

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní sociální práce

Marie Klimková

*Svépomocná skupina Anonymních Alkoholiků v Olomouci
a její význam pro klienty léčící se ze závislosti na alkoholu*

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Denisa Pastuszaková, Ph.D.

2014

Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.“

V Olomouci dne 3. 7. 2014

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Denise Pastuszakové, Ph.D., za odborné a vstřícné vedení práce, za mnoho trpělivosti a cenných rad. Také mé rodině a nejbližším za lásku, podporu a trpělivost.

OBSAH

ÚVOD.....	6
1 ZÁVISLOST.....	8
1.1 Droga a její charakteristika	8
1.2 Definice syndromu závislosti.....	11
1.2.1 Znaky závislosti	12
1.2.2 Typy závislosti.....	14
2 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU	16
2.1 Alkohol jako návyková látka	16
2.2 Vznik závislosti na alkoholu	19
2.3 Vývoj závislosti na alkoholu.....	22
2.4 Komplikace spojené se závislostí na alkoholu.....	26
2.4.1 Somatické komplikace	27
2.4.2 Psychické komplikace.....	29
2.4.3 Sociální důsledky	30
2.5 Možnosti pomoci pro závislé na alkoholu	33
3 SVĚPOMOCNÁ SKUPINA ANONYMNÍ ALKOHOLICI.....	37
3.1 O svěpomocné skupině AA.....	37
3.2 12 kroků a 12 tradic.....	38
3.3 Praktikovaná hesla AA.....	46
3.4 Průběh setkání	47
3.5 Účinnost participace díky přístupu AA.....	48
3.6 Svěpomocná skupina Anonymní alkoholici v Olomouci.....	49
4 VÝZKUMNÁ ČÁST.....	51
4.1 Metodologie výzkumu	51
4.1.1 Vymezení výzkumného cíle.....	51
4.1.2 Metoda výzkumu	51

4.1.3	Výzkumný vzorek.....	52
4.1.4	Metoda získávání kvalitativních dat	53
4.1.5	Zpracování a analýza dat	53
4.2	Výsledky analýzy dat	54
4.2.1	Důvod členství ve svépomocné skupině Anonymní alkoholici.....	54
4.2.2	Přínos účasti ve svépomocné skupině AA v boji s alkoholismem	56
4.2.3	Výhody participace ve svépomocné skupině AA	57
4.2.4	Nevýhody participace ve svépomocné skupině AA	57
4.2.5	Sdílení vlastních zkušeností s ostatními členy skupiny	58
4.2.6	Význam vztahů ve svépomocné skupině AA	59
4.2.7	Vliv svépomocné skupiny AA na osobu alkoholika a jeho život.....	60
4.3	Shrnutí.....	62
4.4	Diskuze.....	64
ZÁVĚR		67
SEZNAM ZKRATEK		69
SEZNAM LITERATURY.....		70
SEZNAM PŘÍLOH.....		75

„Ve sklenici alkoholu se skrývá všechno štěstí světa a všechno zoufalství z toho, že tohoto štěstí nemůžeme dosáhnout.“

Charles Baudelaire

ÚVOD

Česká republika vede již řadu let v žebříčku s nejvyšší spotřebou alkoholických nápojů. Na jednoho obyvatele připadá skoro deset litrů stoprocentního alkoholu za jeden rok (Popov, 2003, s. 151). Konzumace alkoholických nápojů, především piva, se u nás stala tradicí. Postupně si společnost zvykla i na alkohol silnějšího kalibru. Avšak jen do jisté míry je česká společnost tolerantní. Pokud alkoholik ztrácí kontrolu nad užíváním alkoholu a stav opilosti se stává cílem každodenního života, společnost jej stigmatizuje a odsouvá na okraj. Nejčastěji využívanou metodou boje s alkoholismem je protialkoholní léčba, po jejímž absolvování se její efektivita účinnosti často ztrácí, neboť motivaci změnit svůj dosavadní stav a udržet si abstinenci má jen málo z mnoha. Vědomí toho, že existují svépomocné programy pro závislé na alkoholu, kde si navzájem pomáhají s udržením ve střízlivosti, mě inspirovalo k tématu mé bakalářské práce. Tento moment byl pro mě motivací zjistit, do jaké míry je závislý na alkoholu ovlivněn svým členstvím v daném programu. Abych zjištění mohla dosáhnout, navštívila jsem nejbližší svépomocnou skupinu Anonymní alkoholici v Olomouci.

Má bakalářská práce se proto zabývá tématem alkoholové závislosti a významem členství ve svépomocné skupině Anonymní alkoholici jako jednou z možností pomoci při udržení střízlivosti u osob závislých na alkoholu.

Cílem této práce je vytvořit evaluační studii svépomocné skupiny Anonymní alkoholici v Olomouci. Cíl se konkrétně zaměřuje na to, jak klienti léčící se ze závislosti na alkoholu hodnotí participaci (účast) v této skupině a její význam pro dosažení a udržení abstinence, při léčbě závislosti na alkoholu těchto členů. Poznatky mohou přispět k informování široké veřejnosti, rodinných příslušníků osob závislých na alkoholu nebo přímo závislých, kteří se snaží abstinovat, ale efektivita je minimální, které bych vyzvedla například formou diskuze v organizacích zabývajících se problematikou závislosti na alkoholu, formou besedy pro studenty či širokou veřejnost. Evaluační výzkum by pomohl samotným členům svépomocného programu AA, neboť by byli informováni o hodnocení fungování daného programu. Vyzdvihnutím a zhodnocením silných a slabých stránek společenství AA by mohlo vést k zajištění změn a následnému zlepšení.

Práce má empirickou povahu a je psána formou evaluační studie. Ve třech úvodních kapitolách se zaměřuji na teoretické vymezení problematiky závislosti

obecně, alkoholové závislosti a svépomocného programu Anonymní alkoholici. V empirické části realizuji evaluační studii s pomocí kvalitativních metod sběru dat získaných na základě rozhovorů se členy společenství Anonymní alkoholici v Olomouci, kteří docházejí na setkání skupiny. V závěrečné kapitole provádím analýzu dat a prezentuji výsledky evaluace.

V první kapitole se zabývám závislostí obecně, charakterizuji drogu jako pojem, dále objasňuji syndrom závislosti, jeho znaky a typy. Druhá kapitola se zaměřuje konkrétně na alkoholovou závislost, která má svá daná specifika. Kapitola seznamuje se vznikem a vývojem závislosti na alkoholu, s jejími příčinami, projevy, ale i následky. Nejsou opomenuty ani možnosti pomoci pro tuto skupinu. Třetí kapitola objasňuje jednu z možností pomoci, svépomocnou skupinu Anonymní alkoholici. Stručně popisují její vznik a historii, průběh setkání. Rozpracovány jsou podrobněji základy činnosti společenství, Dvanáct kroků a Dvanáct tradic. Dále seznamuji se svépomocnou skupinou AA v Olomouci, která je důležitá pro následnou evaluaci.

1 ZÁVISLOST

V první kapitole se zabývám problematikou závislosti obecně. Definuji a popisuji pojem droga a závislost. Dále se zaměřuji na základní charakteristiku a typy závislosti. Uvedení do obecné problematiky závislosti slouží k lepšímu porozumění a orientaci v dalších stěžejních kapitolách.

1.1 Droga a její charakteristika

Člověk už od nepaměti hledá způsob, jak uniknout problémům, nepříjemným pocitům či realitě a dosáhnout pocitu štěstí, radosti, nekonečných zážitků. Právě droga je jedním z řešení, jak dosáhnout rychlého a snadného uspokojení. Člověk užívá drogy z mnoha důvodů. Hledá řešení svého problému, chce uniknout ze stresové situace, stereotypu či nudy. Potřebuje být akceptován v kolektivu svých přátel, kolegů z práce (Vágnerová, 1999, s. 288).

Drogou neboli psychoaktivní látkou (tj. látkou ovlivňující psychickou činnost) je míněna každá chemická látka, která mění psychický stav jedince a vyvolává závislost, shodují se autoři Vágnerová (1999, s. 288) a Skála (1986, s. 41). Dále také shodně uvádějí, že vliv drogy na náladu a vnímání je pro člověka subjektivně žádoucí (Vágnerová, 1999, s. 288; Skála, 1986, s. 41). K podobné definici, že drogou je vše, co má „rychlý a výrazný účinek na lidskou psychiku“ se přiklání i Marhounová (1995a, s. 56). Drogou je látka, která má tzv. centrální účinky (působí na centrální nervovou soustavu - CNS) a následně vyvolává náhlou změnu vnímání nebo bdění ve smyslu euforie, štěstí, snění, halucinace, odstranění strachu, atd., doplňuje definici drogy Fišerová (2003, s. 97). Fischer a Škoda (2009, s. 88) považují za drogu nelegálně šířenou a zneužívanou psychoaktivní látku, která vyvolává závislost. U nás je v současné době nejčastěji užívanou drogou nikotin, kofein a alkohol.

Psychoaktivní látky se dělí na legální a nelegální. Mezi nejčastěji používané legální drogy, které jsou člověku běžně dostupné, se řadí alkohol (obsažen v alkoholových nápojích), nikotin (v tabákových výrobcích), kofein (obsažen v kávě, čaji či energetických nápojích) nebo léky. K nelegálním (nezákonným) drogám patří opiáty (např. heroin, morfin), konopné drogy (marihuana, hašiš), stimulancia (pervitin, kokain, extáze), halucinogeny (LSD), (Nožina, 1997, 9-10). Klingemann (2004,

podle Fischer, Škoda, 2009, s. 89) přidává třetí rozdělení, kde jako samostatnou jednotku uvádí medikamenty obsahující psychoaktivní látky tišící bolest, zmírňující úzkost, povzbuzující, navozující spánek či naopak bdělost. Legálnost požívání těchto látek má v každé zemi jinou míru tolerance. Vychází z historického a sociokulturního prostředí dané země (Fischer, Škoda, 2009, s. 90).

O negativních účincích psychoaktivních látek rozhoduje mnoho faktorů. Především se jedná o délku doby působení, počet jejich užití, způsob, formu nebo prostředek, jak se droga do organismu dostává (Fischer, Škoda, 2009, s. 91). Marhounová (1995a, s. 57) definuje, jakými způsoby může být droga užitá – ústy, injekcí, kouřením či čicháním, pokožkou. Škodlivý účinek drog se znásobuje kombinací jejich užívání (např. účinky heroínu jsou zesilovány konzumací alkoholu), dodává Fischer a Škoda (2009, s. 91).

Požívání psychoaktivních látek způsobuje újmu nejen na zdraví tělesném, ale i duševním. Smolík (1996, s. 112) popisuje poruchu způsobenou užíváním drog/psychoaktivních látek jako poruchu duševní či behaviorální, za jejímž vznikem stojí požívání jedné nebo více psychoaktivních látek bez zřejmého důkazu, zda jsou předepsány lékařem. Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN), (2008, s. 200-201) specifikuje duševní poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek do deseti typů. Uvádím pouze jejich výčet, neboť podrobnější charakteristiku jednotlivých duševních poruch neshledávám za důležitou pro dosažení mého cíle práce. V další stěžejní kapitole mne budou zajímat pouze poruchy způsobené užíváním alkoholu, o kterém se zmíním více.

- 1) **F10** *duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu*
- 2) **F11** *duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním opioidů*
- 3) **F12** *duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů*
- 4) **F13** *duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik*
- 5) **F14** *duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním kokainu*
- 6) **F15** *duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulantů, včetně kofeinu*
- 7) **F16** *duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním halucinogenů*
- 8) **F17** *duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním tabáku*

9) **F18** duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním prchavých rozpustidel

10) **F19** duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek

Nešpor (2011, s. 24-26) i Smolík (1996, s. 115-124) popisují další poruchy duševního zdraví, které jsou též součástí MKN (2013, s. 197-200). Nyní stručně charakterizují jednotlivé poruchy, neboť jsou základem pro pochopení průběhu závislosti, přesněji závislosti na alkoholu.

Akutní intoxikaci definuje Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO), (2008, s. 197) jako „stav po aplikaci psychoaktivní látky vedoucí k poruchám úrovně vědomí, poznávání, vnímání, emotivity nebo chování, nebo jiných psychofyziologických funkcí a reakcí“. Poruchy časem mizí, dochází k úplnému uzdravení nebo naopak k dalším komplikacím, mezi které se řadí například křeče, trauma, delirium, vdechnutí zvratků, aj., (WHO, 2008, s. 197). Na základě výše uvedené definice dle WHO rozumím pojmem akutní intoxikace takový akutní stav, stav otravy drogou, který je provázen nepříjemnými příznaky, které se objeví náhle nebo se postupně rozvinou. Tento stav může mít trvalé následky a ohrozit dalšími komplikacemi život člověka.

Při *škodlivém užívání návykových látek* dochází k somatickému nebo psychickému poškození zdraví člověka (WHO, 2008, s. 198; Nešpor, 2011, s. 24). Nešpor (2011, s. 24) dodává, že příznaky trvají nejméně jeden měsíc nebo se opakovaly během posledního jednoho roku. Jako příklad uvádím hepatitidu při infekčním injekčním podání.

Syndrom závislosti je dle Světové zdravotnické organizace (WHO, 2010) chápán jako skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, které se při opakovaní užívání jedné látky nebo třídy látek mohou postupně rozvinout. Podrobněji se syndromem závislosti, jeho znaky či typy závislostí zabývám v následující podkapitole.

Odvykáací stav lze definovat pouze tehdy, když uživatel drogy vysadil nebo redukoval příjem látky po jejím opakovaném nebo dlouhotrvajícím užívání (Nešpor, 2011, s. 25). Nástup a průběh odvykáacího stavu se odvíjí od typu psychoaktivní látky a množství dávky, která byla před tímto stavem užita. Vše je časově ohraničeno. Mohou nastat komplikace ve formě křečí (WHO, 2008, s. 198). Stejnou definici má také

odvykací stav s deliriem s tím rozdílem, že komplikace způsobuje delirium¹ (Nešpor, 2011, s. 25).

Člověk trpící *psychotickou poruchou* má problém vyrovnat se s požadavky normálního života (Smolík, 1996, s. 146). Začátek poruchy může nastat během užívání látky nebo nejpozději do dvou dnů po užití. Její trvání je kratší než šest měsíců (Nešpor, 2011, s. 25). Mezi příznaky patří často bludy, halucinace, ale také dezorganizovaná řeč a myšlení (Smolík, 1996, s. 146).

Amnestický syndrom definuje Nešpor (2011, s. 25) jako „*syndrom sdružený s chronickým výrazným zhoršením krátkodobé paměti*“. Čerstvá paměť bývá více poškozena než paměť dávná. Pocit času a řazení událostí je narušen (WHO, 2008, s. 199).

Psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem je charakterizována změnou původního stavu. Začátek poruchy by měl mít přímý vztah s požíváním látky. Často se lze setkat s psychotickou reminiscencí (tzv. flashback), při níž se opakují prožitky dříve vyvolané psychoaktivní látkou, aniž by droga byla požitá (při užívání pervitinu, halucinogenů nebo konopných drog), (WHO, 2008, s. 199; Nešpor, 2011, s. 25).

Světová zdravotnická organizace (2008, s. 199) definuje další dvě poruchy – jiné duševní poruchy a poruchy chování a neurčené duševní poruchy a poruchy chování. V této kapitole byla vysvětlena droga jako pojem a její charakteristiky. Nebyly opomenuty ani duševní poruchy způsobené psychoaktivními látkami. Díky nim mohu navázat na další podkapitolu, která se zabývá vysvětlením pojmu syndrom závislosti.

1.2 Definice syndromu závislosti

Pro mou práci je důležité popsat syndrom závislosti, neboť to slouží k lepšímu pochopení závažnosti alkoholikovy situace. Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, WHO (WHO, 2013, s. 198) definuje syndrom závislosti jako soubor psychických a fyzických stavů, které vznikají a rozvíjí se při opakovaném užívání jednotlivé psychoaktivní látky (např. tabák), skupiny látek (např. opioidy) nebo širším rozpětí různých látek. „*Užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem*

¹ Delirium jako jedna z kvalitativních poruch vědomí je charakterizována narušením obsahu vědomí, halucinacemi, neklidem. Typickým příkladem je delirium tremens u chronicky závislých na alkoholu (Hynek, 1994, podle Vágnerová, 1999, s. 45).

větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více“, vysvětluje v této souvislosti Nešpor (2011, s. 10).

Kudrle (2003, s. 107) definuje závislost jako „*chronickou a progredující poruchu, která se rozvíjí na pozadí přirozené touhy člověka po změně chování.*“ Tato přirozená lidská touha může přejít v nutkavost a vést k chorobným znakům projevující se závislosti, jimiž je nejen nutkavé chování po změně prožívání, ale také narušení až ztráta kontroly nad ním, pokračování v tomto chování i přes škodlivé důsledky (Kudrle, 2003, s. 107). Fišerová (2003a, s. 96) se také přiklání k tomu, že závislost prokazuje rysy obsedantně kompulzivního chování (tj. neovladatelné opakované nutkání k dané činnosti), kdy nutkavost nemusí být v každém případě odměněna pocitem libosti. Dále také uvádí, že droga toto chování vedoucí k odměně posiluje (Fišerová, 2003a, s. 97).

