stalo, ale já jsem si to vůbec neuvědomoval, že má ten problém. Na dovolené ona nepila, ale dozvěděl jsem se, že právě tím, že vynechala, tak si ten mozek dupl a začloulal s ní, a že dostala ten epileptický záchvat, protože měla nedostatek právě toho alkoholu.“ (Respondent 11)*

Stejná „neviditelnost“ možného problému se závislostí je i u respondentů 9 a 12, kteří ve své minulosti sice mají **vlastní zkušenost** se závislostí na alkoholu, ale také si problému u klíčové osoby **nebyli** dlouho **vědomi**. Může za to **vlastní pití** alkoholu či prvotní **zamilovanost**. Tito činitelé mohou snížit jejich ostražitost.

*„Věděla jsem, že pije, když jsem se s ním seznamovala. Všechno bylo hodně ovlivněno i tím, že jsem v té době pila i já.“ (Respondent 9)*

*„Až po 4 měsících jsem zjistil, že je alkoholička. (Respondent 12)*

V případě definování délky **užívání u pijícího rodiče** jsou si respondenti (Respondent 3, 5 a 9) vědomi, že tento problém **trval v celém** jejich **dětství**. Zároveň u definování délky **užívání u svých dětí** jsou respondenti (Respondent 6 a 9) schopni dosáhnout **přesného výsledku**.

*„To bylo pořád. To byl celoživotní problém.“ (Respondent 3)*

*„Máma prakticky popíjela celý život. Podle mě jsem to začala vnímat, že má jako problém s alkoholem, kolem 10 let.“ (Respondent 5)*

*„Od dětství (otec). U syna cítím od začátku, že začíná třeba po těch 20 letech.“ (Respondent 9)*

*„Já si myslím, že tak od těch 15 let to bylo vidět hned, že se tam něco děje a teď je synovi 35.“ (Respondent 6)*

#### 2.1.4 Využívání služeb

Jen **pár jedinců** z klíčových osob **využívá určité pomoci** v rámci řešení jejich závislosti. Nejčastěji **psychiatr, individuální či skupinová terapie, ústavní léčba**, svépomocná skupina **Anonymní Alkoholici** a taktéž **farmakoterapie**. Některým se podařilo se ze závislosti vymotat a nyní se nacházejí ve stadiu abstinence.

*„Moje sestra je taky alkoholička, která i přestala.“ (Respondent 3)*

*„Přítel užívá Antabus a nepije. Navštěvuje psychiatra, protože užívá opiátovou substituci Suboxone. V Brně v organizaci Podané Ruce navštěvuje poradenské centrum, když potřebuje poradit s něčím praktičtějším a plus navštěvuje terapeutické centrum, kde má terapie.“ (Respondent 7)*

*„Vyhledal taky 12-ti krokový program „Áčkařský“. Vyhledal i odbornou pomoc terapeutickou, protože tam pod tím alkoholem byly schované úzkosti. Nějak to pokračuje dál v tomto módu.“ (Respondent 10)*

**Ostatní** klíčové osoby žádné služby nyní **nenavštěvují**. Udávané důvody respondentů byly následující: **smrt** klíčové osoby, **nemotivovanost** řešit svoji závislost, za kterou může i již v minulosti její **neúspěšné řešení**.

*„Já jsem manželovi říkala, co jsem našla. Dokonce jsme se domluvili, že půjde do „Áček“. Utvrdil se v tom, že to nemá cenu, že cesta ven neexistuje. On si myslí, že neexistuje řešení.“ (Respondent 2)*

*„Někam asi začal chodit, ale on potom zemřel na selhání jater.“ (Respondent 4)*

*„Dostal jsem bývalou partnerku do léčebny, vyšla, zatáhl jsem ji do „Áček“. Nakonec tam přestala chodit a pije dál.“ (Respondent 12)*

## 2.2 Problémy před vyhledáním pomoci

Tento tematický okruh shrnuje problémy, se kterými se respondenti ve vztahu k závislostnímu chování klíčové osoby potýkali. Vytyčení hlavních znaků spoluzávislosti v teoretické části diplomové práce pomůže v praktickém aplikování na subjektivní prožívání respondentů. Zároveň díky této kategorii získáme náhled na pozadí výzkumné otázky, která se zabývá hlavní motivací respondentů vyhledat pomoc a také nám lépe pomůže analyzovat potřeby respondentů. Samotná kategorie obsahuje i rozporuplné reakce od okolí, se kterými se respondenti setkali, a které také mohou ovlivňovat rozhodování respondentů, zda pomoc vyhledat či nikoliv.

### 2.2.1 Spoluzávislostní chování a další problémy

Spoluzávislostní chování bylo **typické pro všechny** respondenty, kteří žijí či žili se závislým jedincem. Často byly respondenty popisovány vnímané **negativní emoce**, jako **úzkost**, **zoufalství**, **bezmocnost**, **nedůvěřivost**, **zlost** jak vůči sobě, tak i vůči závislému a často byli v tomto období velice **nešťastní**, **uplakaní** apod. Důvod těchto emocí lze spatřovat v chování a postojích závislého (viz i předchozí tematický okruh) či nevědomost respondentů, jak s celou situací naložit.

*„Jsem byla uplakaná, nešťastná, štěkala, nadávala, křičela, vyhrožovala, sebelítost. Pořád jsem si s tou situací nevěděla rady.“ (Respondent 2)*

*„Já jsem nadávala, hádala se, nemluvila, neprala, vyhodila ho, vzala ho zpátky. Hrůza. Bylo to hodně psychicky náročný. Vztek, frustrace, prostě totální zoufalství.“ (Respondent 4)*

*„Byl to vztek a bezmoc, že nemůžu udělat nic, aby ona přestala pít.“ (Respondent 5)*

*„Já jsem byla úplně zoufalá. Vždycky stres, ale postupně, to byla hrůza, co jsem se synem zažila v jeho dospívání. Vůbec jsem nevěděla, co mám dělat.“ (Respondent 6)*

*„Byla tam částečně sebelítost, která spíše byla přeformulovaná na zlost nebo na nějaké obviňování.“ (Respondent 11)*

Samotná situace u nich doma by se dala takřikajíc „krájet“. Respondenti se vyskytovali v **nevyhovujícím prostředí** (křik apod.) a mnohdy se závislým **špatně vycházeli**. Vše se poté promítalo i do jejich **partnerského soužití**, které by se dalo nazvat **nefunkčním**.

*„On mě furt vyhazoval z baráku a rozváděl se.“ (Respondent 2)*

*„To bylo hodně kritický s tím mým nevlastním otcem, který nás jako terorizoval. Moje máma pod vlivem alkoholu je velmi negativní až jako agresivní, hysterická, výbušná, a když je v tomhle tom emočním rozpoložení, tak je schopná mi i volat pod vlivem alkoholu.“ (Respondent 5)*

*„Všichni jsem tady na sebe řvávali neskutečným způsobem. Najednou jsme měli úplně rozvrácenou rodinu, úplně rozvrácený domov.“ (Respondent 6)*

*„Ten vztah je přátelský, ale není to partnerský vztah.“ (Respondent 7)*

*„Manipuloval a docházelo jak k psychickému, tak i fyzickému týrání. Když jsme se například hrozně pohádali a já jsem měla strach, že se doma něco stane, tak jsem děti sbalila a šli jsme k babičce. Řekla jsem jim, že hrajeme noční hru.“ (Respondent 8)*

Respondenti se se ve svém každodenním plánování museli **přizpůsobovat chování a náladě závislého**. Čímž pádem museli být **stále ve střehu, nemohli plánovat dopředu**, žijí či žili v **nejistotě** a **spolehlivost** na klíčovou osobu se stává **nulovou**. Z těchto důvodů na sebe nedobrovolně **přebírají velké množství zodpovědnosti**.

*„Já jsem ztratila pocit bezpečí a důvěry, protože on občas byl agresivní. On byl ten zdroj největší nejistoty a nepředvídatelnosti. Takže my jsme se začali točit kolem něho pozorností a samozřejmě jsme se začali přizpůsobovat. Já si pamatuju tu úzkost, kdy přijde, jak přijde, jakou bude mít náladu, a co bude dělat.“ (Respondent 3)*

*„Musím spoléhat na přítomný okamžik. Nemůžeme moc dopředu plánovat, protože to nevychází, že to tak bude.“ (Respondent 7)*

*„Narušení důvěry. On byl nespolehlivý.“ (Respondent 8)*

*„Já jsem přestala žít svůj život. Všechno se točilo kolem toho druhého člověka. Převzala jsem spoustu zodpovědnosti, aniž by mě o to někdo žádal.“ (Respondent 10)*

Hlavní role respondentů byla v „**zachraňování**“ klíčové osoby. Samozřejmě se pro něho snažili i **hledat pomoc**. Zde lze nalézt možnou paralelu „zachraňování“ v průběhu jejich vyrůstání se závislým rodičem či sourozencem.

*„Naučila jsem se žít v realitě rodiny se závislostí. Takže jsem se naučila hrát roli záchránce.“ (Respondent 1)*

*„Já mám takový ten „zachraňovatelský“ syndrom, že mu chci pomáhat a sloužit mu, a že věřím tomu, že vyřeším jeho problémy.“ (Respondent 2)*

*„Moje máma je jakoby typický DDA, takže kontrola a zachraňování. Já jsem v tom vyrůstala a furt jsem měla potřebu zachraňovat někoho.“ (Respondent 8)*

*„Vždycky jsem zavolal jejímu doktorovi, aby jí napsal neschopenku. Já jsem věděl, že s ní nic dělat nemůžu, přesto jsem mu zavolal.“ (Respondent 12)*

Přesto, že závislému jedinci léčbu vyhledají a jedinec s léčbou souhlasí, často jsou **zase a znovu zraňování** v případě nedodržování abstinence. Stejně bolestné vnímání je i v případě, kdy klíčová osoba **slibuje**, že se svojí závislostí začne něco dělat, ale nedělá s ní nic. Častým výsledkem tohoto negativního procesu je **snaha kontrolování** klíčové osoby či okolí respondentem.

*„U partnera jsem nechápala, když už jednou 8 měsíců střízlivý byl, že se jako nepoučí a zase do toho znova spadne. Často jsem odsuzovala lidi, že jsem koukala, kdo kolik toho pije, že nechci nikoho, kdo by pil, kdo by něco bral.“ (Respondent 5)*

*„Samozřejmě jsem si prošla obdobím „po dobrým a po zlým“. Fází, že jsem si říkala, že kdyby mu na mě záleželo, tak to přece nedělá.“ (Respondent 10)*

*„Samozřejmě já jako spoluzávislý, tak jsem jezdil s ní, abych jsem jí zkontroloval. Ty recidivy ve mně vyvolávaly bolest a zklamání atd. Manželka měla asi potom půl roce recidivu. Mě to zase úplně složilo. Dostal jsem se na svoje dno po té recidivě.“ (Respondent 11)*

### 2.2.2 Neuspokojované potřeby

Jejich neustálá pozornost na chování a náladu klíčové osoby u respondentů způsobovala **ztrátu sebe sama**, svých **potřeb**, svého **prožívání a zájmů**. Často se za svého závislého **styděli**, což způsobovalo jejich **izolaci** od svého okolí. V některých případech respondenti sami sebe **obviňovali**, že oni jsou viníci závislosti u klíčové osoby.

*„Když jsem byla to dítě, které si naopak vytvářelo ten svůj svět jako obranu tudíž, pak to bylo těžký i při komunikaci, protože člověk je tím hodně zasažený.“ (Respondent 3)*

*„Já jsem chodila všemi možnými vchody, abych nikoho nepotkala. Styděla jsem se. Převzala jsem zodpovědnost za chování jiného dospělého člověka. Jenom jsem četla. Utíkala jsem do knih s tou svojí psychikou. Ztratila jsem úplně sebe, své potřeby. Ale já jsem nebyla nějaká smutná nebo v depresi. Já jsem byla výslovně odpojená od života.“ (Respondent 4)*

*„Já jsem se o tom s nikým nebavila, protože jsem se za to nějakým způsobem asi styděla. Měla jsem pocit, že já jsem špatná, když se mi toto děje, měla jsem pocit, že mi nebude nikdo rozumět.“ (Respondent 10)*

*„Já jsem nebyl spokojený se životem. Sám se sebou. Já jsem to celou dobu držel v sobě. Já jsem se neměl komu svěřit. Neměl jsem to s kým vyventilovat, s kým to probrat.“ (Respondent 11)*



### 2.2.3 Reakce od okolí

Většina respondentů se ve svém okolí setkává s **negativní/žádnou reakcí**, což následně může ještě více umocňovat jejich **negativní vnímání sebe sama**, nadále **setrvání v nefunkčním vztahu** či mohou získávat na svoji situaci náhled, že to, co se mi děje jiní nevnímají jako problém, tak to **problémem asi není**. Mnohdy získávají různé, z jejich pohledu, **nepotřebné či nesmyslné rady**.

*„Ten můj kluk...mami s tebou není žádná legrace s tatínkem je legrace. Když mluvíte s kýmkoliv, ať je to rodina, ať je to nedej bože maminka toho manžela, nebo někdo blízký, tak vždycky to je tvoje vina, a to je kvůli tobě.“ (Respondent 2)*

*„Lidi reagovali, tak partnera opust', tak mámu ignoruj.“ (Respondent 5)*

*„Když jsem to někdy s někým řešila, tak buď jsem slyšela, že to není problém, nebo že jsem slyšela, že to je průšvih, že s tím musím něco dělat a dávali mi konkrétní rady.“ (Respondent 8)*

Naopak, co pár respondentům pomohlo a setkali se tedy s **pozitivní reakcí** od svého okolí, je **reflektování** jejich problémové situace.