1.2.1 Znaky závislosti

Syndrom závislosti je typický svými specifickými příznaky, které se projevují po dobu alespoň jednoho měsíce, nebo opakovaně během jednoho roku. Mezi ně patří silná touha užívat drogu, i přes vědomí škodlivých účinků, neschopnost sebeovládání ve vztahu k jejímu užívání, zanedbávání jiných zájmů a potěšení, vyšší tolerance, a po snížení nebo omezení dávky se projeví abstinční syndrom (Fischer, Škoda, 2009, s. 93; DSM-IV, 1994, podle Vágnerová, 1999, s. 289). Pro mou práci je důležité seznámit se s charakteristikou jednotlivých znaků závislosti.

Bažení neboli craving, jako jeden ze znaků závislosti, definovala Světová zdravotnická organizace (WHO, 1955, podle Nešpor, 2011, s. 12) jako silnou touhu pociťovat účinky psychoaktivní látky, se kterou měl jedinec již dříve zkušenost. Lze rozlišit bažení tělesné, které přichází krátce po odeznění účinků drogy, nebo psychické, které vzniká i po delší abstinenci (při pohledu na psychoaktivní látku, při setkání s lidmi, kteří berou drogu), (Isbell, 1955, podle Nešpor, Csémy, 1999, s. 9). Po tělesné stránce se bažení na závislém člověku projevuje především svíráním na hrudi, pocitem sucha v ústech, třesem, bolestí hlavy a jiných částí těla. Dále se projevuje tím, že závislý vzpomíná na příjemné pocity, které droga po užití vyvolává (např. uvolnění, klid, fantazii, aj.), zhoršuje paměť, odvrací ho od normálního života. Pociťuje úzkost, slabost, stísněnost nebo těž vzrušení. Touha po droze je nejsilnější v situaci, kdy je daná droga lépe dostupná (např. bažení po alkoholu je silnější při pobytu v hospodě než ve škole)

nebo na počátku abstinence. Závisí především na druhu návykové látky a době jejího užívání/závislosti na ní (Nešpor, Csémy, 1999, s. 6-8). Fišerová (2003b, s. 115) doplňuje, že závislý může při pocitu bažení prožít tzv. flashback, při kterém se náhle ocitá ve stavu, kdy znovu prožívá účinky drogy, aniž by ji užil. Droga není v jeho organismu přítomna.

Nešpor ve svých publikacích (2011, s. 11; Nešpor, Csémy, 1999, s. 15) zdůrazňuje, že bažení ne vždy předchází recidivě (tj. opětovnému užití drogy po delší abstinenci). Je zřejmé, že bažení riziko recidivy zvyšuje, ale také často vede k větší opatrnosti a tomu, že se závislý vyhýbá nežádoucí situaci setkání s drogou nebo je na ni lépe připraven. Nejčastějšími způsoby, jak předcházet bažení, je vyhýbat se situaci, která silnou touhu po droze vyvolává, odvést pozornost na jinou činnost a především být schopný si uvědomit negativní důsledky opětovné recidivy (Nešpor, 2011, s. 11).

Jelikož je bažení spíše příznakem subjektivním, úzce souvisí s druhým znakem, *zhoršeným sebeovládáním*, které se týká chování. Zhoršené sebeovládání může i nemusí být motivováno bažením. Lidé, kteří trpí silnou touhou po návykové látce, nemusí nad sebou ztrácet kontrolu. Může tomu být i naopak. Ztráta sebekontroly bez předchozího pocitu bažení se projevuje tím, že závislý ztrácí nad sebou kontrolu, neovládá se ve vztahu k droze, neuvědomuje si při tom sám sebe a své emoce. Často svou touhu po droze potlačuje, tím nahromaděná úzkost vede k většímu oslabení sebeovládání. Důvodem může být také únava, vyčerpání. Závisí na životním stylu závislého. Zlepšit sebeovládání lze stejným způsobem jako vyhýbat se silné touze po droze a to, omezit pobyt v rizikovém prostředí, mezi lidmi, kteří užívají drogy, popřípadě změnit životní styl, přátele, práci, atd., (Nešpor, 2011, s. 13-15).

Opakovaná aplikace drogy do organismu člověka způsobuje dlouhodobé vychýlení rovnováhy ve složitých systémech CNS. Zachování rovnováhy je jedním z mnoha úkolů organismu. Proto se během dlouhodobého užívání drogy rozvíjí pochody, které se snaží o navrácení zpětné rovnováhy v organismu, tzv. adaptační mechanismy. Při opakovaném užívání drogy se tedy organismus přizpůsobuje droze, díky níž vzniká patologická rovnováha. Udržet tuto rovnováhu v těle znamená dodávat drogu do těla. Pokud droga v organismu závislého chybí, opět se rovnováha naruší, dostaví se nepříjemný a u některých typů drog života nebezpečný odvykací stav, tzv. *abstinenční syndrom* (Fišerová, 2003a, s. 97). Nešpor (2011, s. 16-17) uvádí, že pro splnění diagnózy abstinenčního syndromu je třeba, aby závislý redukoval

nebo vysadil množství látky po nedávném opakovaném nebo dlouhodobém užívání, aby příznaky odpovídaly příznakům abstinenčního syndromu a nebyly příznaky jiných onemocnění nezávislých na užívání látky. Jako příklad uvádím pouze některé z projevů odvykacího stavu, například bolesti hlavy, pocení nebo velké epileptické záchvaty u alkoholové závislosti.

Dalším znakem je *zvyšovaná tolerance*. Růstem tolerance se rozumí zvyšování dávek látky k dosažení stejného účinku. Závislý potřebuje větší dávku např. alkoholu, aby se opil. K poklesu tolerance dochází ve vyšším věku, po předchozí abstinenci, při některých onemocněních (Nešpor, 2011, s. 18).

Důležitým a často se vyskytujícím projevem závislosti je *zanedbávání zájmů ve prospěch užívané návykové látky*. Závislý tráví většinu času (často i všechn) sháněním, užíváním návykové látky nebo též zotavováním se z jejich účinků. Čas strávený ve prospěch drogy omezuje také pracovní, rodinné, sociální či rekreační aktivity (Nešpor, 2011, s. 20-22).

Pokračování v užívání návykových látek i přes jasný důkaz škodlivých následků se stává jedním ze znaků závislosti až od té chvíle, kdy je závislý o nežádoucích a zdraví nebezpečných následcích informován (poškozením jater při nadměrném pití alkoholu, deprese, žloutenka typu B i C, atd.). Aby mohla být stanovena diagnóza závislosti, musí se u závislého objevit v průběhu jednoho roku tři nebo více znaků závislosti (Nešpor, 2011, s. 21).

1.2.2 Typy závislosti

V odborné literatuře se nejčastěji setkáváme se závislostí biologickou (somatickou) a psychickou (Fischer, Škoda, 2009, s. 94; Skála, 1986, s. 41; Vágnerová, 1999, s. 289). Někteří autoři zmiňují také závislost sociální, ba dokonce i spirituální (Wallace, 1999, s. 21-22). Těmto typům závislosti se budu podrobněji věnovat v následující části práce.

Biologická (somatická) závislost je vnímána jako stav adaptace organismu na drogu, jejímž projevem je zvyšující se tolerance a rozvoj abstinenčních příznaků při jejím snížení, omezení či odstranění. Závislý člověk potřebuje užít stále větší dávku drogy k dosažení stejného efektu, tím je zvýšená jeho tolerance na drogu. Pokud je jeho potřeba užít drogu snížena, omezena nebo odstraněna, projevuje se u něj abstinenční syndrom, jehož příznaky se liší dle druhu návykové látky a osobnosti člověka (Wallace,

1999, s. 19). Fischer a Škoda (2009, s. 88) dodávají, že závislost trvá několik dnů, nejvýše týdnů. Nyní uvádím pouze některé z mnoha příznaků: křeče, nadměrné pocení, snížená obranyschopnost, změny nálady a chování, pocity podráždění, nervozita (Wallace, 1999, s. 19).

Psychickou závislostí se rozumí opakovaná nebo trvalá potřeba užívat drogu, která vyvolává příjemné prožitky a odstraňuje ty nepříjemné. Závislému droga přináší pocit uspokojení. Je-li droga nepřítomna, člověk pociťuje úzkost, a proto se snaží drogu získat jakýmkoli způsobem (Vágnerová, 1999, s. 289; Pokorný, Telcová, Tomko, 2002, s. 22). Psychická závislost trvá mnohem déle než somatická (Fischer, Škoda, 2009, s. 88). Mezi důsledky psychické závislosti můžeme zařadit nízké sebehodnocení, deprese, zlost, zášť vůči ostatním, výraznou sebelítost či přecitlivělost, obavy a jiné (Wallace, 1999, s. 20).

U *sociální závislosti* se zájem o drogu prohlubuje, potřeba drogy je dominantní a ostatní v životě závislého upadá. Závislí se potýkají s mnoha sociálními problémy. Depresemi, strachem, lítostí či pocity beznaděje trpí nejen závislý, ale i jeho partner či děti. Stres a nespokojenost vedou k opětovnému užití drogy, která je viníkem, ale i tišitelem problému. Důsledky sociální závislosti nejsou pouze manželské nebo rodinné obtíže, ale také obtíže v zaměstnání, finanční problémy, trestná činnost, ztráta nebo narušení přátelství, ztráta společenského postavení či problémy s přijetím identity a sociálních rolí (Wallace, 1999, s. 21).

Požívání drog negativně působí také na *duchovní život* závislého. Závislý vnímá pocity odcizení, zoufalství, izolace, ztráty smyslu života. Důsledkem duchovní závislosti jsou dále vnitřní pocity prázdnoty, nejistota v osobních cílech a možnostech jejich dosažení. Podle závislých existuje jediný způsob, jak naplnit vnitřní prázdnotu, a to, opětovné požití drogy (Wallace, 1999, s. 21-22).

Z informací uvedených výše v této kapitole vyplývá, že se droga stává nejdůležitější součástí života závislého. Stává se tak podřízeným potřebám drogy. Ztrácí nad drogou i sám nad sebou kontrolu, užívá ji častěji a ve větší míře i přesto, že ví o jejich negativních účincích na jeho organismus. Obstarávání drogy, její užívání a následné abstinenci stavy vyplňují všechny jeho volný čas. Čas, který by měl trávit se svou rodinou, kamarády, v práci. Omezuje ho v běžných aktivitách, bere nejen energii, ale také finanční prostředky.

2 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU

V této kapitole bude důležité vymezit konkrétní závislost, a to sice závislost na alkoholu. Jako každá jiná závislost na návykových látkách i tato závislost má svá jasná specifika. Tato specifika je důležité vymezit pro pochopení závažnosti problému, který se týká právě alkoholu. Tato kapitola seznamuje se vznikem a vývojem závislosti na alkoholu, s jejími příčinami a projevy. Nebudou opomenuty ani následky této závislosti, které jsou závažné a zahrnují široké spektrum fyzických, psychických, sociálních, finančních a dalších problémů. Dotýkají se nejen osoby závislé na alkoholu, ale i rodiny a blízkého okolí. Dále budou popsány možnosti pomoci, které mohou dovést závislého k omezení dávek či k trvalé abstinenci.

2.1 Alkohol jako návyková látka

Jak již bylo zmíněno výše, alkohol spolu s nikotinem a kofeinem je nejčastěji požívaná psychoaktivní látka, jejíž užívání je masivním způsobem podporováno reklamními společnostmi. Můžeme ji nazvat drogou společenskou, neboť se často užívá v přátelském i rodinném kruhu při nejrůznějších formálních či neformálních akcích. V dnešní době si lidé nedokážou představit slavnostní okamžik bez alkoholu. Dá se říct, že je to tradice. Což znamená, že naše společnost pítí alkoholických nápojů v dané míře toleruje. Pokud dojde k nadměrnému pití alkoholu nebo k závislosti, její postoj se razantně mění k negativnímu. Popov (2003, s. 151) dodává, že etanol byl ve formě alkoholických nápojů používán k náboženským a lékařským účelům už v dobách historických civilizací. I dnes je využíván nejen v medicíně profesionální, ale též lidové.

Alkoholy tvoří celou skupinu chemických látek, název celé skupiny převzal druhý nejjednodušší a zároveň nejznámější, etylalkohol. Etylalkohol neboli etanol (líh, spiritus) je základní psychoaktivní látkou obsaženou v alkoholických nápojích. Díky své malé a jednoduché molekule vzniká chemickým (alkoholovým) kvašením cukrů s obsahem jednoduchých sacharidů, obsažených především v ovoci (nejčastěji plody vinné révy), nebo polysacharidů, obsažených v obilných zrnech nebo v bramborách. Následná chemická úprava pro vyšší koncentraci alkoholu se provádí destilací (Popov, 2003, s. 151; Mareček, 1996, podle Vágnerová, 1999, s. 290; Fischer, Škoda, 2009, s. 99-100).

Užití alkoholu probíhá převážně perorálně (ústí). Jelikož je etanol nejslabší psychoaktivní látka, účinky se zřetelně objevují až při množství dávky 1g na 1kg váhy. Ve farmakologické klasifikaci se řadí mezi psychoaktivní látky, které působí převážně na nervový systém člověka (Vojtěchovský, 1985, s. 13). Nejcitlivěji reaguje na alkohol mozková kůra, míšní motorické neurony (Skála, 1986, s. 9). Vojtěchovský (1985, s. 13) dodává, že etanol je významný tím, že dokáže pokrýt až polovinu energie potřebné pro fyzickou aktivitu při mírné svalové zátěži.

Mareček (1996, podle Vágnerová, 1999, s. 290) se shoduje s autory Rabochem a Pavlovským (1998, s. 54) v tom, že alkohol působí na jedince anxiolyticky (uvolňuje pocity úzkosti), dále uvolňuje psychické napětí, zlepšuje náladu a dodává pocit sebejistoty. Mareček (1996, podle Vágnerová, 1999, s. 290) však nevyvrací ani opačné působení alkoholu, navození pocitu smutku nebo zažívací problémy. Změny v chování, které následují po požití alkoholu, jsou individuálně specifické. Síla psychoaktivních účinků alkoholu závisí na množství a koncentraci etanolu v alkoholických nápojích, na hladině alkoholu v krvi, na pohlaví, tělesné hmotnosti, minulé zkušenosti a na uplynulé době od poslední dávky apod. (Jacobs, Fehr, 1987, podle Fischer, Škoda, 2009, s. 101). Popov (2003, s. 152) doplňuje Jacobse a Fehra o psychologické vlivy týkající se očekávaného efektu a sociální vlivy, kde působí na člověka nejen prostředím, ve kterém se pije, nýbrž také společnost a ostatní lidé.

Marhounová (1995b, s. 68) uvádí, že pití alkoholu splňuje čtyři dané funkce. Funkci výživnou, neboť je součástí jídla, funkci sociální, neboť přispívá k navozování sociálních kontaktů, funkci anxiolytickou, která snižuje pocit úzkosti a funkci orgiastickou, která je prostředkem k záměrné intoxikaci. Tyto čtyři hlavní funkce Budínský (2012, s. 35-36) doplňuje o mnoho dalších. Alkohol dále splňuje například funkci ekonomickou, poněvadž se výrobou a prodejem alkoholických nápojů živí mnoho lidí. Alkohol je brán jako koníček při degustacích ve vinných sklípcích. S tím souvisí i funkce turistická, neboť se stále více rozvíjí pivní a vinařská turistika do jiných krajů či zemí.

Osoba konzumující alkohol může být ohrožena akutní intoxikací alkoholem. Popov (2003, s. 152) přirovnává akutní intoxikaci CNS alkoholem k „*prosté (nekomplikované) opilosti*.“ Otrava alkoholem má dvoufázový efekt. Při požití nízké dávky alkoholu je nervový systém labilizován. Alkohol působí stimulačně, odstraňuje překážky např. při komunikaci, zvyšuje aktivitu a člověk bývá po konzumaci alkoholu

neklidný, mnohmluvný, agresivní. Při požití vyšších dávek je nervový systém utlumen. Dochází ke zhoršení poznávacích a psychomotorických funkcí a poruch vnímání. Člověk je unavený, usíná. Může dojít k bezvědomí až smrti (Skála, 1986, s. 9; Jacobs, Fehr, 1987, podle Fischer, Škoda, 2009, s. 101). „*Opilý člověk usíná tam, kde právě je*“, vysvětluje tlumivý účinek alkoholu Mareček (1996, podle Vágnerová, 1999, s. 100). Dle MKN-10 (Smolík, 1996, s. 125-126) musí být chování člověka v opilosti doprovázeno alespoň jedním z následujících znaků: hádavost, agresivita, labilita nálady, zhoršení pozornosti, zhoršení úsudku, rušivý vliv na výkon běžných denních činností. Akutní intoxikace alkoholem je charakteristická kolísavou chůzí, obtížemi při stožení, zarudlý obličej, nástřík spojivek a další (Smolík, 1996, s. 125-126).

V průběhu akutní intoxikace alkoholem lze sledovat čtyři stádia:

- I. stádium excitační, jež je charakterizováno lehkou opilostí s projevy rozjařenosti a s lehkou poruchou chůze nebo únavou, která je charakteristická útlumem či výraznými poruchami chůze,
- II. stádium hypnotické se projevuje bezvědomím, při němž má poživatel alkoholu zachované reakce na bolestivé podněty a též obranné reflexy,
- III. stádium narkotické s výraznými známkami opilosti se projevuje bezvědomím s narušenou reakcí na bolestivé podněty a obranné reflexy,
- IV. stádium asfyktické je charakterizováno též bezvědomím s narušenou reakcí na bolestivé podněty a obrannými reflexy, zástavy dechu a oběhu, (Skála, 1986, s. 9-10; Popov, 2003, s. 152).