*„Jeden člověk, se kterým jsem o tom mluvila, tak mi říkal, že dělám něco, co není zdravý.“ (Respondent 1)*

*„Bývalý přítel mi říkal, že si myslí, že nemám zpracovanou mámu, že mě to furt zasahuje.“ (Respondent 5)*

Z celého tohoto tematického okruhu lze vytyčit potřeby, které respondenti měli potlačené a tudíž neuspokojené, a tím získat odpovědi k prvnímu výzkumnému cíli. Jednalo se převážně o potřeby **pocitů bezpečí, důvěry, jistoty, pochopení** či **přijetí** od okolí, vlastní **zklidnění** a **klidnější atmosféry** doma. Dále i potřeba **zisku více informací** o závislosti na alkoholu či **nepřebírání** tak velké **zodpovědnosti**. V partnerském/manželském vztahu lze zaznamenat potřebu **sociální interakce** s drahou polovičkou, **sdílení života** s druhým, **potřeby sexuální** a potřeby **oddělení se od druhého**, aby byli schopni se více zaměřovat sami na sebe. U respondentů vyrůstající se závislým rodičem se jedná o **potřeby vysvětlení** situace v dětství či potřeba mít **„zdravého“ rodiče**. Zároveň je nutné podotknout, že ačkoliv na vnímané potřeby byla utvořena konkrétní otázka, málokdo byl z respondentů schopný na ni odpovědět. Nejčastější prvotní odpověď respondentů byla, že si v té době své **potřeby neuvědomovali**.

*„Potřebovala jsem mít spojení s tím, co mě přesahuje, abych věděla, že i když partner odejde, že prostě to neznamená konec mého života.“ (Respondent 1)*

*„Potřeby sdílení života s tím druhým.“ (Respondent 4)*

*„Kdyby mi někdo řekl, co závislost opravdu znamená, jak to funguje, a jak to postihuje celou rodinu.“ (Respondent 5)*

*„Potřebovala jsme se zklidnit, urovnat si své myšlenky a přijetí od okolí nejvíc.“  
(Respondent 8)*

*„Potřebovala jsem, abychom to řešili společně.“ (Respondent 9)*

*„Já jsem se právě potřebovala oddělit. Vůbec to, že jako mám nějaké potřeby, to pro mě bylo v té době science-fiction.“ (Respondent 10)*

## 2.3 Proces vyhledání pomoci

Třetí tematický okruh představuje proces rozhodování respondentů o různých možnostech pomoci pro sebe samotné. Zároveň nám tato kapitola přináší odpověď na první výzkumnou otázku, která se zabývá motivací respondentů k vyhledání svépomocné skupiny a zisku kontaktu na ni.

### 2.3.1 Zásadní okamžik uvědomění si nutnosti změny

Samotné myšlenky nutnosti změny často u respondentů předcházely nějaký **zásadní okamžik** ve vztahu respondent ↔ závislá osoba či se jednalo o **kumulaci negativních emocí**, které byly po psychické stránce pro respondenty již nezvladatelnými.

*„Manžel začal být brutálně arogantně násilnický. Stala se taková událost v noci, kdy přišel a chtěl mě zabít.“ (Respondent 2)*

*„Jednou jsem šla na nákup a tam jsou stánky, kde hodně popíjejí. Tak tam nějak popíjela (matka), byla dost hlučná a mě z toho nebylo dobře, tak jsem šla domů, jsem se i rozbředla. Jelikož jsem věděla, že to její chování pod vlivem alkoholu ve mně vzbuzuje velké emoce a necítím se úplně v pořádku s tím, tak jsem si říkala, že to nemám dořešený.“  
(Respondent 5)*

*„Měli jsme s přítelem takovou náročnější roztržku a v tu chvíli jsem poznala, že potřebuji nějakou podporu pro sebe.“ (Respondent 7)*

*„Stala se taková věc, že já bych v životě na ženu nešáhl. Ona udělala takovou „podrazovku“, kdy já jsem ji chytl za krk, uvědomil jsem si to, nechal jsem ji, ale na krku modřiny a já jsem říkal, tak toto dál už nejde.“ (Respondent 11)*

### 2.3.2 Návštěva jiných služeb před Al-Anon

Respondenti před vyhledáním setkání Al-Anon zmiňovali, že před touto pomocí vyzkoušeli i jiné služby či formy pomoci za účelem zisku pomoci z jejich negativní a bezvýchodné situace. Nejčastěji se jednalo o **psychologa, psychiatra, organizace a jiné služby zabývající se osobami blízkými**, kteří také mohou být zasaženi závislostí, a i o jiné **alternativní způsoby pomoci**. Často volili i jiné **svěpomocné skupiny**. Nicméně i přesto tuto pomoc vnímají za **neúspěšnou**. Výjimku tvoří respondenti 6, 8, 9 (nyní pauza v docházení) a 12, kteří v současné době navštěvují, jak profesionální službu, tak setkání Al-Anon. V případě, kdy je respondent sám abstinující (Respondent 9 a 12) se jednalo o docházení na Anonymní Alkoholiky.

„Jsem zkusila spoustu od individuální terapie, všechny možný rituály, šamani, guruové, holotropní dýchání, další terapeuti všech možných druhů a typů, výcviky jsem začala dělat (gestalt terapie a cesta Brandon Bays).“ (Respondent 1)

„Já jsem chodila do CoDA, DDA a pak ten Al-Anon.“ (Respondent 3)

„Než jsem šla na ten Al-Anon, tak já jsem ještě byla v DDA. Já si teď jako vzpomínám, že jednou jsem šla k terapeutovi do Drop-In, protože to mi doporučovala, moje tchýně, protože o tom nic nevěděla o těch drogách. Tak jako ten byl moc milý.“ (Respondent 5)

„Jako psychologa jsem měla a nějak mi to extra nepomohlo.“ (Respondent 6)

Výjimku tvoří respondenti (Respondent 4, 10 a 11), kteří žádné jiné služby před svépomocnou skupinou Al-Anon **nehledali**, protože o žádných jiných službách či jiných způsobech pomoci **nevěděli**. Důvod lze zaznamenat i v **nedůvěře vůči profesionálům**.

„Nevěděl jsem o tom, že by byla nějaká profesionální léčba.“ (Respondent 11)

„Mě vůbec nenapadla psychoterapie. To byl jediný důvod.“ (Respondent 4)

„Tam nebyla z mé strany nějaká důvěra, a proto jsem ani nad tím nepřemýšlela.“ (Respondent 10)

### 2.3.3 Zisk kontaktu na Al-Anon

Respondenti nejčastěji získávali kontakt na svépomocnou skupinu Al-Anon skrze své **přátelé, rodinné příslušníky**, kteří buď o skupině věděli, či měli vlastní zkušenost se setkáním.

„Mě o tom informovala moje sestra, že bych měla chodit, když už sama začala s tím programem.“ (Respondent 3)

„Bývalý přítel mě navedl na Al-Anon, že je to program pro lidi, kteří mají ve svém okolí někoho, kdo je závislý.“ (Respondent 5)

„Já jsem potkala jednoho kamaráda, tak mi řekl, že existují skupiny Al-Anon, a že by to určitě bylo pro mě nápomocné.“ (Respondent 10)

Kontakt získali i skrze hledání pomoci pro klíčovou osobu, nejčastěji **Anonymní Alkoholici**. Pár respondentů popisovalo zisk kontaktu díky hledání **na internetu** či na základě doporučení **od odborníka**.

„Přes brněnského psychologa. Jsem se s ním o tom bavila a on mi doporučil Al-Anon.“ (Respondent 7)

„Potom nějakým způsobem jsem hledal na internetu a tam jsem narazil na Anonymní Alkoholiky, a až díky tomu jsem se vlastně dostal do toho Al-Anonu.“ (Respondent 11)

#### 2.3.4 Očekávání

Ačkoliv respondenti získali povědomí o existenci setkání Al-Anon, které by pro ně vzhledem k jejich problémům bylo nápomocné, **málokdo měl** od setkání nějaká určitá očekávání či si **dopředu zjišťoval** nějaké **informace**.

*„Nevěděla jsem vůbec nic o tom, jak to funguje, co se tam děje. Jsem si to ani nezjistila dopředu.“ (Respondent 10)*

*„Já jsem vůbec nevěděl, kam jdu, co od toho můžu čekat. Nevěděl jsem, že je něco pro rodinné příslušníky.“ (Respondent 11)*

Rozdílné očekávání od skupiny lze zaznamenat u manželek (Respondent 2 a 4). Obě sice také neměly žádná očekávání, ale rozdíl je v jejich prožívání **spoluzávislostního chování vs. „zdravého“ chování**.

*„Žádný. Já jsem chtěla, aby mě zachránili, aby nás zachránili, aby ten manžel nepil. Já jsem tam šla kvůli němu, pro něho, za něho.“ (Respondent 2)*

*„Já si myslím, že jsem neměla žádný. Já jsem tam totiž určitě po těch 30 letech nešla s tím, aby on přestal pít, protože to mě přišlo absurdní.“ (Respondent 4)*

U ostatních respondentů byla očekávání více uchopitelná, pozitivně vnímaná a měli jistou představu. Nejčastěji očekávali, že **získají východiska** ze své problematické situace, **pomoc, přijetí a pochopení**.

*„Já jsem tam šla, že se po skupině budu cítit nějak líp, a že mi tam někdo něco řekne, že mi tam někdo pomůže.“ (Respondent 5)*

*„Je to skupina lidí, kde se můžu svěřit, a kteří mě budou chápat, a že tam najdu i jako návody, co jak mám dělat, jak se chovat, jak žít v tom vztahu.“ (Respondent 7)*

*„To očekávání je v tom, že najdu ten nadhled, že se oprostím od toho problému alkoholu a budu se zabývat tou osobností, ať už mojí nebo toho člověka, který je třeba závislý.“ (Respondent 9)*

#### 2.3.5 První zkušenost se setkáním Al-Anon

Ačkoliv z již výše uvedených informací je patrné, že respondenti přicházejí často na setkání vybaveni „těžkým batohem plným problémů“ bez téměř jakéhokoliv očekávání, přesto na prvním absolvovaném setkání Al-Anon zažívají takřka **znovuzrození**. Pociťují ze strany ostatních účastníků nabízenou **otevřenou náruč plnou přijetí, pochopení a zklidnění**. A ačkoliv to pro mnohé respondenty není jednoduché, přesto se tam řada z nich **otevře**, a tím ze svých beder **shodí obrovské břímě**. U respondentů dojde k **emočnímu uvolnění** a téměř vždy mají jasno, že konečně našli to **pravé místo** pro sebe samotné.

*„Tady byli lidé, kteří byli milí. Tady se člověk cítil jako přijímaný nějakým způsobem. Já jsem nevěděla, jak začít nebo o čem mám mluvit, protože toho bylo tolik.“*

*Takže já jsem se snažila o něčem mluvit a nešlo mi to. Bylo to pro mě těžký se jako vyjádřit otevřeně o něčem.“ (Respondent 3)*

*„Samozřejmě jsem začala mluvit o něm, a ne o sobě. Pamatuji si obrovský šok, který jsem tam dostala, kdy každý, kdo tam mluvil byl naprosto schopen detailně mluvit o svých emocích a o svých pocitech, a proč je má, protože já jsem to takhle vůbec v sobě nevnímala. Strašně mi to pomáhalo pochopit v čem jsem se octla. Já jsem tam přišla psychicky na dně. Já jsem plakala, vztek, frustrace, prostě totální zoufalství, a když jsem tam přišla, tak tam byli lidi, kteří o těch samých situacích už mluvili hrozně klidně a já jsem si uvědomila, že mě to defacto zklidňovalo.“ (Respondent 4)*

*„Já jsem tam promluvil a já jsem ten den byl o metrák lehčí, tím že jsem to mohl sdílet s někým, že jsem to prostě mohl povědět. Já jsem odtud vyšel a já jsem byl jak Alenka v říši divů, která nebyla ničeho schopná. A pocítil jsem, že to je ono.“ (Respondent 11)*

Odlišnou první zkušenost mají respondenti (Respondent 9 a 12), kteří měli ve své minulosti **vlastní zkušenost se závislostí** na alkoholu. Ti naopak na setkání Al-Anon zažili **pocity obdivu** žití a schopnosti komunikace se závislým. Zároveň **získali náhled** na svoji dřívější závislost na alkoholu a setkání jim pomohlo **odpustit si**.

*„Moje první zkušenost byla taková, že jsem smekala klobouk dolů a hrozně mě to potěšilo, že ti lidi, kteří trpěli s tím alkoholikem, že jsou tak srovnání, že se dokážou bavit s alkoholiky. Jsem si nedovedla představit, že bych sama nepila a dovedla bych to chápat ty věci.“ (Respondent 9)*

*„Já jsem si tam poprvé odpustil, že jsem alkoholik. Já jsem věděl, že je to nemoc, ale můžu se změnit.“ (Respondent 12)*

### 2.3.6 Návštěva setkání Anonymních Alkoholiků

Mnozí respondenti mají mimo jiné i zkušenosti se setkáním Anonymních Alkoholiků. Ačkoliv u respondentů 9 a 12 je primární motivace jejich **vlastní zkušenost** se závislostí na alkoholu, u ostatních respondentů je motivace odlišná. Primární účel návštěvy je na základě **doporučení** a tato zkušenost jim poskytuje **větší pochopení** závislosti, i **chování a náladovosti** závislého.

*„Já tam chodím, abych porozuměla těm blízkým alkoholikům.“ (Respondent 1)*

*„Já jsem opravdu do hloubky pochopila, jak obrovský peklo ty poslední léta on ve své hlavě musel mít. To utrpení. Mě to dalo obrovskou možnost odpustit.“ (Respondent 4)*

*„Najednou jsem viděla, kdo všechno může být alkoholik, že je to úplně jedno, jestli jste mladá, stará, vzdělaná, nevzdělaná a cokoliv bych si vzpomněla.“ (Respondent 10)*

## 2.4 Al-Anon

Čtvrtý tematický okruh se zabývá charakteristikou svépomocné skupiny Al-Anon z pohledu respondentů. Tato kapitola nám umožňuje zodpovědět výzkumné otázky č.2, 3 a 4 viz. blíže níže. Zároveň umožňuje naplnit druhý a třetí výzkumný cíl, který se zabývá

zmapováním podoby a průběhu setkání svépomocné skupiny, a ještě blíže charakterizovat účastníky, kteří tato setkání navštěvují (viz také Popis výzkumného souboru). Třetím cílem je zmapování míry spokojenosti účastníků s podobou a průběhem setkání svépomocné skupiny

#### 2.4.1 Délka a frekvence docházení

Jak shrnuje Tabulka 7 délka docházení je u respondentů **různá**, ale až na malé výjimky se jedná o **dlouholeté členy**. Frekvence jejich docházení se také liší. U rozdílu docházení nyní a dříve můžeme nalézt důvod v podobě už ne tak **negativně vnímaného vztahu** respondent ↔ klíčová osoba. Změna docházení je patrná u respondenta 2, 3, 4, 5, 7 a 12. Paralelu ve změně frekvence docházení lze spatřovat v **aktuálním nesoužití** s klíčovou osobou z důvodu **úmrtí** dané osoby (Respondent 4), **rozchodu** (Respondent 5 a 12) a v **nesdílení** společné **domácnosti** (Respondent 5) ve vztahu pijící rodič ↔ respondent. Ačkoliv respondenti 2 a 3 sdílí společnou domácnost s klíčovou osobou, již je daná problematika tolik **nezasahuje** a snaží se soustředit i na svůj soukromý život a práci. Stejného názoru je i respondent 5. U respondenta 7 je situace odlišná, že ačkoliv stále žije s klíčovou osobou, nachází se tato osoba ve fázi abstinence, a i využívá substituční program.

Důležité je podotknout, že ne všichni respondenti (viz Popis výzkumného souboru) pocházejí ze stejného kraje či města, tudíž ne vždy je možné docházet na setkání více jak 1x týdně.

Tabulka 7 Délka a frekvence docházení

	Délka docházení	Frekvence docházení
<b>Respondent 1</b>	2 roky 3 měsíce	2x týdně
<b>Respondent 2</b>	1 rok a 3 měsíce	Dříve 2x týdně, nyní méně
<b>Respondent 3</b>	10 let	Dle potřeby
<b>Respondent 4</b>	10 let	Dříve 2x týdně, nyní méně
<b>Respondent 5</b>	2 roky	Dříve 2x týdně, nyní 1x za 14 dní
<b>Respondent 6</b>	7 let	Dříve 1x týdně, nyní online
<b>Respondent 7</b>	4 roky	Dle potřeby
<b>Respondent 8</b>	3 roky a 6 měsíců	1x týdně
<b>Respondent 9</b>	3 roky	1x týdně
<b>Respondent 10</b>	5 let	1x týdně
<b>Respondent 11</b>	5 let	1x týdně
<b>Respondent 12</b>	11 let	Dříve 2x týdně, nyní méně

Zdroj: Vlastní



#### 2.4.2 Podoba setkání

S podobou setkání nikdo z respondentů problém žádný neměl. Setkání začínají a končí v přesně **daný čas** a zpravidla probíhají **pravidelně** na konkrétním místě. Účast na setkáních je **dobrovolná a bezplatná**, což mnozí respondenti také oceňují a získávají tím určitou svobodu ve svém rozhodování na základě svých možností. **Anonymitu** vnímají jako zásadní a pomocnou „ingredienci“ setkání, která vytváří **bezpečné prostředí**.

*„Jednak je zadarmo a jednak tam vždycky někdo bude. Čas, kdyby nám přestal vyhovovat, asi bychom se domluvili na jiném.“ (Respondent 4)*

*„Nikdo tam není vázaný...chceš přijít, přijdi, nechce se ti, nechod'. Je to opravdu i zadarmo. Třeba poplatek 20 korun nájem za osobu, tam kam chodíme, ale tím, že máme tu sedmou tradici, tak kdo má a chce dát, tak dá, kdo nechce, tak nedá.“ (Respondent 11)*

*„Anonymita mi vyhovuje. Já naštěstí nemám problém v tom, že bych to musela skrývat, ale vnímám, že je to důležitý pro spoustu lidí.“ (Respondent 7)*

Využívání **programu 12-ti kroků** je pro respondenty **proces sebepoznání**, který využívají i ve svém osobním životě (viz v dalších odstavcích). I uplatňování 12-ti tradic a 12-ti konceptů jsou důležitými prvky pro samotný chod skupiny. Ačkoliv **spiritualitu** vnímají respondenti pozitivně, přesto upozorňují, že pro mnohé nově příchozí to může být **„kamenem úrazu“**.

*„Je to spirituální program. Takže to je probouzení. Hluboká spirituální cesta, kde ty nástroje programu pomáhají člověku se vrátit zpátky ke spojení k tomu jedinečnému spojení s Vyšší silou, Bohem nebo spirit. Každý pro to má svoje jméno. Na té osobní úrovni jsou ty kroky pro to osobní uzdravení, tradice jsou pro vztahy s lidmi a pro práci se skupinou. Pak je ještě 12 konceptů a ty jsou jako pro práci ve službách. V tady těch společenství 12-ti krokových.“ (Respondent 1)*

*„Někteří, kdo jsou nevěřící, mají s tím trochu problém, ale tam to není o víře, tam je to o nějakém tom spojení. Tam si může člověk představit cokoliv pod tím spojením.“ (Respondent 2)*

*„Tak já jsem věřící byla, když jsem tam přišla. Já to nepokládám za filozofii, ale za duchovní uzdravení.“ (Respondent 6)*

V uplatňování 12-ti kroků či další pomoci v rámci setkání Al-Anon mohou členové využít **sponzoringu**. Čili člověka v roli sponzora, který je kroky a jejich vlastním sebepoznáním a „úzdavou“ bude provázet, a kdo jim poskytuje podporu a pomoc v případě nouze. Sponzorství až na výjimky (Respondent 4, 7, 9 a 12) využívají všichni respondenti. Nejčastěji se se svým sponzorem **setkávají osobně** či využívají **telefonické spojení**. Zároveň je některými respondenty zmiňováno, že ačkoliv kroky dělají, přesto pro ně zůstává velmi **důležité** i samotné **sdílení** vlastních zkušeností a **naslouchání** ostatním členům v průběhu setkání. V případě neaktivity ze strany sponzora lze požádat o pomoc či podporu i jiného člena skupiny.

„Ta sponzorka je strašně hodná, ale na druhou stranu jsou tam lidi, na který já mám telefon, a když je nějaký průser, tak zavolám a okamžitě se mi věnují.“ (Respondent 2)

„Dlouhou dobu jsem čekala a potom právě jedna slečna se přestěhovala a tu jsem oslovila. A od té doby je pořád můj sponzor, sházíme se a pracujeme na tom programu hlouběji.“ (Respondent 10)

„Pro mě je zásadní hlavně to sdílení, co komu pomáhalo v té dané situaci.“ (Respondent 5)

„Ano byl jsem otevřený, ale najít si někoho bylo i problém, protože těch mužů je málo v Al-Anonu. A já jsem neměl koho oslovit. Sponzor by měl být stejného pohlaví a až po třech letech jsem si našel sponzora.“ (Respondent 11)

Nejčastější udávané důvody respondentů v **nevyhledání** sponzora byla snaha **vyhnout se minulosti** v případě úmrtí klíčové osoby, **nesplňování osobnostních předpokladů** sponzora (zkušenosti, sympatie, pohlaví apod.) či **nepracování na 12-ti krokovém programu**.

„Já sponzora nemám, protože já jsem chodila asi rok do toho Al-Anonu a ten můj muž zemřel. A rozhodně bych neunesla pohled na sebe v té době, jak jsem byla vnitřně rozbitá. Já jsem ty kroky nedělala takhle se sponzorem.“ (Respondent 4)

„Nějak jsem úplně nenarazila na člověka, u kterého bych měla pocit, že do toho jdu a cítila tam takový ten klid.“ (Respondent 7)

„V Al-Anon jsem sponzora neměl, a to z toho důvodu, že v podstatě ani tehdy nebyli zkušení lidi s kroky.“ (Respondent 12)

Setkání mají přesně **danou strukturu**, ke které respondenti mají pozitivní postoj. U struktury je důležité **držet hranice**, tzn. **nedávat rady** konkrétním členům, **neskákat druhému do řeči**, **pustit ke slovu i ostatní**, **nereagovat na sebe** apod. Takto nastavené hranice snižují riziko zisku nevyžádaných rad či konfrontací a také vytváří **bezpečnější prostředí** pro sdílení.

„Je tam ošetřená spousta detailů, které vytváří ten kontejner...nádobu pro to, aby tam člověk opravdu mohl začít pracovat s tím programem tak, aby přinášel hluboké uzdravení.“ (Respondent 1)

„Vyhovuje mi to, že můžu říct to, co potřebuji a nikdo mi neradí. Nikdo mi do toho nezasahuje. A i když mám spoustu otázek, tak ty odpovědi si najdu v těch výpovědích ostatních.“ (Respondent 10)

Pro udržování struktury jsou důležité **funkce členů** na setkání. Jako je **pokladník**, **sekretář** a **člen obstarávající občerstvení**. Tyto funkce se mezi členy po čase mění.



*„Někdo dělá sekretáře toho setkání, někdo dělá toho pokladníka, někdo se zase stará o nákup, abychom tam měli něco na stole, když přijde někdo nový a tak, abychom ho mohli pohostit.“ (Respondent 11)*

*„Nikdo tam není ten vedoucí, to se mě teda taky strašně líbí, že vedoucí se střídají. K nikomu se nevzhlíží.“ (Respondent 6)*

Nedílnou součástí skupiny a rozšiřující možností pomoci jsou i **celorepubliková setkání**, která mohou probíhat buďto **samostatně** či jako **součást** spojených setkání **Anonymních Alkoholiků a Al-Anon**.

*„Ta setkání, která jsou celorepubliková, jsou dvakrát ročně. Taková ta hlavní plus nějaký mimo. Celorepublikové setkání je prakticky setkání na 3 dny. První den je nějaké to setkání pak večer je uvítání. Takový hodinový bloky a mezi tím jsou samozřejmě volna a obědy a procházky a zase blok a zase takhle a je to nahuštěny. Je toho strašně moc a jsou tam lidi z celých republiky.“ (Respondent 2)*

Podoba setkání se také může lehce lišit na základě probíhajících různých **státních opatření** v rámci COVID-19. Aby členové neztratili spojení s pomocí, která jim pomáhá v jejich „uzdravování“, je skupina Al-Anon schopná rychle reagovat a uskutečňuje **setkání online**. To účastníkům umožňuje **šetřit čas**, který by ztratili dojížděním a zároveň získávají **širokou škálu možností setkání** v průběhu celého týdne. Nápomocné mnohým členům mohou být různá **členství** v rámci pro ně určených skupin na **sociálních sítích** Facebook apod.

*„Když člověk nemůže, tak je i možnost po síti. Na Facebooku.“ (Respondent 2)*

*„Vyhovuje mi Corona systém, že jsou online setkání, protože tím pádem mám větší výběr v rámci týdne a opravdu s tím setkáním ztrácím tu hodinu, co trvá, a ne cestováním tam a zpátky, že se včas dostanu na setkání.“ (Respondent 7)*

#### 2.4.3 Uplatňování 12-ti kroků

Nynější odstavec a odstavec následující umožňuje získat odpovědi na třetí výzkumnou otázku, která se zabývá tím, jak respondenty ovlivňuje program 12-ti kroků v jejich běžném životě. Jak jsem již zmínila výše, program 12-ti kroků je pro mnohé respondenty **procesem sebepoznání**, ale vše nezávisí pouze na něm. Mnozí respondenti popisují, jak jim ve vlastních těžkostech každodenního života pomáhá i **literatura Al-Anon, slogany** či **Modlitba o poklid ducha**. Vnímaná spiritualita je „klíčem k uzdravení“.

*„To je kurz sebe přežití.“ (Respondent 2)*

*„Je to pomalý proces postupného uvědomování si různých věcí krok za krokem.“ (Respondent 11)*

Veškeré tyto věci jim pomáhají uskutečňovat **změny sebe sama, svého přístupu** ke klíčové osobě, a tím pádem se mnohdy uskutečňují **změny i v samotném chování** klíčové osoby. Díky programu, literatuře a sdílení procházejí respondenti „**úzdavou**“ a

nalézají tak **klíč k řešení** z jejich problematické situace. Níže vybrané praktické ukázky uplatňování v životech respondentů.

*„Já jsem se naučila, že nemá cenu se s manželem hádat. Já přijdu domu, a když vidím, že je zle, tak jdu k sobě do pokoje. Tam si dělám svoje a já jsem zjistila, že to funguje, že ten manžel se uklidní, ne že se uklidní, on znejistí, on neví, co se děje, že neštěkám. On tam přijde, zaklepe a můžu dál, a já říkám můžeš, co dělám, já říkám, no tady něco, ale s láskou, a on je z toho úplně rozhozený. Žádná hádka není, nic se nekoná. Jako fakt to pomáhá.“ (Respondent 2)*

*„Mě vždycky nejvíc v hlavě uvízne ta Modlitba poklidu. To jsem dělala třeba, když ten partner nepřišel domů a měl přijít, tak jsem si tuhle tu modlitbu říkala před spaním, když jsem usínala. Nevěděla jsem, kde je, protože byl nedostupný. Pak jsem si vždycky připomínala, že tím, že já se tady budu rozčilovat a nebude mi z toho dobře, tak to nezmění nic na tom, že tady není. Takže můžu jenom zachovat klid. Tohle to mi celkově pomohlo, a za to jsem fakt vděčná, protože si to díky Al-Anonu uvědomuji.“ (Respondent 5)*

*„Já mám pocit, že je to takové loupání cibule, že vždycky dáme jednu vrstvu, zase druhou vrstvu a program mi pomáhá v tom, že jdu k další a k další vrstvě a je to fajn.“ (Respondent 8)*

*„Změní se ty vztahy a já si uvědomuji, že já jsem musel v první řadě změnit vztah sám se sebou, sám k sobě. Až teprve potom se mi mohlo dařit začít měnit vztahy s mým okolím.“ (Respondent 11)*

#### 2.4.4 Průběh setkání

Nyní se dostávám k zodpovězení druhé výzkumné otázky, která se zabývá charakteristikou průběhu setkání a jeho soulad s 12-ti tradicemi. Průběh setkání probíhá vždy stejným způsobem a jelikož se jedná o stejnou skupinu, pouze na odlišném místě v České republice, nejsou v odpovědích respondentů značné odlišnosti. Zároveň se všichni respondenti shodli na tom, že setkání **probíhají v souladu s 12-ti tradicemi**. Na základě výpovědí od respondentů se pokusím o popis průběhu setkání. Dalo by se říct, že setkání má **3 části**, tj. **část zahajovací/uvítací, část sdílení a část závěrečná**. Zahajovací/uvítací část spočívá v **časném příchodu, přípravě místnosti a občerstvení, uvítání** nově příchozích, **představení** se navzájem, **přečtení** úvodního slova a tématu. Hlavní roli, zde hraje jedinec obstarávající občerstvení a dále i sekretář, který setkání uvede, přečte úvodní slovo, uvede téma a až do konce setkání všechny účastníky provází a setkání též i ukončuje.