Když se alkohol vstřebá a přejde cestou jaterního oběhu do krve, je poměr mezi alkoholem v krvi a ostatním alkoholem téměř stejný. Díky tomu se dá vypočítat množství alkoholu, které jedinec požil, na základě koncentrace alkoholu v krvi a tělesné hmotnosti jedince (Skála, 1986, s. 9). Jen malé množství etanolu je v nezměněné formě vylučováno prostřednictvím moči, potu či dechu (Fischer, Škoda, 2009, s. 100). U nás je alkohol v krvi zjišťován jodometrickou metodou podle Widmarka nebo plynovou chromatografií. Osoba konzumující alkohol se také často může setkat s tzv. altestem (dříve detalkolem), který zjistí obsah alkoholu v krvi za pomoci vydechovaného vzduchu (Skála, 1986, s. 9).

Dle hladiny alkoholu v krvi lze rozlišit stupně alkoholové intoxikace. Pro lehký stupeň (hladina alkoholu 0,5-1,5‰) se sníženou výkonností psychomotoriky je typické

zklidnění, tendence navazovat sociální vztahy, snížené zábrany studu, mnohmluvnost, pocit zvýšené výkonnosti, a další. U středního stupně (hladina alkoholu 1,5-2,5‰) je charakteristickými znaky euforie nebo podrážděnost. Člověk je méně sebekritický. Jeho pohyb je nejistý, ale orientace je zachována. Má chuť porušovat společenská i zákonem přijata pravidla. Posledním stupněm je těžký stupeň alkoholové otravy (hladina alkoholu je nad 2,5 ‰), projevující se poruchami vědomí, rovnováhy, řeči, závratě. Jedinec se neorientuje v okolí ani čase, je podrážděný, pociťuje úzkost (Skála, 1986, s. 10). Vojtěchovský (1985, s. 13) upozorňuje na riziko při množství 3-4‰ alkoholu v krvi, při němž dochází k oběhovému selhání a utlumení důležitých center ve středním mozku a může vést až k smrti.

Nadměrná konzumace alkoholu zhoršuje a poškozuje zdravotní stav člověka. Způsobuje mnoho somatických komplikací, které se týkají často všech částí lidského organismu. Poruchy, které jsou vyvolány nadměrným pitím alkoholu, můžeme rozdělit do dvou základních skupin.

- Poruchy způsobené přímým účinkem alkoholu na CNS (akutní intoxikace alkoholem) nebo jako následek chronického nadměrného užívání alkoholu (abstinenční syndrom, psychotické poruchy).
- Poruchy projevující se návykovým chováním v souvislosti s nadměrnou konzumací alkoholu (narušená kontrola pití) a se závislostí na alkoholu (syndrom závislosti na alkoholu, ztráta kontroly nad alkoholem).

Jednotlivými poruchami se budu v mé práci zabývat podrobněji (Smolík, 1996, s. 127; Popov, 2003, s. 151).

2.2 Vznik závislosti na alkoholu

Naše společnost toleruje požívání alkoholických nápojů tehdy, kdy člověk pije přijatelné množství v přijatelnou dobu, v přijatelném věku a zdravotním stavu. Člověk nejčastěji začíná pít ze dvou základních důvodů, těch společenských (např. jako prevence před sociální izolací, navazování nových vztahů) nebo individuálních (např. řešení problému a konfliktů, únik od reality). Na počátku konzumace alkoholu stačí určité množství alkoholu, ale postupem času se množství zvyšuje, aby dávka byla „účinná“. Růst tolerance k alkoholu zatěžuje organismus po stránce tělesné i duševní. Alkohol není jen drogou, ale také stále prostředkem, jak dosáhnout cíle – útěku od úzkosti, napětí. Tehdy má poživatel stále schopnost rozhodovat o jeho množství.

Kontroluje své chování vůči alkoholu. V tomto případě má konzumace alkoholu charakter abúzu neboli nadužívání alkoholu (nadměrná konzumace). Poživatel nemá potřebu pít alkohol stále. Po odejmutí alkoholu se u něj nevyskytují abstinenční příznaky (Skála, 1985a, s. 30-31).

Následkem dlouhodobé a opakovatelné konzumace alkoholu vzniká časem závislost. Člověk ztrácí kontrolu nad pitím. Potřebuje alkohol stále. Tato potřeba zatlačuje ostatní daleko významnější potřeby do pozadí (jako například starost o svůj zevnějšek, o zdraví, ztráta zájmu a starosti o rodinu, přátele, zájmy, aj.). Alkohol již není prostředkem, ale cílem, který člověka ovládá (Skála, 1985a, s. 31).

Vznik závislosti ovlivňuje několik faktorů. Skála (1986, podle Vágnerová, 1999, s. 290) uvádí dva základní, - genetickou dispozici a teorii učení. Tyto faktory nyní blíže popíší. Genetický předpoklad pro závislost na alkoholu se nejčastěji vytváří, když alkohol vzbuzuje v člověku příjemné pocity a nemá po konzumaci alkoholu nepříjemné zažívací problémy. Pro člověka je to lehký začátek vzniku závislosti. Genetická dispozice ovlivňuje další procesy učení. K vzniku závislosti přispívají osobnostní rysy člověka (impulzivita, nezdrženlivost, neschopnost přiměřené sebekontroly, a jiné). Tito jedinci častěji konzumují alkohol a rychle nad ním ztrácí kontrolu. Popov (2003, s. 152) potvrzuje, že existuje mnoho výzkumů (př. rodinných studií), které potvrzují význam dědičných vlivů jako jeden z rizikových faktorů při vzniku závislosti na alkoholu.

Druhým zmíněným typem je faktor učení, kdy závislost může vzniknout jako nápodoba rodičovského modelu, popřípadě party. Dítě vyrůstá s otcem alkoholikem, vidí jej opilého. Mnohdy v rodinách alkohol jako problém neberou. Dítěti přijde konzumace alkoholu, opilost, atd. jako normální. Chování se zafixuje i díky předešlým zkušenostem s alkoholem, který přináší pocit jistoty, moci, zvyšuje sebehodnocení (Kubička, 1987, s. 33-40).

Popov (2003, s. 152) vysvětluje vznik závislosti na „dispozičně-expozičním modelu“: *„Čím výrazněji se uplatňují faktory dispoziční (biologické, včetně genetické dispozice, osobnostní výbava, ...), tím menší podíl expozice je nutný a naopak, čím větší je expozice (dostupnost alkoholu, míra konzumace-množství, ...), tím menší dispozice stačí ke vzniku závislosti.“*

Závislost na určitou návykovou látku lze potvrdit tím, že se během jednoho roku projeví alespoň tři z následujících znaků, které jsem hlouběji popsala již výše. Těmito znaky se řídíme také při diagnostikování závislosti na alkoholu:

- silná touha k pití alkoholu,
- potíže v sebeovládání,
- abstinenční příznaky po omezení nebo přerušení množství dávky,
- nárůst tolerance,
- zanedbávání svých zájmů,
- pití alkoholu i přes vědomí škodlivosti jeho účinků.

Rychle vyvolané psychotropní účinky alkoholu vedou k psychické závislosti na alkoholu. Člověk si začíná zvykat na alkohol jako na prostředek pro řešení problémů nebo k uniknutí z reality. Každá další konzumace vede k příjemné psychické odměně, stavu bez depresí, nespokojenosti či žalu. Střízlivý stav člověka ubíjí (Vágnerová, 1999, s. 290; Vojtěchovský, 1985, s. 28).

Stejně jako u ostatních návykových látek existuje také u alkoholu tělesná závislost. Projevuje se nejrůznějšími tělesnými i psychickými příznaky jako reakce na omezení či odstranění potřebné dávky etanolu do organismu. Tento stav definujeme jako alkoholový abstinenční syndrom. Objevuje se u závislých, kteří dlouhodobě a intenzivně nadužívají alkohol. Dochází k němu po několika hodinách až dnech po ukončení konzumace alkoholu. Intenzita příznaků stoupá druhým dnem (Popov, 2003, s. 153). Závislý reaguje úzkostí, neklidem, třesem, také depresivní nebo podrážděnou náladou, bolestí hlavy, poruchy spánku, zvracení. Mívá také vegetativní problémy (pocení, snížený krevní tlak). V závažnějších případech je abstinenční syndrom doprovázen křečemi, halucinacemi. Některé příznaky přetrvávají delší dobu, některé odezní během pěti dnů (Mareček, 1997, podle Vágnerová, 1999, s. 292).

Bouřlivější reakcí abstinenčního syndromu závislé osoby po odejmutí alkoholu je abstinenční syndrom s deliriem, tzv. delirium tremens. Tělesné reakce jsou velmi silné, komplikované silnými křečemi či epileptickými záchvaty. Je to závažný, mnohdy život ohrožující stav s vysokou úmrtností (Popov, 2003, s. 153). Mareček (1996, podle Vágnerová, s. 292) upřesňuje úmrtnost asi u deseti procent případů, které obvykle trvají

přibližně 72 hodin. Charakteristické jsou čichové, sluchové nebo zrakové halucinace (nejčastěji malých živočichů – např. bílé myšky), dezorientace, psychomotorický neklid, záchvaty křečí, hrubé třesy („tremens“ znamená „třesoucí se“), inverze spánku. Největší komplikace jsou v noci. V těchto případech je důležité monitorovat zdravotní stav příslušné osoby (Popov, 2003, s. 153).

Vágnerová (1999, s. 290) dodává, že závislost se vyvíjí i několik let, délka vývoje je však individuální. Nadměrná konzumace alkoholu u mladistvých může vést k rychlejšímu vývoji alkoholové závislosti.

Závislost na alkoholu je často vnímána jako „mužská závislost“. Závislost na alkoholu u mužů se dá rozdělit na dva typy. Častěji se vyskytuje první typ, kdy je muž k užívání alkoholu vyprovokován svým nepříznivým sociálním či rodinným prostředím. U druhého typu hraje roli biologická dědičnost (Skála, 1986, s. 10). V České republice 25% mužů a 5% žen nadměrně a pravidelně pijí alkoholické nápoje. Česká republika se také řadí na nejvyšší stupeň ve spotřebě alkoholu, - na jednoho obyvatele bývá uváděno deset litrů stoprocentního alkoholu za rok (Popov, 2003, s. 151). Například v Německu je zneužívání a závislost na alkoholu největším socio-medicínským problémem, neboť 2,5 milionu lidí je závislých na alkoholu, z toho 20% žen (Arenz- Greiving, 1999, s. 5).

2.3 Vývoj závislosti na alkoholu

Jak již bylo řečeno, ze škodlivého užívání alkoholu se může postupně vyvinout závislost. Pro vývoj závislosti jsou typické postupující změny v postoji k alkoholu a další psychické změny. Jedinec začíná zvyšovat množství alkoholu, postupně ztrácí kontrolu nad alkoholem. Postupné zanedbávání sebe samého, svých zájmů, ale také rodiny, práce a přátel může vést až k jejich ztrátě. Psychická stránka člověka se také mění. Objevují se změny v myšlení, chování a prožívání emocí, které se mohou postupně fixovat a zapříčiňovat osobnostní změny člověka. Jde o tzv. adaptační mechanismus alkoholika, který tak reaguje na vzniklé problémy související s konzumací alkoholu. Tímto chováním postupně své pití zakrývá, vysvětluje nebo obhájí (Popov, 2003, s. 153).

Rozvíjející se závislost je typická svou změnou tolerance k alkoholu. Na počátku závislosti dochází ke zvyšování tolerance. Jedinec vypije velké množství alkoholu.

Pro ostatní bývá často nenápadný. Nepůsobí dojem opilého. Postupem času dochází ke snížení tolerance. Jedinec nepotřebuje velké množství alkoholu, aby se opil. Závisí to také na době předchozí abstinence a zkušenostech s pitím. Dalším charakteristickým znakem jsou odvykací příznaky, které se snaží odstranit již ráno při prvních doušcích alkoholu, a poruchy paměti, tzv. alkoholická „okénka“, kdy si jedinec nepamatuje situace, které se staly, když byl opilý (Popov, 2003, s. 153).

V odborné literatuře se setkáváme se základní typologií závislosti na alkoholu z roku 1940 podle amerického alkoholologa českého původu Jellineka. Autor rozlišil typy abúzu alkoholu (alfa, beta), typy závislosti na něm (gama, delta, ypsilon) a také vývojová stádia závislosti na alkoholu. *Typ alfa* lze charakterizovat jako tzv. „problémové pití“. Člověk pije alkohol čas od času. Alkohol je prostředkem k odstranění nebo potlačení úzkosti, deprese, osobních konfliktů, k získání lepší nálady, euforie, k navázání sociálních kontaktů nebo ke sblížení se s druhými (např. k sexu). Často pije o samotě. *Typ beta* představuje tzv. „společenské pití“, příležitostní abúzus. Člověk příležitostně požívá alkohol nejčastěji ve společnosti díky pijáckým zvyklostem nebo z důvodu nedostatku vhodných zájmů, v okolí svých blízkých. Motivuje ho především to, že patří do nějaké skupiny a není sám, není izolován. Hrozí riziko růstu tolerance k alkoholu nebo porušování dopravních předpisů. Jako následek bývá často somatické poškození. O *typu gama* (označovaném jako „anglosaský typ“, preferující pivo a destiláty) lze již hovořit jako o závislosti na alkoholu. Člověk ztrácí kontrolu nad pitím, postupně se zvyšuje tolerance k alkoholu. Je charakteristická především psychická závislost. Dosáhne-li jednatel určitě hranice obsahu alkoholu v krvi (0,5-0,6‰), není jisté, zda nebude v abúzu pokračovat až do intoxikace. Tudíž základním znakem je nespolehlivá, změněná, poruchová kontrola nad pitím. Člověk je po intoxikaci schopen kratší nebo delší abstinence (tzv. „vynucená abstinence“). Negativními důsledky jsou pro tento typ charakterističtější problémy v oblasti rodinných, společenských vztahů nebo dodržování zákona. *Typ delta* (označovaný jako „románský typ“ preferující víno) je charakteristický pro somatickou závislost na alkoholu. Jedinec pije každý den, udržuje si svou „hladinku“ alkoholu v krvi. Jeho jak psychické, tak tělesné zdraví je ve vyšší míře ohroženo (cirhóza jater, delirium tremens). Posledním typem závislosti je *typ epsilon*, který představuje epizodický abúzus s delší nebo občas úplnou abstinencí. Někdy je doprovázen afektivní poruchou, která bývá jedním z mnoha následků závislosti na alkoholu (Skála, 1986, s. 11-12;

Popov, 2003, s. 151-152; Skála, 1985a, s. 33-35). Skála (1985a, s. 35) zdůrazňuje, že se jednotlivé typy závislosti (především typ gama a delta) neobjevují samostatně. Kombinují se, při čemž jeden nebo druhý typ převládá.

Dodnes jsou známa Jellinkova čtyři vývojová stádia závislosti na alkoholu, které popsal v roce 1952. U nás jsou užívána od roku 1957. Tato stádia se vztahují především na abúzus typu alfa a na závislost typu gama (Skála, 1985a, s. 35; Popov, 2003, s. 152). V *počátečním (iniciálním) stádiu* člověk užívá alkohol sám k potlačení nepříjemných psychických stavů, k navození pocitu úlevy, nebo aby se přiblížil ostatním ve společnosti, v zaměstnání, v partě. Uvědomuje si, že pije odlišným způsobem než ostatní v jeho okolí. Zvyšuje se nejen tolerance k alkoholu, ale také frekvence pití. Avšak nedochází k alkoholové intoxikaci (Skála, 1986, s. 12-13; Skála, 1987, podle Fischer, Škoda, 2009, s. 101)

Během *varovného (prodromálního) stádia* si člověk na alkohol zvyká a pije stále více. Čím více pije, tím se jeho tolerance k alkoholu zvyšuje. Jeho kontrola nad množstvím a pitím alkoholu je narušena. Doma má uschovány své zásoby alkoholických nápojů. Tento člověk vnímá, jakou potřebu alkoholu má a za své pití se stydí. Proto pije často sám a tajně. Nechce, aby jeho „tajemství“ někdo odhalil. Tomuto stádiu se zhruba podobá škodlivé užívání alkoholu (Skála, 1986, s. 12-13).

Na počátku *kritického (rozhodného) stádia* dochází u člověka závislého na alkoholu ke změněné, snížené, poruchové až „ztracené“ kontrole v konzumaci alkoholu. V této chvíli je pro alkoholika snazší abstinovat než pít s mírou, neboť pít s mírou již nikdy nedokáže. S rostoucí tolerancí k pití a konzumaci alkoholu roste i množství problémů. Mění se osobnostní stránka alkoholika, hodnoty v jeho životě. Dochází ke konfliktům v zaměstnání, v soukromém životě (sexuální problémy spojené často se žárlivými scénami), úbytku jeho koníčků a zájmů. Dává proto přednost společnosti, která také holduje alkoholu, jeho starosti chápe. Zde se cítí dobře, neboť mu jeho závislost nikdo nevyčítá. Také se častěji objevují paměťové výpadky (alkoholické amnézie), tzv. „okénka“. Potřebuje alkohol téměř denně, bez něj se již neobejde. Pokud by se nenapil, pociťoval by neklid, nervozitu, nepříjemné pocity, které by mu k dlouhodobější abstinenci nepomohly. Alkohol se stal pro něj prioritou v každodenním životě. Svě výčitky po dalším požití alkoholu utěšuje tím, že je přesvědčen o tom, že své chování dokáže ovládat, avšak není toho schopen (Skála, 1986, s. 12-14; Skála, 1987, podle Fischer, Škoda, 2009, s. 101).