*„Když je slušný sekretář, tak je tam podstatně dlouho před začátkem tzn., že už měl čas promluvit si s tím novým, říct mu teda o co jde, o co nejde.“ (Respondent 12)*

*„Nejprve je takové přivítání těch členů, představíme se, samozřejmě v anonymitě, povíme svoje jméno, a jestli jsme host či zda jsme členem. A potom je taková vstupní předmluva.“ (Respondent 8)*

*„Když přijde někdo nový, tak přečteme uvítání nového člena.“ (Respondent 11)*

*„Pokaždé se čtou kroky i tradice.“ (Respondent 6)*

*„Téma je, že přečteme denní zamyšlení, nebo máme tu hlavní knihu, jak Al-Anon pomáhá rodinám alkoholiků a z toho se přečte nějaká stránka.“ (Respondent 4)*

*„A pak už je čas, který je otevřený pro sdílení jednotlivých účastníků toho meetingu a ideálně na záležitosti vztahující se k tomu danému tématu, ale může to být cokoli, co má člověk na srdci.“ (Respondent 7)*

Po první části nastupuje část druhá a to **sdílení**. Tato část by se dala popsat jako „gró“ celého setkání. V této části jednotliví členové **sdílí své zkušenosti, radosti a bolesti** svého života a zároveň mohou **naslouchat ostatním** a brát si z jejich vyprávění i možný příklad. Jak již bylo řečeno, je **důležité dodržovat pravidla**, tedy neskákat nikomu do řeči, neradit a nereagovat na ostatní. Odlišnost může být při příchodu nového člena, kdy se ostatní členové snaží vcítit do jeho situace a vzpomenout si, jak i oni jednou přišli na setkání poprvé.

*„To je ta nejdůležitější část toho meetingu to sdílení svých zkušeností a předávání si tím ty svoje zážitky tomu druhému a ten si v tom vždycky něco najde. Nikdo nikomu neradí, ale posdílí svůj příběh a jednak to ze sebe dostanete a jednak můžete tím, co se vám stalo třeba navést toho druhého k tomu, co má podobný problém. On zjistí, že na to není sám atd.“ (Respondent 9)*

*„Kdo chce, tak sdílí, kdo nechce, nemusí, může člověk klidně i jen poslouchat.“ (Respondent 10)*

*„Solidní sekretář řekne, a pak se to taky dodržuje, aby lidi, ne aby hovořili, časově úměrně něčemu, ale třeba aby řekl, do těch 5 minut a pak to taky dodržoval. Speciálně, když přijde někdo nový, tak není vůbec od věci vděčně si vzpomenout, jak jsem přišel rozbitý do Al-Anonu.“ (Respondent 12)*

*„Nikdo nemůže během meetingu vstupovat do monologu člověka. Se to nemůže zvrhnout v nějakou hádku a konfrontaci.“ (Respondent 5)*

Třetí a poslední částí je část **závěrečná**, kde dochází k ukončení celého setkání. Kdo chce může **příspěť finančním příspěvkem**, kdo nechce nemusí. Na úplný závěr se všichni účastníci chytou za ruce a společně přednesou **Modlitbu o poklid**, znovu též na bázi dobrovolnosti. Součástí může být i posléze **neformální posezení** v restauraci či kavárně.

*„Na konci je tam nějaké závěrečné slovo a rozloučení slovy modlitby Al-Anon, což je takový návod na život Bože dej mi klid přijmout to, co změnit nemohu, odvahu změnit to, co změnit mohu a moudrost jedno od druhého rozpoznat a s tím se rozloučíme.“ (Respondent 7)*

*„Když se to ukončí po té hodině, tak se mi líbí to, že se tam, samozřejmě, kdo chce, tak se tam chytáme za ty ruce a říkáme tu Modlitbu o poklid. Minimálně stejně jako ten meeting pomáhá, že si pak jdeme sednout do restaurace na kafe, kde se to jako může probrat s těmi lidmi, a to si myslím, že hodně utužuje ty vztahy tam.“ (Respondent 5)*

#### 2.4.5 Motivace k návštěvnosti

Mezi důvody respondentů, proč stále na setkání docházejí a co je tedy jejich hlavní motivací, lze z velké části zařadit **stálé řešení problematických situací**, které respondenty ovlivňuje a potřebují tedy i nadále **podporu a pomoc** skrze setkání. Velkou motivací je také potřeba **sdílení svých zkušeností** a **naslouchání druhým** v průběhu setkání, které jim umožňuje se od druhých učit. Některé respondenty motivuje i **sledování změn u ostatních**, **změna vlastního vnímání** vnějšího světa a již tolikrát zmíněné **sebepoznávání**.

*„Protože pořád jsem s tím alkoholikem. Pořád řešíme ty situace.“ (Respondent 2)*

*„Protože mám teda závislou mámu a jsou pořád věci, které mě nenechávají úplně v klidu. Mě pomáhá chodit na ten Al-Anon a zvědomovat si to, že každý má tu volbu, že to je nemoc a tyhle ty informace, co mám. Myslím si, že kdybych tam nechodila, tak velmi snadno bych sklouzla do toho myšlení té zloby vůči těm závislostem.“ (Respondent 5)*

*„Mě přijde, že když to řeknu nahlas, nasdílím, že si to kolikrát ujasním. To, co říkají ostatní lidé je zajímavé poslouchat, že mi to jako někdy doplní tu skládačku.“ (Respondent 7)*

*„Když takhle si povídám s někým, kdo je závislí nebo spoluzávislí, tak to je takový prožívání od srdce k srdci. Nás je tam ta slezina a vidím na někom, který právě s úlevou řekne, že toto je snad dva měsíce a dneska už je to lepší. A že to není lepší tím, že někdo přestal pít nebo umřel, ale že jsem sám sebe vystavil pomoci Al-Anon a třeba i terapeutů. A že jsem najednou svobodnější. Já jsem toho součástí. To je nutkání tam chodit.“ (Respondent 12)*

Pro mnohé respondenty je motivace i **podpora nově příchozích** a **předávání jim svých zkušeností**. V malé míře byly respondenty udávány důvody typu, **nalezení klidu** a díky své přítomnosti na setkání být **blíže ke spirituální složce** setkání. Jelikož mnozí respondenti docházejí na setkání již velkou řadu let, není proto žádným překvapením, že pro většinu z nich je právě **vybudované pevné přátelství** s ostatními členy jejich další motivací.

*„Pro mě je to i takový duchovní vývoj, co jsem prodělala. Tomu světu i něco vrátit. Beru to jako i nějakou dobročinnost ze své strany. Chodit do té skupiny a pomáhat to udržet a předat svoji zkušenost. Navíc tam mám spoustu přátel. Pro mě je to opravdu širší rodina.“ (Respondent 4)*

*„To, že můžu dávat zpátky, protože když jsem přišla já, tak tam byli lidé, kteří tam byli pro mě a teď zase tam můžu být já pro někoho. Našla jsme si tam samozřejmě spoustu přátel.“ (Respondent 10)*

„Jsem klidnější a klidnější s tím Al-nonem pomáhá mi to. Tam panuje přátelství a spíš ta náruč tepla. To, že já ti rozumím.“ (Respondent 2)

#### 2.4.6 Pozitiva a negativa

Přesto, že na respondenty vnímaná pozitiva svépomocné skupiny byla samostatná otázka, většina z nich již výše byla zmíněna. Z tohoto důvodu nevnímám za důležité vypisovat přesné výroky respondentů. Níže raději přehledná Tabulka 8 se subjektivně vnímanými pozitivy jednotlivých respondentů. Z tabulky je patrné, že pro většinu respondentů je velké pozitivum **ve vlastní zkušenosti** ostatních členů se stejným či podobným problémem. Dále se jedná i o **možnost pomoci 24 hodin denně** v případě zažívající krizové situace. Pro mnohé respondenty jsou pozitivní stránky v **uvědomování si** svých **spoluzávislostních vzorců chování**, postupné **sebepoznávání** se a **učení se**, skrze **sdílení** a **naslouchání** ostatním. Pozitivní stránky podoby setkání respondenti spatřují v **nepřítomnosti autority**, **rovnocennosti** všech členů, **nereagování** na sebe a **nedávání rad**, **bezplatnosti** a **pravidelnosti** setkání. Zároveň se jedná o velmi **bezpečný prostor**, kde se respondenti se svými mnohdy bolestnými zkušenostmi pomalu otevírají, a tím se učí i komunikaci.

Tabulka 8 Pozitiva svépomocné skupiny Al-Anon

Pozitivum	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6	Respondent 7	Respondent 8	Respondent 9	Respondent 10	Respondent 11	Respondent 12
Žádná autorita	X	X	X									
Rovnocennost členů	X	X	X					X				X
Spiritualita	X					X		X			X	
Využívání Al-Anon v zahraničí										X	X	
Sdílení	X				X		X				X	X
Nereagování a nedávání rad	X	X		X			X				X	X
Přátelství		X		X						X	X	
Vlastní zkušenost		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Nonstop pomoc		X		X	X			X	X		X	X
Sponzoring		X						X				
Bezpečí			X	X		X	X					

<b>Bezplatnost</b>				X			X		X			
<b>Pravidelnost</b>				X					X			
<b>Online formát</b>							X				X	
<b>Sebepoznávání</b>		X		X	X							
<b>Uvědomování si spoluzávisl. chování</b>		X			X	X		X				X
<b>Učení otevřenosti/komunikace</b>				X	X	X				X		
<b>Změna přístupu ke klíčové osobě</b>		X		X	X							
<b>Volnost v docházení</b>							X					X
<b>Učení se vypořádat s negat. zkušeností</b>				X					X	X	X	X

*Zdroj: Vlastní*

Ačkoliv respondenti uvedli nepřehledné množství kladných stránek svépomocné skupiny, právě záporné stránky byly pro ně „oříškem“. Většina respondentů na **žádná negativa** zatím nenarazila či nenaráží. Ve většině případů se jedná jen o malé výtky, které mnohdy s podobou setkání ani nesouvisí. Jedná se především o negativa v rámci možných **konfliktů při mezilidské komunikaci**, **malé dostupnosti** Al-Anon v České republice, **nemožnost vytvořit reklamu** či **obtíže s administrativou a právními věcmi**. Zároveň respondenti (Respondent 6 a 8), kteří jsou věřící vnímají subjektivní negativum v podobě **nízkého hovoření o Bohu**.

*„To není negativum principu, ale konkrétní skupiny. Třeba tam je člověk, který mluví moc dlouho a nedává prostor ostatním nebo mluví jako třikrát a taky nedává prostor.“ (Respondent 4)*

*„Tím, že jsem věřící člověk, tak by se mi tam více líbilo, kdyby to bylo více zaměřené na Boha a na tu moji spiritualitu, ale v tu ránu bych zamezovala přístup těm lidem, kteří nemají takovou spiritualitu jako mám já. Je to jako negativum moje osobní. Někdy tam jsou taky tahanice na osobní úrovni. To je tak, když je více lidí v nějaké jedné skupině, tak vždycky se tam najdou třetí plochy.“ (Respondent 8)*

*„Tím, jak je to celosvětové, tak teď my se třeba potýkáme s tím, že když se chcete zařadit do té celosvětové skupiny, tak musíme mít nějakou právní subjektivitu v Česku a bankovní účet, aby se s námi vůbec někdo bavil. Tím pádem to negativum v Al-Anonu*

*vidím, že ty tradice, který jsou ve spoustě věcí velmi přínosné, tak mi přijde, že to Američani místy trochu přehání, a že to brzdí ten rozvoj v Česku.“ (Respondent 7)*

*„Není taková síť Al-Anon. Reklamu my dělat nemůžeme. Víc natáhnout ruku bych viděla, že by bylo potřeba.“ (Respondent 9)*

#### 2.4.7 Nápady na zlepšení a spokojenost

Jelikož je nyní již jasné, že pozitiva převažují nad negativy, není žádným překvapením, že jsou respondenti **spokojeni** se svépomocnou skupinou.

*„Já ano, protože jsme lidi a jde o to, že je to svépomocná skupina, tudíž by to nemělo fungovat tak, že je to jako směr k dokonalosti. Tady jde o to, že má fungovat, aby se člověk mohl vůbec uvolnit, tudíž není to o tom, v jakých parametrech by to mělo být a nebyť. Já jsem osobně spokojená.“ (Respondent 3)*

*„Za mě určitě bych dala jedna s hvězdičkou.“ (Respondent 5)*

*„Moc se mi to líbí a je to krásný a je to funkční.“ (Respondent 12)*

Nyní je správný čas se poohlédnout k zodpovězení čtvrté výzkumné otázky, která se zabývá spokojeností účastníků se svépomocnou skupinou Al-Anon z hlediska koncepce, obsahu, struktury a realizace setkávání a zároveň i na zodpovězení výzkumného třetího cíle zabývající se evaluací spokojenosti. Z výše zmíněného je patrné, že respondenti jsou **spokojeni**, jak se strukturou, tak i samotným průběhem setkání. Nešetřili vychvalováním a je i patrné, že i subjektivně vnímaná **pozitiva převažují nad negativy**. Díky přítomnosti na setkání jsou **uspokojovány** jejich dlouho **neuspokojené potřeby**. Jedná se o **pocity bezpečí, získání sebedůvěry, přijetí** od okolí, které má stejnou či podobnou zkušenost. Na vnímání pozitivního přijetí může mít vliv samotná struktura průběhu setkání, kdy jedinci na sebe nereagují a nedávají si rady, tím pádem jsou oproštěni od získávání nevyžádaných rad, které by mnohdy nebyli ani schopni uskutečnit, typu „vyhod’ ho/ji apod“. Zároveň jim daná struktura umožňuje **bezpečné sdílení, postupné otevírání negativních zkušeností** a jejich **zpracovávání**. Respondenti se v průběhu docházení mění. Jsou schopni si **zvědomovat** své spoluzávislostní chování a **pracovat na změně** ke „zdravému“. Mnohdy jim v tomto směru pomáhá právě spirituální program, tedy **program 12-ti kroků, modlitba, literatura**, ale i samotné **sdílení a naslouchání** ostatním. Vše uplatňují ve svých každodenních těžkostech a nápomocný je i jimi vybraný sponzor. K dalšímu indikátoru spokojenosti lze zařadit i samotnou délku a frekvenci docházení, kdy je patrné, že řada z nich na setkání **dochází již řadu let**.

Nicméně i tak respondenty až na výjimky (Respondent 8, 11 a 12) napadají **možná zlepšení**. Jedná se především o snahu **více informovat širokou veřejnost** o skupině a změnit tím i její mnohdy negativní vnímání. Dále přání, aby chodilo na setkání **více lidí, větší možnost překladu a tisku literatury**. V rámci setkání **prostředí bez rušivých elementů**, které zasahují do atmosféry setkání.

*„Já osobně za sebe bych zlepšila víc reklamu toho Al-Anonu.“ (Respondent 4)*



*„Co tam je jako nedomyšlený tým, že je nás míň oproti třeba skupině AA, tak je těžší řešit potom ty sekretáře. Bylo by pro nás lepší, kdyby tam byl větší výběr lidí, aby se to stále netočilo třeba kolem 5 lidí.“ (Respondent 5)*

*„Je spoustu věcí, které by potřebovaly posunout třeba nějaký překlady, literatura další.“ (Respondent 10)*

*„Někdo si myslí, že jsme sekta s tím Bohem a tak.“ (Respondent 3)*

*„Úplně není vhodné chodit pozdě na tu skupinu protože, když tam někdo mluví, tak tu skupinu narušujeme.“ (Respondent 5)*

## 2.5 Profesionální služby

Pátý, a tedy poslední tematický okruh se zabývá profesionálními službami. I tento přináší odpovědi na výzkumné otázky 5 a 6, které se zabývají rozdíly mezi respondenty, kteří navštěvují svépomocnou skupinu a respondenty navštěvující, jak svépomocnou skupinu, tak i profesionální péči a také zisk doporučení, které mohou být využity směrem k profesionální péči.

### 2.5.1 Navštěvování i jiných služeb

V současné chvíli pouze 4 respondenti (Respondent 6, 8, 9 a 12) navštěvují, jak svépomocnou skupinu Al-Anon, tak i další profesionální služby. Jedná se o **psychologa**, **psychiatra** a **psychoterapeuta**. Respondent 9 má nyní **pauzu v docházení**, jejíž důvodem je období, kdy nyní odbornou pomoc nepotřebuje. Ačkoliv respondent 11 navštěvuje sice dvě formy pomoci, tedy **Al-Anon a DDA**, jedná se o svépomocné skupiny nikoliv o profesionální služby. Ostatní respondenti navštěvují nyní **pouze setkání Al-Anon**. Nutné je i poznamenat, že ne všichni respondenti mají zkušenost s profesionálními službami (Respondent 4, 10 a 11).

*„K terapeutce ano, protože to je kamarádka. Začala jsem psychologem.“ (Respondent 6)*

*„Já chodím i k psychologovi to pokračuji v takové individuální terapii a chodila jsem k psychiatrovi, ale tam jsme se domluvili, že teď už léky neberu. Bylo období, kdy jsem měla antidepressiva. Takže jsme se domluvili, že když by se to zhoršilo, tak se můžu objednat.“ (Respondent 8)*

*„Je dobré to kombinovat s terapeutem a já si 22 let držím terapie psychiatrický. Docházím na Anonymní Alkoholiky.“ (Respondent 12)*

*„K psychiatrovi jsem chodila hlavně na začátku, když jsem se odstěhovala od manžela, ale teď už tam chodím třeba jednou za čtvrt roku, ale už předpokládám, že už nebudu chodit.“ (Respondent 9)*

### 2.5.2 Důvody nesetrvání či nevybrání profesionální služby

Jak jsem již zmínila ve třetím tematickém okruhu, který se zabýval procesem vyhledáním pomoci, řada respondentů měla zkušenost s profesionálními službami před



vyhledáním Al-Anon. Aktuální odstavec blíže objasňuje, z jakého důvodu si respondenti zvolili svépomocnou skupinu navzdory profesionální péči. Mezi hlavní důvody respondentů lze zařadit vnímanou **nepotřebnost odborníka a terapie**. Dále **neodpovídání** ze strany odborníka, **vstup závislé osoby do léčby**, **zklamání v odbornosti**, volba odborníka za účelem **zisku informací o závislostech** či **nepochopení** nabízené pomoci z důvodu nulového náhledu na své spoluzávislostní chování.

*„Když jsem byla u psycholožky, tak jsme spolu probírali, ona to chápala, ale její otázka byla, co pro vás můžu udělat, a já jsem v tom okamžiku byla v tom stadiu, že jsem říkala, že já tady jsem kvůli manželovi, ne kvůli sobě. A ona řekla, v tom případě já potřebuju pomáhat vám a co vy potřebujete? Já nic nepotřebuju, já potřebuju, aby nechlastal. Tam bylo to nepochopení.“ (Respondent 2)*

*„S tím jsem neměla takovou dobrou zkušenost, v tom smyslu, protože jsem se chtěla objednat k doktorce a ona mi teď právě neodpovídá. Takže já to nechávám právě na tom programu. Tady jde o to, že mě v podstatě odbornost zklamala.“ (Respondent 3)*

*„Protože poměrně rychle na to se rozhodl ten partner, že nastoupí léčbu. Věděla jsem, že je už střízlivý, takže už jsem necítila tu potřebu. Jednou jsem šla k terapeutovi do Drop-In, protože to mi doporučovala, moje tchýně, protože o tom nic nevěděla o těch drogách.“ (Respondent 5)*

### 2.5.3 Nápady na další služby/odborníky

Ačkoliv díky v minulosti bohatým zkušenostem respondentů s profesionálními službami byly jejich nápady značně vyčerpány, i přesto většina respondentů vnímala **psychologa, psychiatra, psychoterapeuta** za nápomocného, kam by se případně mohli dále obrátit pro pomoc. V menší míře byla brána **rodinná terapie, farář** či služby **organizace Podané ruce, Anima-terapie a krizové centrum Riaps** za nápomocné. Zároveň se lze inspirovat i službami, které respondenti navštívili před vyhledáním Al-Anon, a tedy služby **organizace Drop-In** či využití dalších svépomocných skupin jako **CoDA, DDA** či **Anonymní Alkoholici**. Nelze opomenout i alternativní způsoby pomoci typu **meditace, rituály, holotropní dýchání, taneční terapie, jóga** či další **relaxační techniky**.

*„Ta Anima, že to je určený pro lidi, kteří žili s těmi lidmi, s těmi závislými, s těmi alkoholiky. Kdyby mi bylo špatně, tak bych zkusila zajet do toho Riapsu. Víím, že existují třeba dobrá cvičení jógy nebo relaxace a všechny tyhle možný techniky na zklidnění.“ (Respondent 3)*

*„Tak určitě psychiatrie či psycholog.“ (Respondent 9)*

*„Já víím akorát o Podaných rukách. To je o nějaké té závislosti.“ (Respondent 11)*

*„Buďto mít psychologa nebo faráře. Takže rozhodně ideální terapie povídací.“ (Respondent 12)*

#### 2.5.4 Pozitiva a negativa

Jak jsem zmínila výše, ne všichni respondenti mají zkušenost s profesionálními službami. Nicméně i tak mají určité představy o kladných a záporných stránkách profesionální péče. Většina respondentů vnímá pozitiva profesionální péče v **teoretických a praktických** dlouholetých **zkušenostech** odborníků, a tedy i v jejich **profesionalitě**. Dále lze zařadit schopnost **provázanější a hlubší práce** s odborníkem při řešení daného problému a zároveň **umožnění pomoci při hledání** tohoto řešení. Pozitiva lze spatřovat i v možnosti **preskripce léků** z důvodu různých přidružených psychických onemocnění a poskytování **pomoci při psychické zátěži**. U odborníka lze zaznamenat i **větší otevřenost** v daných tématech, o kterých respondenti na setkáních mluvit nemohou a je zde větší pravděpodobnost dodržování **anonymity**.

*„Samozřejmě to člověku pomáhá, rozvíjí, učí.“ (Respondent 1)*

*„Samozřejmě profesionálně budou ty lidi vidět nějaký věci, co by se dalo udělat.“ (Respondent 3)*

*„Za sebou mají nějaké teoretické zázemí, plus ty praktické zkušenosti už z těch předchozích terapií s klienty.“ (Respondent 7)*

*„Když je tam nějaké hluboké podhoubí, tak si myslím, že třeba v té chvíli určitě ten terapeut je velmi nápomocný, protože třeba na té skupině na toto nemusí být prostor. Někaké hluboké trauma nebo nějaké zranění nebo možná nějaké třeba násilí, pokud tam je, tak to určitě. Člověk může pomaličku rozplétat to klubičko nánosů, které tam jsou taky schované. Vždycky se něco odkryje a pod tím je ještě něco hlubšího. Určitě kdyby tam byla nějaká úzkost nebo deprese. A určitě pokud člověk potřebuje léky.“ (Respondent 10)*

Ačkoliv u svépomocné skupiny převažovaly pozitiva nad negativy u profesionální péče je tomu naopak. Zde převažují **negativa nad pozitivy**. Respondenti vnímají záporné stránky v samotné **osobě odborníka**, kdy nejvíce zmiňovali **deficit jeho vlastní zkušenosti** s problematikou, možné **manipulativní chování** a **autoritativní postavení**, ke kterému respondenti vzhlíží, jsou na něm závislí a následně mohou zůstat na pospas svému osudu v případě nemoci či úmrtí odborníka. Mnohdy odborníci nemají **teoretické zkušenosti se závislostmi**, jsou až moc profesionální a **nešetří s preskripční léky**.

*„Já, když jsem prošla různé výcviky a terapie, tam je vždycky ten učitel, tam je vždycky někdo, kdo to ví líp, ke komu já vzhlížím, ke komu odevzdám nějakou svojí moc a autoritu, protože ten to ví líp, ten, od koho se učím.“ (Respondent 1)*

*„No, že vám budou strkat pilule.“ (Respondent 2)*

*„Určitě ty věci, protože je nemají prožité, tak se jim hůře chápou, že jsou svázání různými pravidly, že si myslím, že jsou míň spontánní. Že je z toho cítit ta profesionalita a nalajnování.“ (Respondent 7)*

*„Myslím si, že to fakt musí být odborník, tak jak když budete mít zraněný tělo, a když si zlomíte nohu, tak půjdete za chirurgem, když budete mít něco s mozkiem, tak půjdete na neurologii a nepůjdete na kožní.“ (Respondent 10)*

*„Vím o terapeutech, kteří kážou vodu, pijí víno a natřásají rolničkami a korálky a manipulují. Když onemocní či zemře terapeut, tak co chudáci ty lidi? A to je právě ono. Umře terapeut a najednou mám prázdko, najednou nejsem vedený a jsem opuštěný.“ (Respondent 12)*

Respondenti pocítují negativa v **nedostupnosti profesionální péče** v momentě, kdy ji opravdu nejvíce potřebují. Je to dáno i **dlouhými objednávkami lhůtami**, vcelku **krátkou délkou sezení** a celkovou **zahlceností** a **nedostatkem** profesionálů. Negativa vnímají i ve **finanční zátěži** a v tom, že málokterí odborníci pracují se **spiritualitou**.

*„Je to takový jednou týdně příjď, a teď se tady vybul a odejdi. Je velký rozdíl, když já tam přijdu na jednu hodinu, a co se stalo za ten týden, já nevím, toho se stalo.“ (Respondent 2)*

*„Věděla jsem, že další setkání mám za měsíc a sice jsem mohla zavolat, ale už to bylo takové, že když jsem měla fakt problém dejme tomu, v sobotu večer o 11 o 12, tak to byl problém zavolat psychologovi. Pokud to ten člověk chce a neplatí si toho psychologa sám, tak je problém dostupnost. Může tam jít k tomu psychologovi jednou za měsíc maximálně jednou za 14 dní.“ (Respondent 8)*

*„Ten duchovní program. To si myslím, že v těch odborných, jsou i takový ale, myslím si, že se tomu nevěnují.“ (Respondent 9)*

*„Je nedostatek terapeutů. Je teda opravdu otázka, jaký ten terapeut je, a jak se nechá zdeptat nutností uživit se.“ (Respondent 12)*

Pouze respondent 6 nevidí u profesionálních služeb **žádná negativa** a je toho názoru, že každá sužba má svoji **černou a bílou stránku**.