V *terminálním stádiu* dochází ke změně. Tolerance k alkoholu se snižuje. Závislému stačí malé množství alkoholu, aby se opil. Bez alkoholu nevydrží. Konzumace alkoholu začíná hned ráno. Často pije nepřetržitě i několik dní. Zhoršuje se jeho tělesný i psychický stav. Konfliktů s rodinou, s kolegy přibývá. Závislému je jedno, s kým pije. Nevybírá si. Dokáže pít s každým, který jej přijímá, neodhání. Často jsou to lidé pod jeho sociální úrovní (např. lidé bez přístřeší). V některých situacích dochází ke konzumaci technických prostředků (jako např. Alpa, Okena, aj.). Důležité je pro něj ten fakt, že pije. Toto stádium doprovázejí pocity bezmoci z toho, že není schopný svou závislost zvládnout (Skála, 1986, s. 12-14).

Z výše uvedených typů a stádií závislosti sledují názorně jednotlivé znaky syndromu závislosti a jejich intenzitu. Osoba závislá na alkoholu postupně více a více touží napít se. Její kontrola nad pitím je narušena a zdánlivě se ztrácí. Také se mění její tolerance k pití. Na počátku potřebuje vypít několik skleniček alkoholu, aby se dostal do „nálady“. Prohlubováním závislosti chřadne jeho zdravotní stav, ale i přes riziko zhoršujícího se nejen zdraví, ale také vztahu s manželkou či manželem, dětmi, přáteli, kolegy v práci, nepřestává pít. Také se snižuje počet skleniček k dosažení stavu opilosti. Člověk pije proto, aby odstranil špatnou náladu. Při závislosti se špatná nálada vrací, když omezí nebo odstraní množství alkoholu. Je to často velmi komplikovaný začarovaný kruh, ze kterého je těžké uniknout.

Mnohdy společnost pokládá každého jedince se skleničkou vína za alkoholika. Je to její subjektivní pocit. Záleží na každém, jaký vztah si k alkoholu vybere. Dle následující kategorie můžeme rozlišit různé typy konzumentů alkoholu (Mlčák, 2004, s. 17) :

Abstinentem se rozumí člověk, který dlouhodobě (min. 2 roky) nepožil a dále nepožívá alkohol. Do tohoto typu lze zahrnout též děti (do určitého věku) anebo lidi, kteří se konzumace alkoholu vzdali dobrovolně nebo ze zdravotních, etických či náboženských důvodů. *Konzument* je charakteristický tím, že pije příležitostně a v malých dávkách, na oslavách, formálních akcích. *Pijákem* lze označit člověka, který dává přednost alkoholu před nealkoholickými nápoji. Pije ve větší míře a často, ale své pití má pod kontrolou. *Alkoholikem* se stává člověk, který ztrácí nad svým pitím kontrolu, jeho zdravotní i psychický stav se zhoršuje a má problémy v soukromém i společenském životě.

Budínský (2012, s. 29-30) dává přednost sociologickému pojetí pojmu alkoholik, což je podle něj - „člověk, kterému konzumace výrazně komplikuje život a brání mu v plnění jedné nebo více základních životních funkcí“, toto pojetí se téměř ztotožňuje s definicí alkoholika uvedenou výše. Budínský (2012, s. 30) dále doplňuje, že je důležité mezi alkoholiky zařadit tzv. kvartální pijáky, kteří požijí alkohol jednou za dlouho dobu (týden, dva týdny, měsíc), ale důsledky jsou katastrofální. Kvartální piják pozve na skleničku své přátele i „nepřátele“, utratí všechny peníze, popřípadě si půjčí. Z jeho strany pak hrozí domácí násilí páčáno na manželce či dětech. I když je konzumace alkoholu u kvartálních alkoholiků mnohem nižší oproti alkoholikům, kteří pijí denně, řadí se tito pijáci mezi alkoholiky, neboť jejich konzumace narušuje jejich společenské role a funkce, vztahy v rodině, práci, a také zdravotní stav. Autorka Arenz-Greivingová (1999, s. 11) doplňuje, že člověk závislý na alkoholu nemůže přestat pít a tím ubližuje sobě a ostatním.

Všechny výše uvedené definice se podobají definici alkoholika dle WHO (Skála, 1986, s. 33): „Osoba je závislá na alkoholu, jestliže jí jeho abúzus – zpravidla již nutkavého charakteru – způsobuje oslabení na tělesném či duševním zdraví, ve společenských vztazích, ve společenské činnosti (nebo funkci), nebo jde-li o předstupně uvedeného vývoje a jeho důsledků.“

V předchozím textu jsem charakterizovala to, jak závislost na alkoholu vzniká a jak probíhá její vývoj. V návaznosti na toto téma bych se v následující kapitole ráda věnovala tomu, jaké konkrétní komplikace závislost na alkoholu přináší.

2.4 Komplikace spojené se závislostí na alkoholu

Jak už bylo zmíněno, alkohol je v mnoha zemích nejrozšířenější návykovou látkou, která je ve společnosti značně akceptovaná. Její propagace a následná dostupnost je velmi rozšířená a snadná. Nejenže na ní vzniká závislost, ale také představuje hrozbu pro lidský organismus. Alkohol je příčinou mnoha fyzických i duševních zdravotních problémů. Čím větší dávka alkoholu, tím se riziko zdravotních problémů zvyšuje. Alkohol a závislost na něm zasahuje život člověka komplexně, po všech stránkách – fyzických, duševních, sociálních i duchovních. Jeho negativní účinky a následné škody jeho zneužívání ničí nejen jednotlivce, ale také jeho rodinu a společnost (Anderson, Gual, Colom, 2008, s. 7).

V této kapitole se proto zaměřuji na jednotlivé oblasti života jedince závislého na alkoholu. Popisuji jeho zdravotní stav, který se díky nadměrné konzumaci a závislosti na alkoholu zhoršuje. Definuji a popisuji jednotlivé fyzické, psychické a sociální problémy, se kterými se jedinec závislý na alkoholu potýká. Opomíjená není ani jeho rodina a společnost.

2.4.1 Somatické komplikace

Nadměrná a dlouhodobá konzumace alkoholu má nepříznivý vliv na lidský organismus. Dochází tak k poškození mnoha orgánů a jejich funkcí. O těchto důsledcích se ve svých publikacích zmiňují autoři Skála (1986, s. 15-18), Popov (2003, s. 154), Lindenmeyer (2009, s. 2), Roben a Michelson (1988, podle Vágnerová, 1999, s. 292). Příznaků somatických komplikací po dlouholetém abúzu alkoholu je velké množství. Uvádím proto jen ty, které se vyskytují nejčastěji.

Během nadměrné konzumace alkoholu dochází k poškození trávicího traktu, jehož následky jsou dlouhodobého charakteru. Alkoholici jsou ohroženi vznikem jaterní cirhózy, při které si jedinec stěžuje na celkovou únavu či tělesnou sešlost. Je typická také úbytkem váhy, změnami na kůži nebo zvětšenou slezinou (Popov, 2003, s. 154; Skála, 1986, s. 15-17, Šedivý, Válková, 1988, s. 84). Z důvodu toxického působení alkoholu hrozí také výskyt rakoviny jater, jícnu, žaludku, tenkého střeva. Dochází k poškození slinivky břišní, k poruše sekrece inzulínu nebo ke vzniku cukrovky (Popov, 2003, s. 154; Skála, 1986, s. 15-17). Mezi obecné příznaky poškození trávicího traktu patří proto úbytek hmotnosti, bolesti břicha, zvracení (Skála, 1986, s. 15-17). Popov (2003, s. 154) doplňuje, že se u konzumentů piva vyskytuje větší riziko vzniku rakoviny konečníku.

U poruch oběhové soustavy se především jedná o poruchy srdečního rytmu, zvýšený krevní tlak, který společně s alkoholem může vést k selhání srdce. Nebezpečí alkoholikovi hrozí při úrazech, neboť jeho krvácivost a případná krevní ztráta bývá zvýšená (Skála, 1986, s. 15-16).

Popov (2003, s. 154) nejčastější poškození nervového systému vyjmenovává – např. alkoholová polyneuropatie nebo epilepsie, a upozorňuje na Wernickeovu encefalopatii, která je charakteristická chronickým nedostatkem vitamínu B1 (thiaminu), jenž se projevuje poruchami rovnováhy, obrnou okohybných svalů, zmateností, apatií, popřípadě delirantním stavem. Tuto poruchu pozvedá i Roben

s Michelsonem (1988, podle Vágnerová, 2004, s. 560). Skála (1986, s. 18) dodává vysvětlení k ostatním poruchám nervového systému - alkoholická polyneuropatie je charakterizující křečemi a bolestmi v lýtkových svalech. A upozorňuje na to, že alkohol může být podezřelým spouštěčem epileptického záchvatu u dospělého člověka. U dlouhodobého abúzu alkoholu dochází k postupnému funkčním a posléze orgánovému poškození oběhové a nervové soustavy, shoduje se Skála (1986, s. 15-19) s Popovem (2003, s. 154).

Závislost na alkoholu bývá ve většině případů spojena se závislostí na tabáku. Alkoholik vykouří velké množství cigaret a pohybuje v zakouřeném prostředí. Tím jeho dýchací soustava trpí, nejen z důvodu celkového oslabení imunity, nýbrž i z častého výskytu bronchitid a dalších onemocnění dýchacího systému (Popov, 2003, s. 154). Popov (2003, s. 154) dodává, že překvapením nemusí být ani výskyt rakoviny v dutině ústní, močového měchýře a prostaty.

Pokud se zaměříme na pohlaví závislého na alkoholu, u mužů dochází ke snížení sexuální výkonnosti, snížené sekreci testosteronu a impotenci. U žen alkoholiček je důležité zmínit riziko v období těhotenství, kdy má alkohol nepříznivé účinky na vývoj plodu. Pokud těhotná žena během těhotenství nadměrně konzumuje alkohol, může porodit dítě s tzv. fetálním alkoholovým syndromem (FAS). Škodlivý vliv má již malá dávka alkoholu (30ml denně) nebo nárazové pití jednou až dvakrát týdně. Během těhotenství dochází z důvodu vysoké koncentrace alkoholu v těle matky ke zhoršení centrální nervové soustavy (CNS) plodu, vývoje jeho intelektových funkcí, růstu buněk, jejich dělení (Skála, 1986, s. 30-33). Tento syndrom se vyznačuje růstovým postižením, postižením CNS a charakteristickou deformací obličeje dítěte, jimž je epikantus (kožní řasa horního víčka, která zakrývá vnitřní koutek víčka), široké nízké nosní sedlo, úzký horní ret, nízko položené uši (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001, s. 21; Skála, 1986, s. 30-33). Jeden z nejzávažnějších důsledků působení alkoholu v těhotenství na plod je mentální retardace, dodává Skála (1986, s. 32). „*Jsou-li přítomny pouze poruchy chování a intelektu bez jiných známek postižení, používá se termín fetální alkoholový efekt (FAE)*“, doplňuje Popov (2003, s. 154).

Požítí alkoholu před jízdou zvyšuje riziko dopravních nehod a s nimi souvisejí mnohdy závažná poranění a úrazy, mající za následek zvýšený počet zraněných a usmrcených účastníků dopravních nehod (Sovinová, Csémy, Hampl, Pacovský, 2002, s. 9-10). Na úrazové ambulance je v souvislosti s alkoholem přijato stále větší procento

pacientů (Hingson, Howland, 1987, podle Anderson, Gual, Colom, 2005, s. 35). Alkohol může též ovlivňovat léčbu, způsobovat chirurgické komplikace (Smith a kol., 1999, podle Anderson a kol., 2005) a zvyšovat pravděpodobnost úmrtí (Li a kol., 1994, podle Anderson a kol., 2005).

2.4.2 Psychické komplikace

Závislost na alkoholu je doprovázena silnými změnami nálad. Alkoholik bývá podrážděný, výbušný až agresivní. Ztrácí schopnost sebeovládání. Na podněty reaguje nepřiměřeně až agresivně. Nebere ohled na jiné lidi, ztrácí sociální zábrany. Mění se jeho celkový postoj ke světu a vztah k lidem. (Cox a kol., 2001, podle Vágnerová, 2004, s. 557-558).

Alkoholici na mnohé situace, i na tu svou, ztrácejí náhled. Jsou méně kritičtí. Často se cítí být nespravedlivě ohodnoceni, své problémy přičítají druhým. Z důvodu zvýšené podezíravosti, žárlivosti a nedůvěřivosti se okolí odcizují, jejich vztahy se rozpadají. Setkávají se s problémy v porozumění, častou kritikou a věčným odmítáním. Následně se cítí osamoceni, plní prázdnoty. Narušené, kolísavé sebehodnocení se projevuje nejen pocity méněcennosti, sebelítosti, které vedou k úzkostem a depresím, ale i naopak chvástavostí a nadměrným sebevědomím, jenž je projevem sebeobran (Cox a kol., 2001, podle Vágnerová, 2004, s. 557-558).

Psychické komplikace souvisejí především se sníženou či vynechanou obvyklou denní dávkou alkoholika. Mezi reakce na snížení či vynechání dávky alkoholu patří alkoholový abstinenční syndrom a alkoholový abstinenční syndrom s deliriem neboli delirium tremens, o kterých jsem se zmiňovala podrobněji v předchozích kapitolách (Mareček, 1996, podle Vágnerová, 2004, s. 558). Jako další reakci bych uvedla alkoholickou halucinózu, která je typická sluchovými a vizuálními halucinacemi. Alkoholik slyší hlasy, které o něm diskutují, zdají se mu nepříjemné sny (Mareček, 1996, podle Vágnerová, 2004, s. 557). Popov (2003, s. 154) doplňuje, že jí trpí čtyřikrát častěji muži závislí deset a více let. Dále uvádí další psychické poruchy patřící společně s alkoholickou halucinózou mezi alkoholické psychózy – alkoholická paranoidní psychóza a alkoholická demence, která se vyznačuje postupným úbytkem inteligence (Popov, 2003, s. 154). Kvůli postupnému poškození CNS může alkoholika postihnout také amnestický alkoholový syndrom charakteristický zhoršením krátkodobé paměti, o němž se zmiňují jak Popov (2003, s. 154), tak Mareček (1996, podle Vágnerová,

2004, s. 558). Do této kategorie patří Korsakovova psychóza, která se projevuje taktéž postupným zhoršením paměti, nahrazovaným konfabulacemi², celkovou tupostí a apatií.

Nejen organismus, ale také zevnějšek alkoholika chátrá. Dörner a Plog (1999, podle Vágnerová, 2004, s. 560) popisují jeho zevnějšek takto: „*prosáklý, rudomodrý, těstovitě mastný obličej, rozšíření cév, vodnaté oči, váčky pod očima, předčasně zestárlý výraz.*“

2.4.3 Sociální důsledky

V této kapitole bych chtěla poukázat na důsledky závislosti na alkoholu, které negativně působí na závislého jedince ve vztahu k sobě samému, k rodině a společnosti. Zaměřím se na jednotlivé role v životě člověka, které jsou tímto ovlivňovány a měněny.

Závislost na alkoholu a rodina

Závislost na alkoholu se stává zátěží nejen pro samotného alkoholika, nýbrž i pro jeho rodinu. Ovlivňuje strukturu a fungování rodiny. Postupem času dochází k narušení rodinných vztahů a ke změnám rolí (Csémy a kol., 2001, s. 15). „*Člověk závislý na alkoholu devastuje rodinu materiálně, sociálně i psychicky*“, shrnuje Vágnerová (2004, s. 570). V očích rodiny se jeví jako bezohledný, nespolehlivý, nenáviděný, opovrhovaný lhář, který nedodrží slib (Vágnerová, 2004, s. 570). Arenz-Greiving (1999, s. 7) dodává, že závislost na alkoholu jednoho člena rodiny postihuje celou rodinu a tím se stává onemocněním celé rodiny.

Alkoholik své povinnosti v rodině buď neplní, nebo jen v omezené míře anebo přecházejí na jiného člena rodiny. Csémy a kol. (2001, s. 17) uvádí, že nejčastěji jde o partnera, ale shoduje se s Klimentem (2007, s. 65), že povinnosti a role dospělého může převzít i dítě alkoholika. Na dítě jsou přenášeny pravomoci a povinnosti dospělého, jenž neodpovídá často jejich věku a zralosti. Hranice mezi sourozeneckým a rodičovským subsystémem je tím pádem často překryta (Kliment, 2007, s. 65). Dítě může být dotlačeno, jak píše Csémy a kol. (2001, s. 16), až „*k převzetí určitého druhu emocionální odpovědnosti za rodinu.*“

Aktivity uvnitř i mimo rodinu jsou v mnoha případech omezeny. Alkoholik se jich nechce nebo není schopen zúčastnit, popřípadě se ostatní příbuzní vyhýbají

² Konfabulací si nemocný nahrazuje mezeru v paměti. Jde o mylný, nepravdivý údaj, tzv. smyšlenku (Vágnerová, 2004, s. 65).

kontaktem s ním a tím i s celou rodinou. Z důvodu nepředvídatelného, rušivého chování alkoholika bývá nemožné pozvat blízké nebo přijmout nabídku k pozvání. Rodina se cítí zahanbeně a ponížene. Tím dochází k sociální izolaci rodiny (Csémy a kol., 2001, s. 16). Také rituály v rodině jsou opomíjeny nebo narušeny z přítomnosti nebo nepřítomnosti alkoholika. Alkoholik vnímá, zohledňuje a vyvyšuje především svoje potřeby vzniklé závislostí, které jsou nadřazeny potřebám celé rodiny. Je omezen pouze na přijímání (Csémy a kol., 2001, s. 16; Kliment, 2007, s. 65). U jednotlivých členů rodiny dochází k rozdílnému vnímání hodnot, doplňuje Kliment (2007, s. 65).