*„Já myslím, že všechno má svoje trošku, a když se to doplňuje tak, jak když musíte jíst bílkoviny, ale nebudou stačit pouze bílkoviny, musíte jíst i cukry a tuky a vitamíny. Kdybych já měla někomu radit, tak bych mu poradila psychologu a Al-Anon. Obojí bych poradila.“ (Respondent 6)*

#### 2.5.5 Respondenti kombinující obě formy pomoci vs. respondenti navštěvující pouze Al-Anon

Z výše vypsaneho je patrné, že 4 respondenti (Respondent 6, 8, 9 a 12) ze 12 respondentů navštěvuje, jak profesionální službu, tak svépomocnou skupinu Al-Anon. Nicméně, jak jsem již zmínila, respondent 9 uvažuje o ukončení docházení k profesionálům. V případě respondenta 9 a 12 lze rozdíl od ostatních respondentů spatřovat v jejich samotné **zkušenosti se závislostí** na alkoholu. Není proto překvapením, že navštěvují, jak další svépomocnou skupinu (Anonymní Alkoholici), tak i profesionální

péči – psychiatra. Psychiatr obvykle bývá součástí multidisciplinárního týmu v případě léčby závislosti a může předepisovat podpůrné léky v případě udržování abstinence či z důvodu přidruženého duševního onemocnění. Zároveň jsou si podobní v **odlišném náhledu na závislost** na alkoholu. Jelikož mají vlastní zkušenost se závislostí není u nich až tak patrné spoluzávislostní chování a na problematiku **pohlíží se „zdravějším“ náhledem**.

Důvody vyhledání profesionální péče u respondenta 6 a 8 lze připisovat velmi **špatnému duševnímu zdraví**, které pramenilo z **nezdravého rodinného prostředí**. V případě respondenta 6, úmrtí manžela, pijící syn s „pubertálním“ chováním až vše vygradovalo do následného únavového syndromu respondenta. V případě respondenta 8, pijící bývalý manžel, neshody ve vztahu až fyzické a psychické týrání ze strany manžela a obviňování, že jediný, kdo má problém je daný respondent. Na obou případech lze zaznamenat, že si obě respondentky prošly velmi **zátěžovými a stresujícími událostmi**, a to je i možný důvod, proč i nadále setkání Al-Anon kombinují s profesionální péčí. Jsou si celkem podobné ve svých názorech, kdy obě respondentky jsou **silně věřící** a obě by si přály, aby se na setkáních **více mluvilo o Bohu**.

Zároveň u respondenta 6 a 9 jako u jediných ze všech respondentů lze zaznamenat **trojí kombinaci**, kdy měli ve svém dětství pijícího rodiče, ve své dospělosti vztah s pijícím partnerem/manželem, a nakonec se i nyní potýkají s pijícím synem. Tato kombinace, jak svépomoci, tak i profesionála všem výše zmíněným respondentům přináší **bezpečnější místo** při probírání citlivých témat, častěji se **více otevírají**, protože o řadě témat by na skupině hovořit nemohli a zároveň je profesionál **lépe nasměruje, reflektuje** jim jejich situaci a **pomáhá** jim ve zpracovávání obtížných témat či situací.

*„Myslím si, že se s ním dá individuálněji promluvit o věcech, které by se na skupině řešit nedaly. Je tam taky velká anonymita a takové velké bezpečí v tom, co si tam můžete říkat. Je to jeden člověk, na kterého se můžete spolehnout. Hraje to na jistotu, že se můžete otevřít bez nějakého rizika pomluv nebo něčeho.“ (Respondent 6)*

*„Psycholog to dokáže odlišit, že tohle je věc té spoluzávislosti a tohle už se tam nabaluje a potřebujeme na tom zapracovat. Ještě jak mám tu psycholožku, tak zase mi dá, my tomu říkáme, „psychologických keců“, které jsou zase potřebné, které se úplně nepředáváme na té skupině. Ona mi taky neradí, ale rozebereme si tam tuto situaci a jaké mám možnosti, tak mám tohle, tohle, tohle a teď co s tím. Co jsou pro mě plusy, mínusy a takhle to rozebíráme už konkrétně.“ (Respondent 8)*

*„Na meetingu můžu o sobě říct skoro všechno, ale zase to jsou hranice, co říct můžu, a co ne. S těmi therapy potřebuju já osobně povídání.“ (Respondent 12)*

#### 2.5.6 Doporučení

Z celého tohoto tematického okruhu lze popsat určitá doporučení, která respondenti mají směrem k profesionální péči, a tím získat odpověď na šestou výzkumnou otázku a

zároveň i výzkumný cíl. Nelze opomenout respondenty, kteří na počátku hledání pomoci pro sebe samé, nevěděli, kam by se měli obrátit. Zde je tedy patrná nízká informovanost respondentů o možnostech péče pro ně samotné. Na straně profesionální péče je tedy žádoucí **lepší propagace** či **odkazování** blízkých osob k příslušným odborníkům či svépomocným skupin v případě, kdy přijdou spolu se závislým do léčby/terapie apod. Stejně vhodné je odkazování jedinců odborníky k formám péče, které jsou **dostupné 24 hodin denně** jako jsou linky důvěry apod., a tím se vyhnout negativnímu vnímání ve formě nedostupnosti v případě krizové situace.

Jak bylo respondenty často vytýkáno, že ne každý odborník má vlastní zkušenost s danou problematikou, lze tuto „nezkušenost“ zakrýt **empatií, aktivním nasloucháním**, nastolením **důvěrného vztahu** a využitím celého předem určeného času. S finanční nákladovostí lze jen stěží něco udělat, nicméně je žádoucí, aby profesionálové měli ve svém profesním žebříčku **na prvním místě blaho a péči o druhé a až vidinu zisku**. Se zahlceností odborníků také nelze nic udělat, nicméně vhodné je **odesílat** případné zájemce **k jinému méně zahlcenému odborníkovi**, aby se případná žádost o pomoc dostala ke každému a včas. Zde je důležitá sebereflexe každého odborníka, tedy opravdu tento počet klientů zvládnou a jsem schopný s každým pracovat stoprocentně? Zároveň odborník vždycky bude v tak negativně respondenty vnímané roli autority. Přesto je žádoucí zamezit vzniku příjemného pocitu, že je na mě někdo závislý a spíše než radit a přikazovat, **dávat zamýšlivé otázky** nad situací respondenta, aby se ze své **(spolu)závislosti dostal do nezávislosti**. Nadměrná preskripce léků je také velkým tématem, jak bylo zmíněno respondenty u pozitiv a negativ, každý má na toto odlišný názor. Nicméně pro odborníky vyvstává doporučení, **vydávat tam, kde je to opravu nutné, kontrolovat a zamezit** přílišnému **nadměrnému předepisování**, popřípadě zvolit i alternativní formy pomoci jako jsou **relaxační techniky** apod.

## 2.6 Souhrn výsledků

Všichni respondenti účastníci se výzkumu podali velmi ilustrující svědectví, z něhož vyplývají následující závěry.

Ačkoliv v prvopočátcích respondenti na setkání přicházejí kvůli závislé klíčové osobě, posléze se jejich oblast zájmu mění a zaměřují se sami na sebe. Problému závislosti si respondenti nejsou na počátku seznamování u klíčové osoby vědomi, vše nahlédnou až časem.

Problémy respondentů plynoucí se soužitím se závislou klíčovou osobou naplňují znaky a charakteristiky spoluzávislostního chování. Nevyzpytatelné chování a nálada klíčové osoby způsobují žití respondentů v nejistotě a jejich neustálou ostražitost, což následně u nich způsobuje ztrátu sebe sama, svých zájmů a potřeb. Nejčastěji se jedná o potřeby pocitů bezpečí, důvěry a jistoty, pochopení či přijetí od okolí, sociální interakce v partnerském soužití, nepřebírání tak velké odpovědnosti či potřeby sexuální. Nejčastěji jsou oni těmi, kdo se snaží pomoc pro klíčovou osobu vyhledat, nicméně v případě

neúspěchu a recidivy jsou zas a znovu zklamávání. Od svého okolí mnohdy získávají nepotřebné/nesmyslné rady, které nejsou schopni uskutečnit.

Hlavní motivací a uvědomění si potřeby pomoci je zásadní zvrát ve vztahu mezi respondentem a klíčovou osobou či se jedná o kumulaci negativních emocí, které byly po psychické stránce pro respondenty již nezvladatelnými. Ačkoliv prvotní volba pomoci byla profesionální péče, většina respondentů se posléze rozhodla od této pomoci upustit a navštěvovat pouze skupinu Al-Anon. Zisk kontaktu na skupinu je nejčastěji skrze rodinné příslušníky, přátelé, v menší míře pak z internetu, ze setkání Anonymních Alkoholiků či od odborníka. První zkušenost se setkáním je spojena s emočním uvolněním (pláč apod.) respondentů, s příjemnou atmosférou na setkání a s přijetím od ostatních.

Se svépomocnou skupinou, vzhledem k jejímu formátu a průběhu, jsou velice spokojeni. Nejvíce jim vyhovuje anonymita, nemožnost reagování na sebe a dávání rad. Právě tyto ingredience umožňují bezpečné otevírání mnohdy bolestných témat a zkušeností. Možnost sdílení a práce se spiritualitou v rámci 12-ti krokového programu je pro respondenty proces sebepoznávání, který jim umožňuje „úzdavu“. Setkání probíhají dle 12 tradic a skládají se z části zahajovací/uvítací, části sdílení a části ukončovací/závěrečné. Hlavní motivací docházení je pro respondenty stále řešení problematických situací, hledání pomoci a podpory, sledování změn u ostatních, přátelé a sebepoznávání. Program 12-ti kroků, literatura a Modlitba o poklid ducha podporují a pomáhají respondentům v jejich každodenních těžkostech. Ačkoliv pozitiva převažují nad negativy, přesto nosným nápadem na zlepšení je větší propagace skupiny v širší společnosti.

Pouze 4 respondenti kombinují svépomocnou skupinu s profesionální péčí. Psycholog či psychiatr byl respondenty nejčastěji udávaný odborník, na kterého by se mohli obrátit. V menší míře pak rodinná terapie, farář či služby organizace Podané ruce, Drop-In, Anima-terapie a krizové centrum Riaps. Nelze opomenout ani další svépomocné skupiny jako DDA, CoDA apod. či alternativní způsoby pomoci typu meditace, holotropní dýchání, taneční terapie jóga či relaxační techniky. U profesionální péče respondenti vnímají více negativ než pozitiv. Doporučení směrem k profesionální péči jsou následující: aktivní naslouchání, empatie, vidina blaha klienta spíše než vidina financí, při zahlcenosti aktivní zasilání k jinému odborníkovi, vyvarovat se nadměrné preskripce léků a nevyužívat svého autoritativního postavení. Respondenti kombinující svépomoc a profesionální péči, vnímají zastoupení odborníka v přínosu bezpečnějšího místa k otevírání a probírání citlivých témat a zároveň je lépe nasměruje a pomáhá jim ve zpracování obtížných témat či zkušeností.



### 3 Diskuse a závěr

Z výsledků je patrné, že je velký nepoměr mužů a žen ve výzkumném vzorku. Přesto mezi těmito genderovými skupinami nelze nalézt moc rozdílů. Ačkoliv by se dalo předpokládat, že muži budou méně otevřenější, ve výzkumu tomu bylo naopak. Samotní mužští respondenti byli schopni zajít v průběhu odpovídání na otázky do hloubky a mnohdy s nimi rozhovor trval déle než předpokládaných 60 minut. Přestože respondenti měli být vybíráni nejprve pouze z pražských setkání, z důvodu změny zdravotní situace v České republice došlo i ke změně oslovení skrze online platformu Skype. Tato změna umožnila získat více respondentů z různých krajů České republiky a nahlédnutí na daná setkání, která by se mohla i lišit. Nicméně i tak se respondenti pomyslně rozdělili na ty, se kterými byl rozhovor proveden osobně a na ty, se kterými byl proveden telefonicky. Ačkoliv má každá forma své pro a proti, i přesto si nejsem vědoma zkreslení výsledků.

Zároveň je nutné podotknout, že ačkoliv i řada nově příchozích byla oslovena za účelem zapojení se do výzkumu a to, jak osobně na setkání, tak i přes Skype, přesto je výzkumný vzorek sestaven pouze z členů dlouholetých. Negativum této práce vnímám v ochuzenosti o pohled, názory a postoje nově příchozích, kteří ještě nejsou „načichlí“ programem. Popřípadě i jedinců, kteří setkání vyhledali, ale z různých zatím neznámých důvodů se rozhodli již dále svépomocnou skupinu nevyužívat. Možný námět pro další oblast výzkumu.

Sestavená struktura k polostrukturovanému rozhovoru se ukázala nápomocná a přesně obsáhla záměr výzkumných cílů. Velký přínos vnímám v osobním docházení na setkání, a tím mapování okruhů otázek dle témat, o kterých účastníci na setkání povídali. Faktor, který může ovlivňovat výsledky výzkumu, lze zaznamenat u otázek mapující potřeby účastníků svépomocné skupiny, se kterými se potýkaly před vyhledáním pomoci. Tyto informace mohou být lehce zkreslené vlivem paměti respondentů zejména v případě, pokud již na skupinu dochází pár let a nemusí si zcela přesně pamatovat své začátky.

Jelikož je velký genderový nepoměr mezi ženami a muži, nelze genderově srovnávat ani závislé klíčové osoby, mezi kterými se tudíž také nalézá velký nepoměr. Ačkoliv v teoretické části z dostupné literatury naznačuji, že ženy ve vztahu s pijícím partnerem častěji setrvávají než muži s pijícími partnerkami (Heller, 2011), nelze s mými výsledky z důvodu nepoměru srovnávat.

Naopak je tomu u charakteristiky spoluzávislého chování. Zde nastává situace, kdy se respondenti velmi podobají zmíněným charakteristikám v teoretické části a je tedy patrné, že je v literatuře velmi dobře popsána. Stejně je tomu i u charakteristiky nepijících partnerů/ek, které se také shodují s teoretickou částí, jak v jejich problémech, tak i ve vztahu k dětem. Jak uvedly respondentky, často děti samy chránily a byly to ony, kdo jim musel vysvětlovat tatínkův problém a posléze stejně z pohledů dětí byl jejich otec ten, se kterým je sranda. V tomto odstavci mě napadá, že možná příčina důvodu, proč jedinci hledají pomoc až ve fázi zmíněného zásadního okamžiku ve vztahu respondent ↔ závislá

osoba, je právě ve spoluzávislostním chování, které je pro respondenty z jejich pohledu skrytým, a na které získávají náhled až postupem času v průběhu docházení na setkání. Možné i nadměrné přebírání odpovědnosti zastiňuje potřebu pomoci.