Společenský život je omezen i z důvodu nedostatku financí. Závislost je finančně nákladná. Peníze, které alkoholik utratí za denní dávku, chybí jinde. Není dostatek peněz na dovolenou, dětské výlety, atd. Tím hrozí nejen sociální izolace, ale také problémy s živobytím zapříčiněné nízkým výdělkem nebo nezaměstnaností, které mohou mít závažné důsledky (bezdomečství, krádeže, aj.), (Csémy, 2001, s. 16).

Partnerské soužití je narušeno žárlivostí alkoholika, která se projevuje bez důkazů. S tím souvisí obecně i podezřívavost a nedůvěřivost. K odcizení přispívají poruchy potence a sexuální poruchy alkoholika. Komunikace mezi nimi vážne. Alkoholik o svých problémech hovořit nechce (Csémy a kol., 2001, s. 17), neboť se se skutečností, že je alkoholik, neztotožňuje a odmítá ji, doplňuje Kliment (2007, s. 65). Konverzace mezi partnery mnohdy končí vzájemným obviňováním a hádkami o důsledcích pití (Csémy a kol., 2001, s. 17). Pokud si partner alkoholika nenašel způsob úniku nebo úlevy, může trpět víc než sám alkoholik. Nachází se v permanentním stresu plném negativních zkušeností s ponižováním, využíváním, strachem. Může trpět depresi, úzkostí a pocity bezmoci. K tomu přispívá ambivalentní prožívání problému závislosti svého partnera, na jedné straně odsuzování a odmítání jeho pití, na straně druhé neustálé omlouvání, zastírání jeho nepřijatelného chování a jednání v opilosti. Po delší době dochází i u nepijícího partnera ke psychickým změnám nebo poruchám. Stává se pasivní obětí situace (Vágnerová, 2004, s. 571). Musí reagovat na obtížně řešitelné a často nepříjemné situace s problémovým alkoholikem. Tím mívá méně nejen času, ale i emocí a materiálních zdrojů pro své děti. Je plně zodpovědná za výchovu svých dětí (Csémy a kol., 2001, s. 17-18).

Závislý rodič plně neuspokojuje svou rodičovskou roli. Závislost na alkoholu jednoho, popřípadě obou rodičů, se může na dítěti projevit zdravotně i psychicky. Zdravotní komplikace dítěte se mohou projevit v těhotenství matky, která nadměrně

konzumuje alkohol, tzv, fetálním alkoholovým syndromem nebo efektem, které jsem popisovala výše. Mezi další zdravotní problémy patří nedostatečná nebo nesprávná výživa, zanedbaná hygiena dítěte (Vágnerová, 2004, s. 571).

Aktuální psychický stav dítěte je taktéž nepříznivě ovlivněn závislostí na alkoholu v rodině, jelikož rodina není příkladným zdrojem lásky, jistoty a bezpečí. Dítě v rodině alkoholiků může trpět deprivací, resp. subdeprivací, uvádí Matějček (1981, podle Vágnerová, 2004, s. 571). Jsou často svědky hádek, konfliktů svých rodičů, mohou se stát oběti verbální nebo fyzické agrese. Tyto děti se potýkají s neschopností plně využít své inteligence, ztrátou soustředění, mají horší prospěch a problémy chování ve škole (agresivita, záškoláctví, atd.). Mezi další problémy patří neschopnost navazovat nebo udržet si přátelství, nízké sebehodnocení, problémy věřit druhým, obavy z neúspěchu a selhání, neschopnost projevit své city a být spontánní, atd. (Csémy a kol., 2001, s. 19-21; Woititzová, 1998, podle Vágnerová, 2004, s. 572). Chování jeho rodiče dítě buď děsí, nebo má vůči němu odpor. A jeho postoj k alkoholu má taktéž dvě možnosti, buď se s chováním rodiče alkoholika ztotožní a začne pít také, nebo bude mít k alkoholu značný odpor (Vágnerová, 2004, s. 572).

Vágnerová (2004, s. 572-573) uvádí tři varianty řešení stresujícího soužití s alkoholikem. Závislý je vyloučen z rodiny (rozvod manželů, rozpad rodiny), zůstává sám. Druhou variantou je, že se rodina nerozpadá, alkohol zde slouží jako způsob řešení problémů. Matějček (1993, s. 104-105) dodává, že právě v této situaci alkohol drží rodinu pohromadě. Poslední varianta je taková, že z důvodu nápodoby, sociálního učení nebo z důvodu utéct od nepříjemné reality pijí i ostatní rodinní příslušníci.

Závislost na alkoholu a zaměstnání

Jednou z důležitých rolí v životě člověka je role profesní. Na profesní roli společnost klade silný důraz, neboť se podle ní posuzuje sociální status člověka. Díky ní se člověk stává ekonomicky nezávislým, členem dané pracovní skupiny. Navozuje nové a prohlubuje stávající vztahy. Nejen prostřednictvím finančního ohodnocení své pracovní aktivity uspokojuje vlastní potřeby (Vágnerová, 2004, s. 732; Buchtová, 2002, s. 75).

Prvotní potřeba, kterou musí alkoholik uspokojovat, je denní dávka alkoholu. Bez ní nemůže fungovat. To se také odráží na jeho pracovní výkonnosti. Problémy má v opilosti i v době absence alkoholu. Při práci se nedokáže plně soustředit, pracuje

pomaleji, nepřesně a často s chybami. I zde se projevují jeho změny chování a jednání. Mívá špatnou náladu, provází ho nervozita a podrážděnost. Nedovede být přiměřeně sebekritický. Je nespokojený se svou pracovní pozicí a ohodnocením svého výkonu, který bývá slabý a nepřiměřený. Dochází tak ke konfliktům s nadřízeným i se spolupracovníky vedoucích až k agresi. Dále nedodrží pravidelnou docházku do práce, což vede k časté nepřítomnosti v práci, k nižšímu výdělku, nekonečnému omlouvání jeho závislosti, až ke ztrátě zaměstnání (Vágnerová, 1999, s. 293).

Ztráta zaměstnání znamená pro člověka ztrátou sociálního statusu. Giddens (1999, s. 554) ji definuje jako ztrátu „sociální prestiže, kterou má určitá skupina v očích ostatních členů společnosti.“ Csémy a kol. (2001, s. 16) a Matoušek (2005, s. 304) se shodují, že snížením výdělku nebo ztrátou zaměstnání bývá postižen nejen alkoholik, ale také jeho blízké okolí, především rodina. Vágnerová (1999, s. 293) dodává: „závislý na alkoholu mnohdy nemá motivaci ani energii k hledání nového zaměstnání.“

Závislost na alkoholu a společnost

Společnost konzumaci alkoholu toleruje jen do doby, kdy má alkoholik své pití pod kontrolou. Pak se její postoj zásadně odlišuje. Nejen ztrátou zaměstnání se sociální status alkoholika snižuje, ale také tím, že není schopen plnit své sociální role, nerespektuje normy ani očekávání společnosti. Závislost přináší jakési stigma³, kdy člověk musí přijmout roli alkoholika a jeho spoluúčast na společném životě je omezena na činnost dosahovat trvalé abstinence. Alkoholik bývá odmítán, kritizován, opovrhován, podceňován. Stává se pro společnost „nechutným“. Díky těmto negativním zkušenostem řeší situace často konfliktně, agresivně, neadekvátně. Tím se zvyšuje riziko nehod, úrazů, materiálních škod i trestních činů (Vágnerová, 1999, s. 295).

2.5 Možnosti pomoci pro závislé na alkoholu

Léčba alkoholové závislosti je především dlouhodobá, obtížná a její efektivita bývá často neuspokojivá. Mnozí léčící se ze závislosti na alkoholu nevydrží tíhu omezování a začínají pít znovu. Proto je nezbytnou součástí ochota spolupráce a motivace k léčbě. Přístup k pacientovi je individuální, neboť každý má svá osobní, zdravotní a společenská specifika. Cíl léčby je nutno taktéž přizpůsobit stavu pacienta,

³ Znak, díky němuž je jedinec ostatními negativně hodnocen. Lze jej označit i jako jedincovo selhání, nedostatek či handicap (Goffman, 2003, s. 11).

stupni jeho závislosti, psychickým problémům, úrovni motivace, také zohlednit jeho rodinné i partnerské vztahy a další okolnosti, které by mohly ovlivnit průběh léčby (Kalina, 2000, s. 54; Hampl, 2003, s. 174).

Skála (1985b, s. 54-55) rozděluje protialkoholní léčbu do čtyř neohrazených fází. První fáze je fáze kontaktu, která trvá i měsíc, a probíhá, jak formou ambulantní tak ústavní, záleží na následcích způsobených užíváním alkoholu. Druhá fáze detoxikační trvá tři až čtyři týdny v pobytovém zařízení, při čemž se mohou vyskytnout i problémy s odvykacím stavem. Třetí fáze, fáze odvykací, probíhá jak ambulantně nejméně šest měsíců, tak ústavní formou, která trvá přibližně půl roku. Neopomíná ani fázi poslední, fázi následné péče, kde spolupráce AT ordinace souvisí s obvodním lékařem, zaměstnáním, rodinou i svépomocnou skupinou. Doba této fáze se pohybuje v období několika let.

Každá léčba závislosti zahrnuje jak poradenství, tak preventivní aktivity, které se zaměřují především informování o škodlivosti užívání alkoholu a jeho následky, zabránění vzniku nebo rozvoje závislosti a její komplikací. Můžeme tedy hovořit o léčebně preventivní péči. Ta stojí na třech základních pilířích: psychoterapii, farmakoterapii, socioterapii (Hampl, 2003, s. 174). Tyto tři pilíře se dají použít ve všech možnostech pomoci osobám se závislostí na alkoholu, jež se poskytují formou ambulantní (ambulantní léčba, substituční programy) nebo pobytovou (terapeutické komunity, psychiatrické léčebny). Nedílnou součástí pomoci těmto osobám je i následná péče a svépomocné programy. Tyto možnosti pomoci se navzájem doplňují a propojují, závislý na alkoholu může být součástí více služeb i forem najednou. Nyní jednotlivé možnosti pomoci stručně charakterizují.

Klíčovou roli v léčbě závislosti na alkoholu hraje především psychoterapie, která se uplatňuje ve všech formách pomoci osobám závislých na alkoholu (Miovský, Bartošíková, 2003, s. 26). Cílem psychoterapie je především to, aby klient získal náhled, realizoval změny svého životního stylu a s ním související rozhodnutí pro abstinenci (Popov, 2003, s. 155). Jeden z nejučinnějších faktorů psychoterapie je vztah, který se vytváří postupně mezi terapeutem a klientem. Tento vztah funguje na základě nabídky a poptávky. Terapeut musí být kompetentní, vstřícný, empatický, měl by umět pochválit a ocenit klienta. Od klienta se očekává především ochota spolupracovat a změnit svůj dosavadní stav. Obzvláště u závislosti musí terapeut znát používat prvky výchovy, poradenství, řízení a vedení klienta. Pozornost je věnována

motivaci klienta. Dále také je zapotřebí mu umožnit zažít novou změnu, akceptovat její, snažit se porozumět jeho světu, nepředstírat zájem (Nerad, Neradová, 1998, podle Bartošíková, Miovský, Kalina, 2003, s. 31-32). Hampl (2003, s. 174) zdůrazňuje, že každý klient má právo na opakovanou individuální psychoterapii, při níž pociťuje zájem druhých o vlastní osobu. Personál by měl být vstřícný, trpělivý a empatický. Při řešení vztahů v rodině nebo mezi partnery se může využít rodinné a partnerské psychoterapie, které slouží k jejich informování, pochopení klientovy dané situace a následné pomoci v úsilí o abstinenci a návrat do spořádaného života bez alkoholu. Také se využívá i skupinové psychoterapie. (Hampl, 2003, s. 174-175). Miovský a Bartošíková (2003, s. 28) doplňují, že psychoterapii nelze pokládat za jedinou formu pomoci. Jsou zde aktivně zapojeny i výchovná působení, sociální práce, praktická pomoc, doplňkové služby, aj.

Ráda bych zmínila i terapeutickou komunitu (TK) pro osoby závislé na alkoholu, které mají přísnější pravidla. Dle Kratochvíla (1979, s. 20) je větší důraz kladen na pořádek, kázeň a trénink. Kardinálními pravidly jsou zákaz užívání a manipulace s alkoholem, zákaz násilného chování a sexuálních vztahů, a podřízení se rozhodnutí komunity. Porušením pravidel dochází k vyloučení z komunity. Bodový systém zavedený v TK slouží ke kontrole klientovy aktivity a jeho nekázně. Harmonogram celého týdne je jasně určen. Součástí je široké spektrum aktivit – setkání komunity, skupinová a rodinná terapie, pracovní terapie, volnočasové, sportovní, zátěžové a další rehabilitační aktivity (Adameček, Richterová- Těminová, Kalina, 2003, s. 204). Cílem programu TK se stává posilování alkoholikovy vůle, vedení k novým zájmům a činnostem, navození pocitu přirozeného štěstí, ale také změna životního stylu, přijetí abstinence, vypořádání se s negativními zkušenostmi, řešení problémů bez útěku k alkoholu. Zvýšená psychická i fyzická zátěž učí klienta nést zodpovědnost za sebe a své chování (Kratochvíl, 1979, s. 20).

Farmakoterapie je u alkoholové závislosti také důležitá. Ovlivňuje závislost, případně zabraňuje nebo léčí následky při užívání alkoholu a s ním spojené onemocnění. Nejčastěji užívaným preparátem při léčbě alkoholové závislosti je senzitivizující preparát disulfiram (ANTABUS), který zvyšuje vnímavost organismu vůči alkoholu (Bayer, 2003, s. 20). Pokud dojde k požití alkoholu po užití antabusu, následují výrazné reakce organismu alkoholika, jakož jsou zrudnutí v obličeji, bolesti hlavy, nauzea, případně zvracení, obtížné dýchání. Tato reakce je označována jako

„antabusová reakce“. Obvykle se podává alkoholikům v ambulantní léčbě v ordinaci AT dvakrát týdně, tím je zajištěna, jak kontrola stavu klienta, tak terapeutický kontakt. Následně se může farmakoterapie doplňovat o vitamíny, které pomáhají získávat alkoholikovi náhled na jeho situaci a abstinenci (Popov, 2003, s. 155-156).

Třetím pilířem léčebně preventivní péče je socioterapie. Ta usiluje o znovuzачlenění pacienta do společnosti, do své rodiny, zaměstnání či školy. Chce jej navrátit do běžného života bez alkoholu. Zde může být využita role sociálního pracovníka, který se snaží zvýšit kvalitu a míru sociálního fungování klienta, řeší s ním zvládání jeho sociálních rolí nejen v rodině, ale i na pracovišti, a další záležitosti, které vznikly jako následek závislosti (např. dluhy, udržení kontaktu s úřady, vyřizování sociálních dávek, obstarání přístřeší, občanského průkazu, aj.), (Hampl, 2003, s. 174). Jako následná péče v oblasti socioterapie se nabízejí podpůrné služby týkající se rozvoje profesního vzdělání v chráněných dílnách, aktivního trávení volného času v socioterapeutických klubech nebo dočasného sociálního zabezpečení v chráněném bydlení (Dvořák, 2003, s. 63).

Jako další možnost pomoci osobám závislých na alkoholu bych uvedla pomoc díky svépomoci. Svěpomocné skupiny nebo programy zahrnují mnoho aktivit. Týkají se především *„podpory, kterou může uživatel drog získat mimo formální péči, když se pokouší buď abstinovat od drog, nebo redukovat rizika spojená s jejich užíváním“*, (Department of Health of UK, 1997, podle Vobořil, Kalina, 2003, s. 84). Při rozhodnutí se navštívit tento druh pomoci, hledá závislý na alkoholu porozumění, pocit bezpečí, sounáležitosti a pocit „být sám sebou“, anonymitu, možnost rozvíjet se, probrat a sdílet své zkušenosti s alkoholem s ostatními, kteří mají stejný problém, informace o alkoholismu a následné abstinenci (Arenz-Greiving, 1998, s. 14). To vše alkoholik nalezne ve svěpomocné skupině Anonymní alkoholici, která má otevřené dveře lidem, kteří mají problém s alkoholem i jinou návykovou látkou, a chtějí je překonat (Popov, 2003, s. 85). V následující kapitole se touto svěpomocnou skupinou a jejím přístupem zabývám podrobněji.

3 SVÉPOMOCNÁ SKUPINA ANONYMNÍ ALKOHOLICI

Tato kapitola zaměřující se přímo na jednu z možností léčby alkoholismu, s pomocí členství ve svépomocné skupině Anonymní alkoholici, popisuje vznik a historii, základní kameny fungování, průběh setkání, také účinnost přístupu tohoto společenství. Konec kapitoly uzavírá seznámení se skupinou Anonymních alkoholiků v Olomouci, ve které mi byly poskytnuty podmínky pro vytvoření rozhovorů se členy této skupiny.

3.1 O svépomocné skupině AA

Anonymní alkoholici jsou světové společenství, které představuje mnoho osob, alkoholiků a alkoholiček, jež se spojily, aby vyřešili svůj společný problém alkoholismu a vyléčili se z beznadějného stavu těla i mysli (Anonymní alkoholici, 2000, s. XV).

První skupina Anonymních alkoholiků vznikla v městě Akron, státu Ohio, v roce 1935, při rozhovoru akronského lékaře a newyorského burzovního makléře. Oba byli silnými alkoholiky, kteří se následně stali spoluzakladateli společenství Anonymních alkoholiků. Maklér Bill zasažen silným duchovním zážitkem se po rozhovoru se svým přítelem zbavil své závislosti na alkoholu. Na jeho abstinenci se podílel také specialista na léčení alkoholismu, doktor Silkworth, díky němuž se dozvěděl o nebezpečné podstatě alkoholu. Tento doktor věřil v boji s alkoholem v potřebu sebelítosti, přiznání svých nedostatků, vad a chyb, nápomoc ostatním alkoholikům, atd. Maklér Bill si teorii, že alkoholikovi může pomoci jen alkoholik, byl ověřit do Akronu. Jeho služební cesta se nezdařila a jeho potřeba opít se kvůli neúspěchu byla silná. S těmito obavami se svěřil svému příteli akronskému lékaři, který byl taktéž alkoholikem. Maklér Bill mu předal informace o alkoholismu a jeho beznadějnou situaci, které nabyly od doktora Silkwortha. Po rozhovoru s ním začal vytrvale hledat duchovní lék k dosažení abstinence, které nakonec docílil. Následně oba začali pracovat s alkoholiky v městské nemocnici v Akronu, kde se jejich první případ stal třetím členem Anonymních alkoholiků. Postupem času se začaly utvářet další skupiny Anonymních alkoholiků (Anonymní alkoholici, 1996, s. XIII-XV). Nešpor (2011, s. 104) dodává, že společenství svým

brzkým vznikem předběhlo dobu, i první terapeutické komunity či skupinové terapie, což se odrazilo na počátečních neúspěších s veřejností.

Jejich členové chtěli své společné zkušenosti a poselství zhmotnit, v roce 1939 vydali knihu s titulem Anonymní alkoholici, jejíž název nese celé společenství dodnes a jejíž obsah je základním textem společenství. V knize je alkoholismus popisován ze zkušeností alkoholiků. Byly v ní též poprvé popsány a charakterizovány duchovní základy společenství – Dvanáct kroků, které se zaměřují na alkoholikův dilematický stav ve snaze o střízlivost. Druhá část se zaměřuje na osobní zkušenosti a prožitky alkoholiků s opilostí, střízlivěním a následným uzdravením, abstinencí. Jedním z příběhů je právě také sdílený osud alkoholika Billa, spoluzakladatele tohoto společenství, pod názvem Billova zpověď (Anonymní alkoholici, 2000, s. XV-XVIII; Nešpor, 2011, s. 104).

Po vydání knihy, úspěšného vyléčení mnoha alkoholiků a úsměv na tváři mnoha rodin zvedl ohlas a popularitu společenství. Podpora se dostávala od lékařů a duchovních. Ale s popularitou vyvstalo také pár překážek související s jednotou, členstvím, penězi ve společenství. Řešením se stalo vydání přesných zásad, tzv. Dvanácti tradic, které nemají zákonný charakter (Anonymní alkoholici, 2000, s. XVII). Jednotlivé tradice ale i kroky jsou popsány podrobněji v následující kapitole.

3.2 12 kroků a 12 tradic

Anonymní alkoholici jako společenství, které spojuje závažné onemocnění alkoholismus, se uzdravuje a funguje na základě Dvanácti kroků a Dvanácti tradic. Níže jednotlivé kroky a tradice popisují a charakterizují.

Dvanáct kroků

Pokud se těchto dvanáct duchovních zásad dodržuje jako způsob života, může se posedlost alkoholismu potlačit a alkoholikovi se otevírá cesta do šťastného a plnohodnotného života ve střízlivosti. Také se tyto kroky mohou využít jako pomoc při řešení mnoha jiných problémů, které člověka potkávají (Anonymní alkoholici, 2000, s. XV).

Krok první

„Přiznali jsme si svou bezmocnost vůči alkoholu – naše životy se staly nezvladatelnými.“

Pouze přiznáním vlastní porážky a bezmoci nad alkoholem se alkoholikovi dostává možnost začít svobodný a silný život ve střízlivosti. Až padnutím na úplné dno může alkoholik uskutečnit dalších jedenáct kroků, neboť na svůj ponižující stav nahlíží díky společenství AA z jiného hlediska.

Krok druhý

„Dospěli jsme k víře, že jen Síla větší než je naše vlastní nám vrátí duševní zdraví.“

Druhý krok AA nevyžaduje po alkoholikovi, aby něčemu věřil. Všechny kroky jsou jen pouhá doporučení. Důležitou součástí tohoto kroku je otevřenost mysli. Není zapotřebí hloubkového přemýšlení o všem, ale zaměření se na skutečnost tady a teď. Motivací bývá právě vůle po výhře, při které se s nedostatky a slabostmi bojuje a hledá se ztracená víra. Víra se nemusí hledat u Boha, „vyšší mocí“ mohou být členové AA nebo společenství samotné. Objevuje se vzdor, typická vlastnost alkoholika. Mnoho alkoholiků má špatné zkušenosti s nevyslyšením svých proseb k Bohu. Tady se nachází zlomový okamžik druhého kroku – být pokorný, přizpůsobit se a uskutečňovat Boží vůli (Anonymní alkoholici, 2000, s. 8-16). Souhrnně Druhý krok vystihují sami Anonymní alkoholici (2000, s. 17) v jedné větě: *„Skutečná pokora a otevřená mysl nás přivádí k víře a každá setkání s A. A. nás utvrzuje ve víře, že nám Bůh navrátí ztracené duševní zdraví, pokud k Němu získáme ten správný vztah.“*

Krok třetí

„Rozhodli jsme se předat svou vůli a svůj život do rukou Boha, tak jak Ho my sami chápeme.“

Alkoholik nad prvními dvěma kroky rozjímá. Přijetím třetího kroku se mu otevírají dveře do života s Bohem či Vyšší mocí. A je jen na něm, zda se rozhodne svůj život i vůli složit do rukou Boha, tak jak Ho on sám chápe. Důležitým prvkem je dobrovolné úsilí a ochota tyto dveře otevřít (Anonymní alkoholici, 2000, s. 18-25).

Krok čtvrtý

„Provedli jsme důkladnou a nebojácnou mravní inventuru sebe samých.“

Ve čtvrtém kroku má alkoholik za úkol horlivě zjistit, jak velkou přítěží se stal pro druhé, a jaká neštěstí z toho vzešly pro něj a pro ostatní. Hlavní zásadou tohoto kroku je důkladnost. Aby provedl svou vnitřní inventuru, je důležité a zároveň obtížné, aby si své chyby uvědomil a zaměřil se na ně jako první. Jakmile o to alkoholik usiluje, nachází prvotní příčinu problému – alkohol, a snaží se vybudovat nové, pevnější základy svého života (Anonymní alkoholici, 2000, s. 28-39).

Krok pátý

„Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých nedostatků.“

Po zjištění svých nedostatků a charakterových vad je nezbytně nutné, aby se alkoholik o svém tíživém stavu podělil i s ostatními. Často při tom vyvstává problém, protože při sdílení negativních zkušeností a vnitřních záležitostí s ostatními pociťuje alkoholik strach a stud. Trápí ho vlastní podrážděnost, úzkost, strach a výčitky svědomí. Najít důvěryhodnou osobu, která by alkoholikovi pomohla od jeho starostí ulevit tím, že by jej za nic neodsuzovala, bývá velmi náročné. Po nalezení se pak alkoholik necítí odloučen od ostatních, od střízlivých. Díky tomuto kroku nachází vnitřní jistotu při přijímání a poskytování odpuštění. Uznáním vlastních nedostatků se alkoholik stále více blíží k pokoře – k poznání vlastní podstaty, čím je a čím by mohl být. Pocit být v souladu s člověkem a Bohem znamená oddechnout si a připravovat se na stav střízlivosti (Anonymní alkoholici, 2000, s. 40-48).

Krok šestý

„Připravili jsme se plně na to, aby Bůh tyto naše charakterové vady odstranil.“

Požádáním o pomoc Vyšší moc, Boha, jak Ho alkoholik sám chápe, vede postupně ke zbavení se charakterových vad. Samozřejmě se nelze zbavit všech charakterových vad najednou, avšak snaha o to je odstranit, je velkým krokem k úspěchu. Po vyřčení slova „nikdy“ alkoholu se uzavírá alkoholikova mysl Boží milosti. Nyní se začíná podřizovat Boží vůli (Anonymní alkoholici, 2000, s. 49-56).

Krok sedmý

„Pokorně jsme Ho požádali, aby naše nedostatky odstranil.“

Jak už bylo zmíněno v předchozích krocích, pokora se stává pro alkoholikův svobodný život bez alkoholu základem všech dvanácti kroků. Bez pokory nelze zůstat dlouho střízlivým. Právě touto cestou odvrací alkoholik pozornost od sebe sama k druhým a Bohu, jak Ho sám chápe. Pokora přináší naději na zbavení se posedlosti a problémů, které alkoholika sužují (Anonymní alkoholici, 2000, s. 57-64).

Krok osmý

„Sepsali jsme si seznam všech lidí, kterým jsme ublížili a kterým to chceme nahradit.“

Tento krok je taktéž zaměřen na mezilidské vztahy. Člen AA se snaží ponořit do svých vzpomínek, kde nachází osoby, kterým ublížil, své chyby a způsobené škody sobě i druhým. Čím je hlubší ponoření se do hledání osob, kterým ublížil, tím se snadněji odstraňují a zmírňují bolestivé překážky ke střízlivosti. Jednou z překážek může být pýcha způsobená nevědomostí o ubližování druhým. Uskutečňování kroku je často spojeno se strachem, neboť seznam všech lidí, kterým ublížil svým pitím, je dlouhý, a přiznání svých bolestí tváří v tvář druhým je náročné. Změn může docílit hlubokým zpytováním svědomí a chování. Motivaci může čerpat od ostatních členů AA, kteří těmito kroky také procházejí (Anonymní alkoholici, 2000, s. 65-70).

Krok devátý

„Nápravu jsme provedli v případech všech lidí, u nichž to bylo možné, s výjimkou těch, kde bychom ublížili jim samým anebo jiným lidem.“

Po sepsání seznamu lidí, kterým ublížil, musí alkoholik vystihnout okamžik, úctu a odvalu pro napravení všeho, co způsobovalo druhým utrpení a bolest. Odlišné reakce druhého na alkoholikovu nápravu, ho nesmí odradit od uskutečnění cíle. Podstatou devátého kroku je připravenost alkoholika nést všechny důsledky jeho dřívějšího života, jednání a chování (Anonymní alkoholici, 2000, s. 71-75).

Krok desátý

„Pokračovali jsme v osobní inventuře, a když jsme se zmýlili, hned jsme si to přiznali.“

Tímto krokem začíná alkoholikovi nový život, jehož součástí je mnoho zkoušek. Zůstane střízlivý, citově vyrovnaný, pokorný? Důležité je pravidelně kontrolovat své

nedostatky, sebezpytovat se, přijímat a přiznávat si své chyby. Alkoholik by se měl vyvarovat situacím, u kterých hrozí vlastnosti jako je hněv, žárlivost, závislost, neboť vedou zpátky k alkoholu. Snažit se rozvíjet sebekázeň a pokoušet se dělat věci každým dnem lépe. Uvažovat nad svými kladnými i zápornými vlastnostmi. Zaznamenávat si vše, co udělal během dne správně. Být vděčný za vše, za požehnání, které od Vyšší moci dostal (Anonymní alkoholici, 2000, s. 76-84).

Krok jedenáctý

„Pomocí modliteb a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý vztah k bohu, tak jak Ho my sami chápeme, a modlili jsme se jen za to, abychom poznali Jeho vůli a našli sílu ji uskutečnit.“

Modlitba a meditace slouží k navázání uvědomělého vztahu s Bohem. Meditací člověk nachází citovou vyrovnanost, rozšiřuje a prohlubuje svůj vztah s Bohem, jak Ho chápe sám alkoholik. Meditace nemá hranic, je plná dobrodružství. Díky modlitbě pozvedává alkoholik své srdce a mysl k Bohu. Prosí Boha o vše, co on i druzí potřebují. Díky těmto dvou nástrojům alkoholik pocítuje přináležitost. Spatřuje postupně pravdu, spravedlnost a lásku. Vnímá je jako skutečné hodnoty ve svém životě (Anonymní alkoholici, 2000, s. 85-95).

Krok dvanáctý

„Výsledkem těchto kroků bylo, že jsme se duchovně probudili, snažili se předávat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto zásady ve všech záležitostech.“

Poslední krok obsahuje především radost ze života a klíčovým slovem se stává čin. Alkoholik dává sám sebe a vypráví své zkušenosti nabyté ze setkání s AA ostatním alkoholikům bez nároku na odměnu. Díky tomuto kroku se alkoholik učí, že musí nejen brát, ale také dávat. Tyto kroky se dají uplatnit ve všech záležitostech. Pokud je ochotný přijímat Boží milost, je duchovní růst odpovědí na všechny jeho problémy. Důvěřovat Bohu se odrazí na postupném vyléčení alkoholika (Anonymní alkoholici, 2000, s. 96-116).

Pochopení celého programu AA je klíč ke správným postojům, ke šťastnému životu ve střízlivosti. Důraz je kladen na informaci, že společenství AA jako organizace se neváže k žádnému náboženské skupině a jejími členy mohou být i ateisté (Nešpor, 2000, podle Vybořil, Kalina, 2003, s. 86). Ve chvíli, kdy si alkoholik přizná svou bezmocnost vůči svému alkoholismu a předá sám sebe Vyšší moci, tak jak Ji on chápe,

předchází mylnému přesvědčení od okolí, že má své pití pod kontrolou. Činí svým pokáním důležitý krok k úspěšné abstinenci (Bateson, 1971, podle Vybořil, Kalina, 2003, s. 86).

Dvanáct tradic

Vypracováním těchto Dvanácti tradic, které nemají váhu právních předpisů, byla posilněna jednota a fungování společenství jako celku. Vznikly na základě objevení zásad, dle kterých mohli mnozí alkoholici přežít. Od počátku byly široce respektovány veřejností, následně je potvrdila první Mezinárodní konference Anonymních alkoholiků v Clevelandu v roce 1950. Mnozí si kladou otázku, jak je možné fungování společenství, aniž by tam bylo ředitelství a člen nemůže uplatnit svou osobní moc nad druhým. Jednota je jedno z nejcennějších, co společenství Anonymních alkoholiků má (Anonymní alkoholici, 2000, s. XVI; Anonymní alkoholici, 1996, s. XVI-XVII).

Tradice první

„Na prvním místě musí stát společný prospěch nás všech; uzdravení každého z nás závisí na jednotě A. A.“

Nejdůležitější hodnotou společenství je jednota. Každý člen má právo myslet, hovořit a jednat dle svého uvážení. Není nucen, trestán ani vyháněn členem druhým. Svoboda jednotlivců je spojena s jednotou celého celku. Pro zachování existence společenství jsou na druhé místo odsunuty individuální tužby a potřeby každého člena. Společný prospěch jde do popředí. Nepřežije-li skupina, člen upadá s ní (Anonymní alkoholici, 2000, s. 118-120).

Tradice druhá

„Naše skupiny podléhají jediné nejvyšší autoritě – milujícímu Bohu v podobě, jaká existuje v našem kolektivním svědomí. Naši vůdci jsou pouze služebníky, kteří dostali plnou důvěru, avšak nevládnou nám.“

Jak je zde zmíněno, Bůh v podobě, v jaké ho vnímají členové AA, je jedinou autoritou ve společenství. Pokud vládne ve skupině nejistota, ostatní členové se obracují k vůdci, který nedává příkazy, nýbrž je jim názorným a skromným příkladem. Obohacuje jich též pevnými znalostmi a zkušenostmi (Anonymní alkoholici, 2000, s. 121-127).

Tradice třetí

„Jediným předpokladem členství ve společenství A. A. je touha přestat pít.“

Třetí tradice má hluboký smysl. Členem AA se může stát každý, kdo trpí alkoholismem bez jakéhokoliv rozdílu. Nikdo tomu nebude bránit. Členem se stává tehdy, když se za něho sám prohlásí. Tato tradice se stává plnohodnotnou možností beznadějného dilematu pro všechny alkoholiky, kteří se setkávají nejen s komplikacemi způsobenými alkoholem. Každý dostává stejnou šanci na střízlivost (Anonymní alkoholici, 2000, s. 128-134).

Tradice čtvrtá

„Každá skupina by měla být autonomní, s výjimkou záležitostí, které by mohly mít nepříznivý vliv na ostatní skupiny nebo společenství A. A. jako celek.“

Společenství si spravuje své věci zcela dle vlastní vůle a svědomí, jen s výjimkou těch věcí, které by skupinu ohrozily, podnikání, které by poškozovalo AA, přidružování se k ničemu a nikomu. Jediným cílem je střízlivost (Anonymní alkoholici, 2000, s. 135-138).

Tradice pátá

„Každá skupina má jediný významný cíl – předávat své poselství alkoholikům, kteří dosud trpí.“

Skupina AA jako společenství s duchovními zásadami by měla přijmout jediný úkol – šířit poselství ostatním alkoholikům. Pohotovými názory přimět dosud trpící alkoholiky k pokoře a přijetí důležité věci vedoucí k uzdravení, ke střízlivosti. Sám alkoholik nejlépe ví, jak se ztotožnit s nově přichozím členem AA, neboť má zkušenost s utrpením a uzdravením se z alkoholismu (Anonymní alkoholici, 2000, 139-143).