Jak je patrné u respondentů, kteří vyrůstali se závislým rodičem, i ti se ve výsledcích rovnali výsledkům z dostupné literatury. Převážně v nestabilitě rodinného prostředí, nedůvěře, uzavírání se do sebe a vznik „krunýře“, který jim znesnadňuje komunikaci a navazování vztahů v dospělosti (Ühlinger & Tschui, 2009). Ačkoliv Moss (2013) uvádí, že nebývá překvapením, že posléze tyto děti v dospělosti sami trpí závislostí na alkoholu, z mých výsledků tato paralela není patrná. Toto tvrzení splňuje pouze respondent 9. Přesto je otázkou, jaký vliv na zkušenost se závislostí na alkoholu u daného respondenta mělo právě vyrůstání s pijícím otcem či na kolik jiné faktory. Na druhou stranu nevnímám tuto informaci za nosnou vzhledem k účelu mého výzkumu. Nicméně co pokládám za zajímavost je, že 6 respondentů (Respondent 2, 3, 5, 6, 9 a 11), kteří vyrůstali se závislým rodičem si ve své dospělosti posléze sami našli také závislou drahou polovičku. A ačkoliv by řada lidí namítla, že by si problému měli být tyto respondenti ihned vědomi, je znovu patrné, jak je problematika závislosti stále jevem, tak skrytým, a proto mnohdy tak nebezpečným.

U výsledků týkající se vyhledáním služeb a Al-Anon je patrné, že ačkoliv respondenti při nalezení setkání Al-Anon se u odborníka rozhodnou nepokračovat a vnímají více negativ než pozitiv, přesto je zajímavé, že profesionální péče je stále tou prvotní, která by jim měla pomoci z problematické situace. Otázkou je, jak by se rozhodovali respondenti 4, 10 a 11, kteří by na počátku informaci o profesionálních službách dostali. Volili by i oni jako svoji prvotní volbu právě profesionály či by stále zůstali u setkání?

Zároveň u respondentů, kteří vyhledali profesionální péči, ale dále u odborníka nesetřvali je otázkou, nakolik jim pomohli právě v prvotních chvílích odborníci a nakolik pak setkání Al-Anon. Možná právě respondentům profesionální péče na počátku jejich problémů umožnila danou situaci lépe zpracovat a nasměrovat je, a tím pádem už neměli jimi zmiňovanou potřebu, protože si posléze zvolili svépomocnou skupinu jakožto „doléčování“ a udržování správného směru jejich „úzdavy“. Z tohoto důvodu vnímám profesionální péči, a i svépomocnou skupinu Al-Anon jako možné spolupracovníky, kteří spíše, než proti sobě by měli jít cestou spolupracující a provázející. Zajímavé je, že tohoto dosáhl pouze jeden odborník zmiňovaný respondentem 4. Ostatní respondenti získali kontakt skrze setkání Anonymních Alkoholiků, hledání na internetu či od přátel a rodinných příslušníků. Stejného výsledku dosáhl i Timko et al. (2013), kdy 62 % nově příchodících získali kontakt skrze rodinné příslušníky či přátelé, nejméně pak od odborníků. Otázkou tedy je, proč spolupráce funguje mezi svépomocnými skupinami (Anonymní Alkoholici → Al-Anon), ale ne mezi profesionálními službami a Al-Anon? A přitom by tato spolupráce mohla být oboustranná. Dle názoru Matoušek (2007) svépomocné skupiny



vytvořily k profesionální péči užitečnou a inspirativní alternativu či doplněk. I jak uvádí Röhr (2015), kdy spoluzávislost nenapadá pouze psychický aparát, ale i fyzický jako srdeční a žaludeční onemocnění, migrény apod. Zde se v problematice spoluzávislosti objevuje pole působnosti i pro praktické lékaře. Ti se sice zaměřují pouze na složku zdravotní nicméně informační letáky vyvěšené v čekárně a informující pacienty o dostupnosti jak odborníků, tak i svépomocných skupin by byly velmi nápomocné.

Matoucí je i respondenty popisovaná situace, kdy získávají náhled na své spoluzávislostní chování až v průběhu docházení na setkání Al-Anon, neměli by i samotní odborníci se spoluzávislostními vzorci pracovat a rozumnou formou je respondentů nastítnit, aby oni samotní na ně získali náhled? Nebo je to právě autoritativní postavení a nulová vlastní zkušenost, která odborníky natolik omezuje, že je jedinci méně přijímají než ostatní účastníky setkání, kteří ví, čím já osobně si procházím? Jak interpretuje svoji zkušenost respondentka 2: *„První můj kontakt, který jsem měla, byl s mojí psychoterapeutkou, která se zabývá lidmi, kteří mají doma někoho se závislostí. Takže jsem se k ní dostala a tam ona mi říká, **jak vám můžu pomoci**, a já jí říkám, **já nepotřebuju pomoci**, já jsem v pořádku, **potřebuju pomoci ten můj muž** a ona říkala, **tak v tomto okamžiku já s vámi nemám, co projednávat**, já potřebuju pomoci vám, vy jste za mnou přišla a **já vám chci pomoci**, a když vy **potřebujete zachraňovat někoho jiného**, tak já vám nemám, co nabídnout.“* Zde patrná konfrontace odborníka, kterou jak uvádí Jílek (2008) často spoluzávislí lidé nezvládnou, a to je důvod proč od odborníka odcházejí.

Respondenti souhlasí s pozitivním vnímáním, které přináší i Bútor (1990), tedy vnímání pozitiv svépomocných skupin ve vlastní zkušenosti ostatních, bezplatnost, pravidelnost a dostupností 24 hodin. Ačkoliv Matoušek & Křišťan (2013) prezentují svépomocné skupiny jako aktéry kampaní a mediálních prezentací, výsledky od respondentů jsou odlišné. Ti naopak tvrdí, že program 12 tradic jim znemožňuje větší propagaci do společnosti, kterou by navrhovali jako oblast zlepšení. Vše je ponecháváno osobní přitažlivosti.

Z výsledků je patrné, že program 12-ti kroků, přítomnost na setkání a i samotné sdílení je klíčovým krokem ke změně svého vnímání, myšlení a i chování jak k sobě samému, tak i k závislé klíčové osobě. Zde dosažen stejný názor jako u autorů Timko, Young & Moos, (2012). Mnoho respondentů vnímá za nápomocnou i Modlitbu o poklid ducha, kterou využívají v situacích jako podporu uvědomování si svých hranic a situací, které ovlivnit mohou, a které nikoliv. Stejného názoru o nápomocnosti modlitby dosahuje Wallace (1999).

Průběh setkání se nikterak neliší od setkání popisovaného v teoretické části. Pouze považují za přehlednější ho rozdělit na 3 části, které jsou respondenty blíže popsány. Důležité je podotknout, že ačkoliv respondenti na setkání docházejí v různých krajích České republiky, přesto se jimi popisovaný průběh neliší. Je tedy patrné, že ačkoliv lidský prvek je různý, formát a struktura setkání zůstávají zachovalé. Zde vnímám pozitivum, že

ačkoliv jedince nacházející se mimo svoji „domácí“ skupinu, například z důvodu dovolené, pracovní cesty apod., má stále možnost jiných setkání bez rizika obav, jak setkání bude probíhat apod.

Co se týká samotných výsledků výzkumu, v některých aspektech potvrzují obdobné výzkumy zabývající se procesem změny skrze skupinu Al-Anon. Respondenty udávaná literatura, filozofie programu a vnímaná spiritualita, která jim umožňuje se lépe vyrovnat se svými problémy a negativními zkušenostmi se shoduje s výsledky Corrigan (2016). Stejnou shodu lze zaznamenat i ve změně jejich pohledu na závislou klíčovou osobu. Naopak odlišnost je v obviňování svoji vlastní osoby, které respondenty nebylo tak zdaleka udávané jako ve výzkumu Corrigan (2016). Stejná shoda je patrná i u poklesu negativních emocí jako bezmoci, frustrace, úzkosti apod. viz též Al-Anon Family Group (2012). Odlišnost lze nalézt u výzkumu Timko et al. (2013), kdy nově přichozí účastníci očekávali zisk rad, jak závislé klíčové osobě pomoci, zatímco z mých výsledků je patrné, že tyto rady a zachránění rodiny očekával pouze respondent 2.

Odlišnosti lze zaznamenat i u výzkumu zaměřující se na gender rozdíly. Nicméně lze nutno brát v potaz nízké zapojení mužů v mém výzkumu. Ačkoliv Short, Cronkite, Moos & Timko (2015) vnímají odlišnou motivaci vstupu mužů a žen na setkání, v mém výzkumu nelze takové odlišnosti obsáhnout. Naopak jen hrstku odlišností lze zaznamenat ve výzkumu Sim & Hwang (2018), i v tomto případě respondenti na počátku vyhledání pomoci zažívali negativní emoční stavy, násilí, konflikty, přebírání odpovědnosti ve vztahu k závislé klíčové osobě. Následný stud a nízká sebeúcta byly hlavními aktéry, které je izolovali od svého okolí či příbuzných. Odlišnost při porovnávání výsledků lze zaznamenat u odchodu z domova. V případě mých výsledků tuto volbu nikdo z respondentů nevolil, pouze pokud byl v rodině přítomen potomek. Naopak v pár případech ten, kdo opouštěl domov, byla závislá klíčová osoba. U autorů je to naopak nepijící osoba. Rozdíl je patrný i v momentu vyhledání setkání Al-Anon. Z mých výsledků je patrné, že respondenti nejčastěji zvažovali nutnost pomoci na základě změny vztahu mezi nimi a klíčovou osobou, kdežto motivací ve vyhledávání od autorů je vstup závislé klíčové osoby do léčby. Nakonec dosažená změna skrze setkání Al-Anon a uzdravení z uzlu závislosti a spoluzávislosti se shoduje s výsledky zahraničního výzkumu.

Ačkoliv podrobnější zmapování rozhodování respondentů v nesetrvání u odborníka nebylo nosným tématem této práce, přesto zde vnímám další oblast výzkumu, která by posloužila ke zmapování tohoto rozhodnutí a vytyčení dalších specifitějších doporučení směrem k profesionální péči. K bližšímu mapování fungování svépomocné skupiny lze nalézt inspiraci v zahraničních výzkumech.

Z mého pohledu výzkum udává ucelený obraz o problematice soužití se závislou osobou a vlivu této problematiky na nejbližší jedince. Taktéž umožnil blíže popsat jejich „sebeúzdruvu“ skrze docházení na setkání, blíže charakterizovat setkání Al-Anon a přínosy, které toto společenství může poskytovat, jak spoluzávislým, tak i odborníkům.

Proto vnímám větší potřebu spolupráce a provázanosti mezi profesionálními službami a službami svépomocnými. Jedině tak lze zajistit komplexní péči každému, kdo by o pomoc požádal. Možné pole působnosti i pro praktické lékaře, vzhledem k projekci spoluzávislostních problémů do zdravotního stavu jedince.

## 4 Literatura

- Al-Anon Family Groups. (2013). *Resources for professionals* [online]. Retrieved from: <https://al-anon.org/resources-for-professionals/>
- Al-Anon. (2015). Domů [online]. Retrieved from: <https://alanon.cz/>.
- Al-Anon. (2017). Krok první [online]. Retrieved from: <http://alanon.cz/krok-prvni/>.
- Al-Anon Family Group. (2012). *Tenth triennial, 2012 membership survey*. Virginia Beach, VA: Al-Anon Family Groups Headquarters, Inc.
- Bailey, M. (1965). Al-Anon Family Groups As an Aid to Wives of Alcoholics. *Social Work*, 10(1), 68-74.
- Baštecká, B., & Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
- Bečková, I., & Višňovský, P. (1999). *Farmakologie drogových závislostí*. Praha: Karolinum.
- Berg-Peer, J. (2019). *Moderování svépomocných skupin: rady, tipy a doporučení*. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.
- Brook, D.W., Brook, J.S., Rubenstone, E., Zhang, C., Singer, M., & Duke, M.R. (2003). Alcohol Use in Adolescents Whose Fathers Abuse Drugs. *Journal of Addictive Diseases*, 22(1), 11–34.
- Bútora, M. (1990). *Překročit svůj stín: (Kluby abstinujících a jiné svépomocné skupiny v péči o zdraví)*. Praha: Avicenum.
- Codependents Anonymous. (2020). Od čeho je tu CoDA? [online]. Retrieved from: <http://codependentanonymous.cz/beta/vitejte-v-coda/>
- Corrigan, B. (2016). ‘A New Way to Live My Life’: How Al-Anon Influences Resilience: A Qualitative Account. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 11(1), 42-58.
- Csémy, L. (2001). *Problémy s alkoholem v rodině: zpráva pro Evropskou Unii*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Csémy, L., Dvořáková, Z., Fialová, A., Kodl, M., & Skývová, M. (2019). *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2018*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Čermák, I. & Štěpáníková, I. (1998.). *Kontrola validity dat v kvalitativním psychologickém výzkumu*. *Československá psychologie*, 1, 50-62.
- Čtrnáctá, Š. (2015). Rodinná terapie a práce s blízkými. In Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- DDA. (2012). Úvod. [online]. Retrieved from: <http://www.dda.euweb.cz/index-dda.html>.

- Dóci, I., & Pavlov, P. (2004). Zneužívání psychotropných látek a násilí v rodině v USA. *Alkoholismus A Drogové Závislosti*, 39(1), 37-45.
- El-Sheikh, M., & Buckhalt, J. (2003). Parental Problem Drinking and Children's Adjustment: Attachment and Family Functioning as Moderators and Mediators of Risk. *Journal of Family Psychology*, 4; 510-520.
- Hart, K. E., & McAleer, M. (1997). Anger coping style in adult children of alcoholics. *Addiction Research*, 5(6), 476 – 486.
- Haverfield, M. C., & Theiss, A. J. (2014). A theme analysis of experiences reported by adult children of alcoholics in online support forums. *Journal of Family Studies*, 20(2), 166-184. DOI: 10.1080/13229400.2014.11082004
- Haverfield, M. C. (2016). "We just pretended as if everything was good": Communication about alcohol in families of nonalcoholic and alcoholic parents. *Atlantic Journal of Communication*, 24(5), 276 – 288.
- Heitzeg, M. M., Nigg, J. T., Yau, W.-Y. W., Zubieta, J.-K., & Zucker, R. A. (2008). Affective circuitry and risk for alcoholism in late adolescence: Differences in frontostriatal responses between vulnerable and resilient children of alcoholic parents. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 32(3), 414–426.
- Heller, J. (2011). Důsledky závislosti pro rodinu. In Heller, J., & Pecinová, O. (2011). *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga.
- Hendl, J. (2015). *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat* (Páté, rozšířené vydání). Praha: Portál.
- Hrubá, D., & Žaloudíková, I. (2009). Rodiče, děti a legální drogy. *Alkoholismus A Drogové Závislosti*, 44(5), 257-271.
- Jílek, J. (2008). *Ze závislosti do nezávislosti: (spoluzávislí a nešťastní)*. Praha: Roční období.
- Kalina, K. (2015). Skupinové terapie. In Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kudrle, S. (2003). Psychopatologie závislosti a codependence. In Kalina, K. a kol., *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Díl 1. Praha: NMS – Úřad vlády ČR.
- Leifer, G. (2004). *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Praha: Grada.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543 – 562.

- Matoušek, O. (1993). *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Matoušek, O. (2007). *Základy sociální práce* (Vyd. 2). Praha: Portál.
- Matoušek, O. & Křišťan, A. (2013). *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál.
- Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů [Online]. (20--]AD). Retrieved from <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
- Mikulincer, M. & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood*. New York: Guilford Press.
- Millerová, G. A. (2011). *Adiktologické poradenství*. Galén.
- Minařík, J. & Kmoch, V. (2015). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Minařík, J. & Řehák, V. (2015). Somatické komplikace a komorbidita. In Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Moss, H. B. (2013). The Impact of Alcohol on Society: A Brief Overview. *Social Work in Public Health*, 28(3–4), 175–177. <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.758987>
- Nešpor, K. & Csémy, L. (2003). *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat. 5.revidované vydání*. Praha: Sportpropag.
- Nešpor, K. (2005). Jaká rizika s sebou přináší alkohol u dětí a dospívajících? *Practicus*, 4(9), 363.
- Nešpor, K. (2018). Co poradit rodičům dospělých lidí s návykovou nemocí. *Practicus*, 17(5), 14-15.
- Novotný, Z., Jelen, S. & Holčáková, M. (2007). Týrané dítě v naší dnešní společnosti a zdravotníci. *Československá Pediatrie*, 62(1), 25-30.
- Nowinski, J. (1999). Facilitace programu 12 kroků pro léčbu závislosti. In Rodgers, J. et al. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing.
- Ohannessian, C., Bradley, J., Waninger, K., Ruddy, K., Willis Hepp, B. & Hesselbrock, V. (2010). An Examination of Adolescent Coping Typologies and Young Adult Alcohol Use in a High-Risk Sample. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 5, 52–65. <https://doi.org/10.1080/17450120903012925>
- Pecinovská, O. (2011). Vývoj závislosti. In Heller, J., & Pecinovská, O. (2011). *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga.

Pilowsky, D. J., Zybert, P. A. & Vlahov, D. (2004). Resilient Children of Injection Drug Users. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(11), 1372–1379. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000138355.29099.2a>

Röhr, H. P. (2015). *Závislost: jak jí porozumět a jak ji překonat*. Praha: Portál.

Thompson, R.G.Jr., Alonzo, D., Hu, M-Ch. & Deborah, S. (2017). The influences of parental divorce and maternal-versus-paternal Alcohol Abuse on offspring lifetime suicide attempt. *Drug Alcohol Review*, 36, 408-414.

Seefeld, R. W., & Lyon, M. A. (1992). Personality characteristics of Adult Children of Alcoholics. *Journal of counseling & development*, 70 (5), 588 – 593.

Short, N. A., Cronkite, R., Moos, R., & Timko, C. (2015). Men and women who attend Al-Anon: gender differences in reasons for attendance, health status and personal functioning, and drinker characteristics. *Substance use & misuse*, 50(1), 53–61.

Sim, J. E., & Hwang, S. Y. (2018). Experiences of Overcoming Alcoholism in Alcoholics' Female Spouses Using Al-Anon. *J Korean Acad Community Health Nurs*, 29(2), 194-205.

Světová zdravotnická organizace (2000). *Mezinárodně platné pokyny k evaluaci služeb a systémů zaměřených na léčbu poruch způsobených užíváním návykových látek*. Geneva: World Health Organisation.

Timko, C., Cronkite, R. C., Kaskutas, L., Laudet, A., Roth, J.D., & Moos, R. H. (2013). Al-Anon family group: Newcomers and members. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 74(6), 965 – 976.

Timko, C., Laudet, A., & Moos, R. H. (2014). Newcomers to Al-Anon family groups: Who stays and who drops out?. *Addictive behaviors*, 39(6), 1042–1049.

Timko, C., Young, L. B., & Moos, R. H. (2012). Al-Anon Family Groups: Origins, Conceptual Basis, Outcomes, and Research Opportunities. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 7(1), 1 – 18.

Ühlinger, C. & Tschui, M. (2009). *Když někdo blízký pije: rady pro rodiny osob závislých na alkoholu*. Praha: Portál.

Venglářová, M. (2008). *Průvodce partnerským vztahem*. Praha: Grada.

Wallace, J. (1999). Teorie modelu 12 kroků. In Rodgers, J. et al. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing.

WHO. (2000). *Evaluace procesu*. Pracovní sešit č.4. WHO: Geneva.

WHO. (2000). *Evaluace spokojenosti klientů*. Pracovní sešit č.6. WHO: Geneva.

Włodarczyk, O., Schwarze, M., Rumpf, H. J., Metzner, F. & Pawils, S. (2017). Protective mental health factors in children of parents with alcohol and drug use disorders: A systematic review. *PLOS ONE*, 12(6).

Woitzová, J. G. (1998). *Dospělé děti alkoholiků*. Praha: Columbus.

Wolt, R. & Halama, P. (2014). Vzťahova vazba v kontexte rizikového užívania alkoholu, nelegálnych drog a interpersonálnych problémov. *Adiktologie*, 14(2), 146–157.

Young, L. B. & Timko, CH. (2015). Benefits and Costs of Alcoholic Relationships and Recovery Through Al-Anon. *Substance Use & Misuse*, 50(1), 62-71.



## 5 Seznam zkratk

AA	Anonymní Alkoholici
CoDA	Co-Dependents Anonymous
DDA	Dospělé děti alkoholiků

## 6 Seznam příloh

### 6.1 Příloha 1 – Záznamový arch

<b>Rozhovor č.:</b> .....	
<b>Jméno (přezdívk):</b> .....	
<b>Datum rozhovoru:</b> .....	
Demografické údaje	
<b>Věk:</b> .....	
<b>Pohlaví:</b> žena / muž	
<b>Rodinný stav:</b> svobodný – vdaný/ženatý – rozvedený – ovdovělý – partnerský vztah	
<b>Nejvyšší dosažené vzdělání:</b>	
a) základní	
b) střední s maturitou	
c) střední bez maturity	
d) vyšší odborné	
e) vysokoškolské bakalářské	
f) vysokoškolské magisterské	
<b>Kraj, ve kterém žijete:</b> Praha – jiný (.....)	
<b>Zaměstnání:</b> zaměstnaný – nezaměstnaný – student – v pracovní neschopnosti	
<b>Počet dětí:</b> .....	
<b>II. okruh</b>	- <i>základní charakteristika členství ve svépomocné skupině.</i>
	a. Jak dlouho na setkání chodíte?
	b. Jak často chodíte/ S jakou frekvencí?
	c. V jakém vztahu jste k osobě, kvůli které přicházíte na setkání?
	d. Přicházíte na setkání kvůli jedné osobě či kvůli více osobám?
	e. O jaký problém se u dané osoby jedná?
	f. Jak dlouho vnímáte, že tento problém u dané osoby trvá?
	g. Navštěvuje daná osoba nějakou službu/odborníka? Pokud ano, jakou?
	h. Žijete stále s touto osobou?
	i. S jakými problémy jste se před vyhledáním pomoci potýkal/a, ve vztahu k osobě užívající alkohol?
	j. Co přesně jste v těchto chvílích/v tomto období potřeboval/a?

	<p>k. Co přesně vás přimělo vyhledat pomoc? /V jaký moment jste si řekl/a, že to takto dál nejde a potřebujete pomoc?</p> <p>l. Proč jste si vybral/a právě svépomocnou skupinu? Hledala/a jste i informace o jiných službách?</p> <p>m. Jak jste se dozvěděl/a o svépomocné skupině?</p> <p>n. Jaká jste měl/a od svépomocné skupiny očekávání? Naplnila se?</p> <p>o. Jak byste popsal/a Vaši první zkušenost s AA? (O čem povídal/a, jaké z toho měla pocity?, Co na to ostatní?)</p> <p>p. Sponzorství-&gt; Jak to konkrétně vypadalo, když jste vybíral/a sponzora?</p> <p>q. Jak spolu komunikujete? Jak často a o čem?</p>
<b>III. Okruh</b>	<p>- <i>bližší charakteristika samotné svépomocné skupiny.</i></p> <p>a. Vyhovuje vám podoba setkávání? Pokud ano, co přesně vám vyhovuje? (Čas, místo, filozofie programu, anonymita atd.)</p> <p>b. Jak setkání probíhají?</p> <p>c. Jak jste spokojen/a s tím, jak setkání probíhají? Co byste popřípadě chtěl/a zlepšit?</p> <p>d. Jsou setkání v souladu s 12-ti tradicemi?</p> <p>e. Jak váš život ovlivňuje filozofie 12- ti kroků? Jak je uplatňujete ve svém životě?</p> <p>f. Z jakého důvodu navštěvujete tato setkání opakovaně? Co přesně vás motivuje?</p> <p>g. V čem spatřujete pozitiva a negativa svépomocné skupiny?</p>
<b>IV. Okruh</b>	<p>- <i>zaměření na profesionální péči.</i></p> <p>a. Napadají vás i jiné služby, kam byste se mohl/a obrátit pro pomoc? Pokud ano, jaké přesně?</p> <p>b. Navštěvujete i jiné služby či odborníky?</p> <p>c. <u>Pokud ano:</u></p> <p>i. O jaké služby se jedná?</p> <p>ii. Pro koho jsou určeny?</p> <p>iii. Z jakého důvodu je navštěvujete?</p> <p>iv. V čem spatřujete pozitiva a negativa pomoci, která se vám zároveň dostává od odborníka a od svépomocné skupiny?</p>

	<p>d. <u>Pokud ne:</u></p> <p>v. Z jakých důvodů jste si nevybrali profesionální péči/péči odborníka?</p> <p>e. V čem spatřujete pozitiva a negativa profesionální péče?</p>
--	--

## 6.2 Příloha 2 – Poučení o účelu výzkumu

### Poučení o účelu výzkumu

Výzkum probíhá v rámci navazujícího magisterského studia na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy oboru Adiktologie. Tématem je Evaluace svépomocné skupiny Al-Anon z pohledu jejích členů a jeho výstupem bude Diplomová práce.

Hlavní myšlenkou tohoto evaluačního výzkumu je zhodnotit podobu svépomocné skupiny Al-Anon z pohledu jejích členů a na tomto základě vytvořit doporučení směrem k profesionální péči, která by mohla vést k vyšší frekvenci vyhledávání, propagaci či zkvalitnění profesionální péče. Cílem výzkumu je analyzovat potřeby jedinců potýkajících se s problémem užívání alkoholu u jejich blízké osoby. Druhým cílem je zmapování podoby a průběhu setkání svépomocné skupiny a charakterizovat účastníky, kteří tato setkání navštěvují. Třetím cílem je zmapování míry spokojenosti účastníků s podobou a průběhem setkání svépomocné skupiny

Výzkum je rozdělen do dvou částí – dotazníku a rozhovoru. Celková doba účasti je cca 60 minut. Váš přiložený kontakt poslouží pouze za účelem kontaktování a jednorázově. Posléze bude vymazána.

Rozhovor bude nahráván na osobní diktafon, přičemž přístup k nahrávce budu mít jen já, popřípadě můj vedoucí diplomové práce Mgr. Jaroslav Vacek, Ph.D. Nahrávky a přepsané rozhovory budou bezpečně uloženy a po zpracování práce budou zlikvidovány.

Účast ve výzkumu je zcela anonymní. Nikde nebudou uvedeny osobní údaje, které by vedly k identifikaci Vaší osoby. Účast ve výzkumu je dobrovolná a nevzniká žádný nárok na úhradu jakýchkoli výdajů. Zároveň svůj souhlas můžete kdykoli zrušit bez udání důvodů, a nevznikne Vám z toho žádná újma.

V případě dotazů se můžete obrátit na vedoucího diplomové práce:

Mgr. Jaroslav Vacek, Ph.D.

E-mail: jaroslav.vacek@lf1.cuni.cz

**Souhlasíte s tím, že se dobrovolně zúčastníte tohoto rozhovoru?**

## 7 Seznam tabulek

Tabulka 1 Okruhy dopadů plynoucích z užívání alkoholu .....	17
Tabulka 2 Osvědčená pravidla .....	42
Tabulka 3 Nejčastější témata manželek .....	55
Tabulka 4 Sociodemografické údaje .....	63
Tabulka 5 Kategorie a přiřazené kódy .....	66
Tabulka 6 Charakteristika klíčové osoby .....	67
Tabulka 7 Délka a frekvence docházení .....	78
Tabulka 8 Pozitiva svépomocné skupiny Al-Anon.....	85