Tradice šestá

„Žádná skupina A. A. by nikdy neměla podporovat, financovat nebo propůjčit jméno A.A. žádnému spřízněnému zařízení nebo vnějšímu podniku, aby nás finanční a majetkové problémy nebo otázka prestiže nemohly odchýlit od našeho prvotního cíle.“

Tato tradice upozorňuje na nebezpečí odchýlení se od duchovního cíle kvůli penězům, materiálním potřebám a pravomocím (Anonymní alkoholici, 2000, s. 144-148).

Tradice sedmá

„Každá skupina A. A. by měla být plně soběstačná a odmítat jakékoli příspěvky zvenčí.“

Skupina se stává soběstačnou díky hlubokým změnám, které se uskutečnily během působení AA. Finance skupiny jsou omezeny na skromné náklady na provoz a přiměřenou rezervu. Posílením nezávislosti na druhých je i odmítání darů pro skupinu. Důležité je opět zachovat duchovní cíl a rozlišovat duchovní od hmotného. Zásada společné chudoby a finanční nezávislosti se ve společenství AA pevně ukotvila (Anonymní alkoholici, 2000, s. 149-155).

Tradice osmá

„Anonymní alkoholici by měli navždy zůstat neprofesionální, ale naše střediska mohou zaměstnávat potřebné odborníky.“

Touto tradicí je jasně vytyčená dělicí čára mezi profesionalismem a neprofesionalismem. Dvanáctý krok nelze uskutečňovat jako placenou službu, neboť by se propagací narušila anonymita jednotlivce i celé skupiny a byl by ztracen hlavní cíl společenství. Skupina AA se však bez patřičného personálu pracujícího v jejich službách neobejde, proto je najímám a řádně placen. Profesionální personál však nejsou profesionálními Anonymními alkoholiky (Anonymní alkoholici, 2000, s. 156-162).

Tradice devátá

„A. A. jako celek by nikdy neměli být organizováni; můžeme však vytvářet rady nebo výbory odpovědné přímo těm, kterým slouží.“

Rady a výbory jsou samy vnitřně organizovány, přičemž nemohou žádnému členovi AA dávat příkazy, pouze doporučení. U člena AA, který dle svých vlastních schopností a možností nedodrží doporučení plynoucí z dvanácti kroků, je u něj mizivá naděje na uzdravení. Neposlechnutí a neplnění daných doporučení se nedává za vinu odpovědným lidem, ale je důsledkem vlastní lhostejnosti k duchovním zásadám a vlastnímu stavu. Tato tradice je bránou vedoucí k neorganizované skupině s pouhou myšlenkou služby druhým lidem, bránou k opravdovému přátelství (Anonymní alkoholici, 2000, s. 163-166).

Tradice desátá

„Anonymní alkoholici si nečiní žádný úsudek o vnějších záležitostech; jméno A. A. by proto nikdy nemělo být zavlečeno do veřejných sporů.“

Skupina AA se snaží o soulad mezi svými členy a také s veřejností. Nikdo mezi sebou nebojuje a vyhýbají se tomu. Neúčastní se veřejných sporů, neboť by to mohlo vést k zániku společenství a k nenaplnění daného cíle AA – uzdravení se z alkoholismu (Anonymní alkoholici, 2000, s. 167-170).

Tradice jedenáctá

„Naše vztahy s veřejností jsou založeny na přitažlivosti naší činnosti, nikoli na propagaci; vždy je třeba dodržovat osobní anonymitu v tisku, rozhlasu a před kamerou.“

AA svou činnost nepropagují, sází na její přitažlivost. Nejen člen AA by měl respektovat hlavní zásadu AA – anonymitu, a nezveřejňovat fotky a jména členů AA, nýbrž i tisk, rozhlas a film (Anonymní alkoholici, 2000, s. 171- 174).

Tradice dvanáctá

„Anonymita je duchovním základem všech našich tradic; neustále nám připomíná, že máme klást své zásady nad osobní zájem.“

Anonymita je, jak už bylo řečeno, stěžejní duchovní zásadou společenství Anonymních alkoholiků. Pro mnohé je naplňování této zásady velmi těžké. Podělit se o své zážitky a společné zkušenosti ze skupiny v rodině či na veřejnosti je lákavé. Přesto by měly duchovní zásady vládnout nad osobním zájmem každého člena AA. Anonymita vede k obětování se a k pěstování pokory. Až tehdy se může člen AA těšit z milosti, které se mu dostalo (Anonymní alkoholici, 2000, s. 175-179).

3.3 Praktikovaná hesla AA

Určitě nemohou být opomenuta ani hesla, kterými se organizace AA řídí a která jsou členy AA praktikována. Svým způsobem vystihují zjednodušeně filosofii celého společenství. Hesla přímo ilustrují postupné kroky k dosažení vytouženého cíle střízlivosti. Při jejich napodobování je větší pravděpodobnost postupného překonávání problému s alkoholovou závislostí (Vybořil, Kalina, 2003, s. 85).

Mezi první patří heslo: „Abstinovat právě dnes“, jehož představa při abstinenci je dle Nešpora (2000, podle Vybořil, Kalina, 2003, s. 86) pro klienta více přijatelná než kdyby bylo určeno heslo „abstinovat navždy“. Druhým je „Nejdůležitější nejdříve“, které vystihuje právě podstatu řešení problému alkoholu. Na prvním místě se řeší alkohol a s tím spojená abstinence, následně jeho přidružené problémy týkající se různých oblastí života. Pokud vypadají záležitosti k řešení nepříznivě, Anonymní alkoholici mají další uspokojivé heslo: „I tohle přejde“. „Abstinovat se dá“, „Dívej se na věci z dobré stránky“, „Jde to snadno“, tyto hesla vybízejí a povzbuzují členy k pozitivnímu myšlení i jednání, vyhýbání se nadměrnému stresu a vedení spořádaného života. „Napodobuj, až uspěješ“, mechanické napodobování jednotlivých hesel spěje k úspěchu. Postupně jsou přijaty i vnitřně. Důležité je přijmout věci, které nelze změnit, a zbytečně se jimi nezatěžovat. Každá záležitost, která člověka potká, svým způsobem vede k prospěchu, vybízí heslo: „Předej to“. „7/7“ je dalším doporučením AA. Alkoholik by měl svou participaci na setkáních skupiny AA zvýšit v případech krizového období nebo na počátku, intenzita účasti by měla být alespoň sedmkrát během sedmi dnů, tzn. každý den v týdnu, aby se efektivita účasti projevila (Vybořil, Kalina, 2003, s. 85-86). Toto heslo se udržuje a platí především v amerických městech a také u nás v Praze, neboť intenzivní účast je důležitá při problémech i krizích (Nešpor, 2004, s. 71).

Z výše uvedených definic si pod těmito hesly představuji zjednodušený souhrn Dvanácti kroků i tradic, který popisuje rady pro postupné smírání se se svým problémem alkoholismem, povzbuzuje k abstinenci, k pozitivnímu myšlení nad svou nelehkou situací. Členu AA je snahou dodržovat tyto hesla umožněno stát na pevných základech, možnost odrazit se od svého dna a žít lepší život bez alkoholu.

3.4 Průběh setkání

Poněvadž se program 12 kroků uplatňuje při léčbě více problémů, více závislostí, je pro mnohé praktičtější navštívit skupinu Anonymních alkoholiků, i když jsou členové závislí na nealkoholových drogách nebo patologičtí hráči. Snazší dostupnost setkávání se ve skupině AA se vyplatí právě v menších městech, kde nabídka pomoci, například hazardním hráčům, chybí (Nešpor 2011, s. 105).

Pravidelná participace ve skupině Anonymních alkoholiků přispívají členům k dosažení a udržování své střízlivosti. Každé setkání, tzv. mítink, probíhá za určitých pravidel. Každá skupina si zvolí jednoho předsedu, který se stará o průběh daného setkání skupiny. Přivítá nováčky, zahajuje a také ukončuje setkání, čte preambuli, součástí je i modlitba o klid⁴. Následně požádá o okamžik ticha. Členové se oslovují pouze křestními jmény. Každý člen se představuje tímto způsobem – „Jsem (křestní jméno) a jsem alkoholik.“ Taktéž je důležité zachovat anonymitu. V průběhu setkání je možné číst z Modré knihy Anonymní alkoholici, z Triezvého prostoru nebo sdílet své vlastní zkušenosti na dané téma. Během sdílení by neměl být ten, kdo hovoří, přerušován, a také by mu neměly být pokládány otázky. Ostatní členové se postupně přidávají, neboť vyprávění jednoho alkoholika povzbuzuje a motivuje ke sdílení vzpomínek ostatních zúčastněných. Nechybí však také přestávka na občerstvení, podávání kávy či čaje. Napomáhá to k udržení pozornosti a uvolněnosti. Tento moment lze využít i pro drobnou dobrovolnou sbírku na občerstvení, atd. Na závěr setkání se vysloví modlitba a také se členové seznámí s informacemi týkající se dalšího setkání. Během setkání ze členů číší vřelost, upřímnost, empatie, tolerance a pochopení (Nešpor, 2011, s. 107; Václav, 2014). Nešpor (2011, s. 107) dodává, že další formou pomoci se stává tzv. patronství, při němž zkušený a déle abstinující člen pečuje o nováčky, podporuje je, radí jim. Při této formě pomoci je často aktivně využíván mobilní telefon.

3.5 Účinnost participace díky přístupu AA

Díky celosvětovému působení tohoto společenství se počet členů pohybuje kolem jednoho milionu a je založeno 96 000 skupin ve 134 zemích (Nešpor, 2011, s. 104). Tudíž je zřejmé, že účinnost přístupu AA musí být pozitivního charakteru. Faktory účinnosti přístupu AA popsal Wallace (1999, podle Vybořil, Kalina, 2003, s. 86-87). Shrnují celý průběh změn, kterých by měl alkoholik docílit na cestě za střízlivostí.

Díky přístupu a působení AA je *přiznání ztráty kontroly* nad alkoholem jeden z mnoho účinných faktorů, neboť alkoholik pochopí, že své onemocnění – závislost nemůže ovlivňovat vlastním rozhodnutím, vůlí a přesvědčením. Tím je pak přiznání ztráty kontroly jednodušší. Postupně se zbavuje obranných mechanismů (popření,

⁴ „Ať dokážu přijmout to, co nemohu změnit, dostanu odvahu změnit to, co změnit mohu, a moudrost rozpoznat jedno od druhého“ (Nešpor, 2011, s. 107).

bagatelizace, aj.) vůči své závislosti a přiznává negativní důsledky konzumace alkoholu. *Přijetím modelu nemoci* z něho samotného opadají pocity viny, studu, které jej mohou při rozpadu obranným mechanismů doprovázet. Následná *abstinence* je důležitým rozhodnutím pro pokračování. AA přímo odmítají „kontrolované pití“, cílem je dosažení a udržení střízlivého stavu sebe samého. Důraz také kladou na sociální stránku abstinence, která podporuje navazování nových vztahů se střízlivými lidmi a se společenstvím AA. Pokusy „kontrolovaného pití“ udržují alkoholiky v začarovaném kruhu opilých alkoholiků a řešení problémů pomocí alkoholu. Členové AA získávají podporu od společenství při hledání *spirituality* a víry v něco mocnějšího, než jsou oni sami. Jakmile se totiž alkoholik stává bezmocným vůči alkoholu, je nejlepší obrátit se k této síle a svěřit se jí. Síla větší než jsou sami alkoholici, může definovat sílu celého společenství, jednotlivých členů nebo i Boha, tak jak Jej oni chápou. Dalším účinným faktorem je právě *společenství a jeho podpora*. Alkoholik se setkává s lidmi, kteří mají stejné problémy, zkušenosti, zážitky, čímž se zmírňují jeho pocity viny, úzkosti a zároveň dostává emocionální podporu, možnost řešit své problémy jiným způsobem, posilovat motivaci k uzdravení, atd. Samozřejmě se nesmí zapomenout na *uvědomění se, vlastní sebezpoznání, sebekritiku a odpovědnost*. Těchto schopností nabývá postupně, neboť se učí zvládat stres, hněv, odmítnutí, strach, a také má snahu nahradit škody způsobené svým alkoholismem (Wallace, 1999, podle Vybořil, Kalina, 2003, s. 86-87).

Anonymní alkoholici včetně toho ovlivnili nejen samotné členy alkoholiky ale i jiné formy léčby závislostí, a díky zmíněným 12 krokům vznikly po vzoru společenství s menšími obměnami i sesterské organizace, jako jsou například Anonymní narkomané, Anonymní kuřáci, Anonymní hazardní hráči nebo Al-Anon pro manželky závislých na alkoholu či Alateen pro dospívající děti z rodin se závislostí na alkoholu, atd. (Nešpor, 2011, s. 104). Svépomocné skupiny pro partnery či děti z rodin, kde se vyskytuje závislost na alkoholu, jsou dle mého názoru velkým přínosem, neboť alespoň z části zmírňují komplikace závislosti na alkoholu, které prožívají právě rodinní příslušníci.

3.6 Svépomocná skupina Anonymní alkoholici v Olomouci

Anonymní Alkoholici mají ve světě dlouhou historii, avšak do České republiky se z důvodu politické situace za druhé světové války dostali až po „sametové revoluci“ v roce 1989. Již v předrevolučním období existovali dva členové AA, tzv. „samotáři“,

kteří měli kontakt s AA v New Yorku. Potřeba předat ono poselství o uzdravení z alkoholismu do tehdejšího Československa bylo tak nutkavé, že jeden z členů přeložil knihu Anonymní Alkoholici do češtiny. Spojením všech sil se připravovali základy a podmínky pro fungování AA v naší zemi. Postupně se začali konat otevřené i uzavřené mítinky, kde si zúčastnění vysvětlovali fungování programu AA, sdíleli své zkušenosti, historii a odpovídali na nejrůznější otázky přítomných (Anonymní Alkoholici, 2006, s. 1-2).

Svépomocná skupina Anonymních Alkoholiků v Olomouci, kterou jsem si vybrala pro svou evaluační studii, byla založena v roce 2009 zakladatelem panem V., kterému byla nabídnuta možnost zřídit si svépomocnou skupinu v prostorách P-centra, jež mu byly poskytnuty zdarma. První setkání proběhlo v červnu téhož roku a zúčastnilo se ho přibližně šest lidí. Nyní se setkání koná každý pátek od 19hodin. Trvá přibližně devadesát minut a průměrně se jej účastní pět až šest lidí (Václav, 2014).

Základem je taktéž anonymita. Zúčastnění se představí a oslovují pouze křestním jménem, („Ahoj, jsem Jméno, alkoholik.“). Kdo je hostem, příbuzným nebo se právě napil, nemluví. Tato setkání zahajuje a ukončuje členy zvolený předseda modlitbou o klid. Mluvící se nepřerušuje. Během setkání sdílejí účastníci své vlastní zkušenosti, jež jsou podněcovány příběhem z knihy *Triezvy prostor*, *Modré knihy* či denního zamyšlení nebo tématem, na kterém se účastníci setkání domluví. Navzájem si neradí a nekritizují se. Skupina je otevřená, může se přijít podívat i širší veřejnost nebo příbuzní členů AA (Anonymní alkoholici Olomouc, 2014).

4 VÝZKUMNÁ ČÁST

4.1 Metodologie výzkumu

V této kapitole vymezuji výzkumný cíl mé práce a výzkumné otázky, dále popisuji metodu výzkumu, objasňuji výběr vzorku pro evaluaci a metodu získávání kvalitativních dat. Následně se zaměřuji na zpracování a analýzu dat, které jsem od respondentů obdržela.

4.1.1 Vymezení výzkumného cíle

Hlavním cílem výzkumné části je vytvořit evaluační studii svépomocné skupiny Anonymních alkoholiků v Olomouci, která se zaměřuje na hodnocení participace klientů léčících se ze závislosti na alkoholu v této svépomocné skupině a její význam při léčbě alkoholové závislosti.

Pro dosažení výše uvedeného výzkumného cíle jsem si stanovila následující výzkumnou otázku:

1. *Jak klienti léčící se ze závislosti na alkoholu hodnotí participaci ve svépomocné skupině Anonymní alkoholici v Olomouci?*

K zodpovězení této výzkumné otázky by měly sloužit otázky položené v rozhovorech, které uvádím v příloze. Otázkami jsem se ptala respondentů na hodnocení svépomocné skupiny AA v Olomouci.

4.1.2 Metoda výzkumu

Pro zodpovězení výše uvedené výzkumné otázky jsem zvolila evaluační studii. Již termín evaluace jakožto „*proces hodnocení, prisuzování významu*“ (Miovský, 2006, s. 116) odůvodňuje mé rozhodnutí. Hendl (2005, s. 289) dále uvádí, že předmětem evaluace jsou „*sociální interakce a opatření k odstranění nebo zmírnění sociálních problémů*“. Cílem je vyřešit daný problém a následně uskutečnit změnu (Hendl, 2005, s. 291).

Evaluaci lze dále dělit na dva typy, formativní a sumativní. Formativní evaluace průběžně hodnotí probíhající program (Petty, 1996, podle Bartoňková, 2010, s. 184), klade si za cíl nacházet slabé a silné stránky, formulovat doporučení k případnému

zlepšení, ke zvýšení efektivity nebo odstraňovat nedostatky či potíže ještě v probíhajícím programu (Hendl, 2005, s. 293; Miovský, 2006, s. 116). Při shrnujícím hodnocení, zda byl ukončený program efektivní a zda v něm nadále pokračovat, lze využít druhého typu, evaluace sumativní (Hendl, 2005, s. 293). Za účelem mé práce jsem se tedy rozhodla pro formativní evaluaci, kdy vyhodnocené data poslouží k odpovědi na stanovené výzkumné otázky.

Evaluační studii jsem realizovala s pomocí kvalitativních metod sběru dat. Kvalitativní paradigma jsem zvolila, protože dle Dismana (2008, s. 285) jde o „*nenumerické šetření a interpretaci sociální reality. Cílem tu je odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím.*“ Jak dále Disman (2008, s. 286-291) uvádí, kvalitativní paradigma se snaží porozumět nejen pozorované realitě, nýbrž i lidem, kteří danou realitu prožívají. Výhodou kvalitativního paradigmatu je hloubka získávaných informací o daném jevu (Hendl, 2005, s. 51). Abychom těchto dat dosáhli, je důležité navázat s respondentem osobní vztah a strukturovanost prováděného výzkumu minimalizovat (Mioviský, 2006, s. 26). O výše uvedené jsem se ve svém výzkumu také snažila, protože alkoholismus jako takový je dlouhodobým a závažným sociálním problémem nejen v České republice, a každý jedinec svou závislost na alkoholu vnímá a řeší jiným způsobem. Z toho vyplývá skutečnost, že každý alkoholik je expertem ve své sociální realitě (Disman, 2008, s. 293) a daným problémem se tudíž povrchově zabývat nelze, pokud je zapotřebí porozumět sociální realitě alkoholika.

4.1.3 Výzkumný vzorek

Pro získání dat potřebných k evaluační studii, jsem telefonicky kontaktovala svépomocnou skupinu Anonymní alkoholici v Olomouci a domluvit se na setkání. První setkání proběhlo formou seznámení se zakladatelem AA v Olomouci a následně návštěvou pátečního mítinku Anonymních alkoholiků. Na tomto setkání jsem byla v roli hosta, který dle zásad AA nesmí během setkání skupiny mluvit. Na závěr mítinku jsem sebe i můj požadavek na respondenty představila a následně s nimi sjednala schůzku.

Při výběru výzkumného vzorku jsem použila metodu záměrného (účelového) výběru, při němž se vybírají respondenti cíleně dle určené vlastnosti a stavu. Na základě těchto stanovených kritérií pak hledáme ty respondenty, kteří danou vlastnost či stav splňují a zároveň souhlasí se zapojením do výzkumu (Patton, 1999, podle Mioviský, 2006, s. 135). Vzorek musí „*reprezentovat populaci problému*“ (Disman, 2008, s. 304).

Výzkumným vzorkem pro mou evaluační studii se stali členové svépomocné skupiny Anonymní alkoholici v Olomouci, kteří společenství AA navštěvují (mají problém se závislostí na alkoholu) a souhlasili s výzkumnou účastí. Evaluace se tedy zúčastnilo 5 členů společenství AA v Olomouci, kteří z důvodu anonymity jako hlavní zásady společenství AA nejsou jmenováni.

4.1.4 Metoda získávání kvalitativních dat

Kvalitativní data jsem získala díky polostrukturovanému interview, které bylo s danými respondenty domluveno předem s ohledem na jejich časové možnosti. Dle Miovského (2006, s. 157-158) je to metoda, která klade důraz na přirozený a nenásilný rozhovor a její výhodou je časová flexibilita. Předem jsem si připravila několik otázek, které jsem v průběhu konverzace střídala, popřípadě jsem se tázala novými otázkami, které mě během rozhovoru napadaly k danému tématu. Některé respondenty jsem musela usměrňovat, poněvadž jejich výpovědi nesouvisely s daným tématem. Dle mého názoru je zde důležitým faktorem improvizace ze strany výzkumníka, kterou zmiňuje i Miovský (2006, s. 158). Polostrukturované interview probíhalo v klidném prostředí P-centra v Olomouci a olomoucké restaurace. Každé interview bylo zaznamenáno jako audiozáznam prostřednictvím diktafonu, který jsem použila se svolením všech respondentů. Vzniklý audiozáznam zachycuje kvalitu mluveného slova (sílu hlasu, pomlky), což je dle Miovského (2006, s. 197) velká výhoda při fixaci kvalitativních dat. Následně jsem jednotlivé audiozáznamy pečlivě převedla do písemné podoby za pomoci transkripce (Miovský, 2006, s. 205).

4.1.5 Zpracování a analýza dat

Poté, co jsem audiozáznam převedla do textové podoby, jsem začala hlouběji pracovat pomocí kódování dat. Miovský (2006, s. 220) uvádí, že kódování dat slouží k rychlejší a snazší práci se získanými daty na základě přiřazování kódů či symbolů k určitým částem textu a zároveň slouží k lepší manipulaci s většími významovými celky.

Pro analýzu kvalitativních dat jsem zvolila metodu vytváření trsů. Na základě určité podobnosti (např. tematického překryvu) seskupujeme výroky do skupin, tzv. trsů. Díky tomuto vznikají obecnější kategorie (Miovský, 2006, s. 221). Zlehčením

bylo barevné značení části textů, ve kterých se jednotliví respondenti shodovali nebo měli podobný názor. K jednotlivým kategoriím jsem přiřazovala jednotlivé trsy.

4.2 Výsledky analýzy dat

V této kapitole analyzuji a interpretuji data, která jsem získala na základě rozhovorů s členy svépomocné skupiny AA v Olomouci. Z otázek z rozhovoru jsem vytvořila kategorie a k nim následně přiřadila jednotlivé trsy odvozené z odpovědí členů AA.

4.2.1 Důvod členství ve svépomocné skupině Anonymní alkoholici

Možnost svobody slova a odpovědi

Většina respondentů se rozhodla pro členství v AA díky svobodě odpovědi na otázky druhých ve skupině. Respondent č. 1 si zvolil svépomocnou skupinu ze zkušenosti a úspěšnosti mnoha abstinujících alkoholiků na základě svobody odpovědi. *„Já bych řekl, že ze zkušenosti a úspěšnosti, protože nemusím mluvit, když nechci mluvit, a není to o psychiatrických metodách, je to vlastně o alkoholících, kteří nejlépe vědí, co druhému alkoholikovi pomůže. Nejsou to prázdné fráze mnohdy a nemusím poslouchat někoho, kdo lže na skupinách a přitom pije.“* Respondent č. 5 se ztotožňuje s výrokem respondenta č. 1 a doplňuje: *„mě se tam právě to zalíbilo, že můžu říci, co chci, a nikdo mě nenutí k něčemu, k čemu nechci odpovídat. Když jsem byl na těch terapeutických skupinách, tak tam, co na to říkáte? A mě se k tomu nechtělo odpovídat anebo si vymýšlet ptákoviny. ...Tady si řeknu, co chci. Klidně můžu říct klukům, mě se chtělo chlást, ... Hoši, já jsem měl jazyk na vestě, musel jsem odejít... to bych tam říct nemohl.“* Dále pokračuje: *„Na otázku nemusím odpovídat. To je pro mě důležitý.“*

„Dobré jméno“

Respondenti se shodují s tím, že AA jsou známi a mají velký ohlas ve světě. O úspěšnosti hovořili i na setkáních AA v jiných městech, kterých se účastnil i respondent č. 5. „...jezdili tam Ostraváci a Brňáci, z těch AAček, a možná to řeknu blbě, předváděli nám to, co to AA je, říkali nám to.... mě to zaujalo.“ Respondenta č. 2 zaujalo to, že „je to nepropagovanější protialkoholická skupina, mohou tam chodit ženy i muži a je tam ta anonymita.“

Následná péče léčby alkoholismu

Při léčbě alkoholismu je důležitým bodem nepřestat bojovat s alkoholismem po léčbě, neboť pak daná léčba ztrácí na efektivitě. Abstinence alkoholika je bojem na celý život. „Zvykl jsem si na to, už v předchozích léčeních jsem na tyto skupiny chodil“, vysvětluje respondent č. 3. Respondent č. 2 má podobný názor: „Já mám z léčebny naučené, že pokud si nebudu připomínat to, proč jsem tady, že jsem alkoholik, tak na abstinenci mohu zapomenout.“

Připomínání skutečnosti „jsem alkoholik“

Jako přínos účasti ve svépomocné skupině AA vidí respondenti především skutečnost, že jsou alkoholiky a alkoholiky zůstanou. Respondent č. 1 charakterizuje skutečnost toho, že je alkoholik: „Je to připomínání toho, že jsem alkoholik, připomínání toho, proč nepiju. Že když piju, tak piju jak prase a že když budu pít, tak vlastně umřu. A to já si tady tímhle připomínám. Připomínám si i svoje dno, na které člověk po čase zapomene, jak dopadl, když chlastal jako prase.“

Anonymní alkoholici jako společenství má celosvětový charakter a jeho popularita a dostupnost láká mnohé alkoholiky, kteří bojují s alkoholismem. Funguje na základě sdílení zkušeností jednotlivých členů-alkoholiků bez vedení profesionála. Člen nemusí odpovídat na otázky, pokud nechce nebo neví. Tím se předchází klamným výpovědím. Důležité je i to, že všichni přítomní jsou alkoholiky. I předseda dané skupiny ví, co je to být opilý, mít abstinenci příznaky a bojovat za abstinenci. Během setkání si každý člen neustále připomíná skutečnost, že je alkoholikem.

4.2.2 Přínos účastí ve svépomocné skupině AA v boji s alkoholismem

Pocity soudržnosti a podpory

Přínosem účasti v AA respondenti vnímají pocit, že v tom nejsou sami, že jsou s nimi další lidé se stejným problémem, se stejnými zkušenostmi, starostmi, radostmi i pády. Respondent č. 4 popisuje: „*My jsme na stejné lodi všichni, jeden jak druhý, se stejným problémem, máme stejné zkušenosti, a tím, že si to nějak předáváme, jak tam docházím, tak mě to nabíjí, ... že se o tom dokážeme otevřeně bavit. Já jsem člověk, který zastává názor, že člověk to musí zažít, aby pochopil.... mě to teda tak pomáhá.*“ „*Je to jednoduché jako facka, vždycky mě to pomáhá, skupina mě pozitivně nabije, už jenom těmi příběhy, těmi lidmi prostě, že tady jsou, že tady jsou pro mě, že já jsem tady pro ně,*“ vysvětluje své pocity podpory a sounáležitosti respondent č. 1. Respondentovi č. 3 přináší účast v AA především „*pocit, že v tom nejsem sám. Jsou tady lidé, kteří mají stejný problém jako já, a také tady potkám lidi, co nepijí a rozumí tomu. A já myslel, že jsou všichni proti mně. Potkal jsem lidi, co si z toho dělají srandu.*“

Respondent č. 1 zastává stejný názor a přidává k tomu: „*nejsem v tom sám, už sám nebojuju, neplavu v tom sám. ... nacházím v tom pochopení, které mi rodina a přátelé dát nemůžou, protože si tím neprošli.*“ Respondent č. 3 vnímá přínos v tom, že se před ostatními nemusí skrývat a stydět za své zkušenosti či problémy, neboť „*tady se setká s lidmi, kteří mu rozumějí. Člověk je s nimi na jedné lodi. Alespoň jednou týdně.*“ Respondent č. 1 dodává: „*myslím, že je dobré každý týden mít skupinu, ve které se může vypovídat, takovou malou psychologickou pomoc, lidskou podporu. Motivuje to k větší pohodě v životě, má člověk místo, kam patří. Má na čem začít stavět, což mnoho lidí nemá. My skrze tu prohru, skrze ty diagnózy máme na čem stavět.*“

Motivace k abstinenci

Účast ve skupině AA mnohé respondenty motivuje ke střízlivosti a udržení si abstinence. „*Jak se podívám těm lidem do očí, když budu pít? Jak tady můžu přijít? Motivuje mě to stále a jsem rád, že to tak je. Jsou vidět výsledky a roky práce... někdy máte chuť to zabalit, ale podíváte se za sebe ... tak proč to zahazovat?*“, vysvětluje důvod své dlouhodobé abstinence a motivaci k ní respondent č. 1.

Svůj život respondent č. 4 prožívá naplno a v abstinenci, „*byl jsem na hudebním festivale, v osm jsem vstával, a užil jsem si to za střízliva, i když jsem měl žaludek na vodě z těch kofol, ... Mě není blbě. To je ta druhá věc. Já tam vidím ty výhody, samozřejmě, že jsou i nevýhody, že si s těmi lidmi neposedím, nedám si s nimi, posedím, mě to nedělá problém, ale mě to už pak nebaví, po určité době, já tam vydržím tu hodinku dvě s nimi a jdu domů. Ale když jsem chlatal, tak jsem odcházel jako poslední, dokud jsem to nesložil já... mě to přestalo lákat.*“

Jak bylo zmíněno výše, pro každého člena/alkoholika je důležitým faktem to, že na setkání sdílí zkušenosti, zážitky a starosti s ostatními, a to s alkoholiky. Jejich participace ve společenství jich nabíjí a posilňuje v boji s alkoholem, s udržením a zvládnutím abstinence. To je pro ně motivující, aby jejich participace byla dlouhodobá. Neboť i druzí mají a řeší stejné problémy jako on. Jejich život se stává naplňujícím, pozitivním a motivujícím. Když se jim daří abstinovat, cítí se být volní, nezávislí a šťastní. Pokud abstinence trvá delší dobu, není důvod ji opouštět.

4.2.3 Výhody participace ve svépomocné skupině AA

Výhody členství ve svépomocné skupině AA vidí členové právě v přínosu participace ve svépomocné skupině AA v boji s alkoholismem a v důvodech volby členství ve svépomocné skupině AA. Tudíž jsou tyto kategorie zároveň výhodami členství, které členové vnímají. Obě kategorie interpretují výše. Mezi výhody tedy patří především možnost volby slova a odpovědi, následná péče léčby alkoholismu, připomínání si „jsem alkoholik“, pocity sounáležitosti a podpory, motivace k abstinenci.

4.2.4 Nevýhody participace ve svépomocné skupině AA

Jeden z respondentů vidí jako nevýhodu riziko porušení anonymity z důvodu setkání se ve skupině se členem, který je pro jedince známou osobou nebo rodinným blízkým. Respondent č. 1 se tohoto rizika obává: „*Má to riziko to, že vás někdo práskne, někdo, kdo nedokáže držet jazyk za zuby... Mohou se tady potkat známí, mnoho lidí má kvůli tomu ostych...*“. Ostatní respondenti nevýhody neregistrují nebo nepocitují. Vnímají pouze výhody, které jsou pro ně přednější. Respondenti mi odpovídali větou typu: „*Kdybych v tom viděl nevýhody, tak tam nebudu chodit.*“ „*Nevýhody? To bych tam asi nechodil.*“

Výhody členství ve svépomocné skupině převažují nad jejími nevýhodami. Což také ovlivňuje i participaci jednotlivých členů. Pokud by nepocítovali žádné výsledky v boji s abstinencí, na setkání by znovu nepřišli.

4.2.5 Sdílení vlastních zkušeností s ostatními členy skupiny

Vzpomínky na silná témata

Při sdílení zkušeností na mítinku se často otevírají mnohdy složitá témata z minulosti, na které členové neradi vzpomínají, ale dokážou o nich mluvit a berou si z těchto zkušeností příklad k řešení svých záležitostí. Respondent č. 1 pocítoje při vzpomínání na silné časy pokoru a vděčnost za to, že tyto zkušenosti mohl prožít. *„Zavzpomíná se na kamarády, které tu nemá, tak to není příjemné samozřejmě. Jo, ale zase na druhou stranu, mám spoustu přátel, kteří už tady nejsou, ... nejsou mezi živými. A já jsem vděčný za tu šanci, že já živý jsem.“*

Pocity úlevy

Jak se cítí člověk, který má problém a dusí ho v sobě? Je tím problémem svázaný, stává se pro něj posléze neúnosným. Respondenti po vyřešení svých problémů, při sdílení svých zkušeností, se cítí uvolněně, bez zábran. Padá jim velký kámen ze srdce, když se se svým trápením mohou podělit s ostatními členy. Respondent č. 1: *„Úlevu. Kromě úlev i radost.“* Respondent č. 2 pocítoje spokojenost pouze tehdy, když své zkušenosti, zážitky sděluje tomu, který to chápe, *„mám orgasmus, takový ten vnitřní, cítím se pak spokojený.“*

Respondentovi č. 3 nedělá problém sdílet své zkušenosti před ostatními, zároveň je rád, že mnohé zkušenosti jsou podobné s těmi jeho, a taktéž pocítoje úlevu. *„Já jsem rád, když můžu a mám, co říct. Já jsem rád, když ostatní o tom mluví, a ono je to částečně i o mě. Že už od patnácti pijou, nebo si dají pět piv a musí domů, úplně se v tom pak vidím.“*

Respondent č. 4 se především zaměřuje na sdílení zkušenosti a problémů. *„Já právě nic jiného nedělám. Když mě problém dusí, mučí mě to..., když to mám komu říct otevřeně, člověku, který o tom něco ví, tak je to naprostá úleva samozřejmě. V tom je ta podstata.“* Dále ale zdůrazňuje, že otevřít se ostatním členům, a tím pustit ze sebe tu tíhu, je na začátku těžké. *„Když tam člověk přijde poprvé, než se odhodlá, tak*

je z toho vyklepaný. Během toho jednoho sezení, když dokáže vyjádřit svůj problém, tak najednou to z vás tak spadne. Zjistíte, že je to úžasné, když to můžete říct.“

Sdílením svých zkušeností získávají členové náhled na své chyby, prohřešky a rozhodnutí, proč zvolili právě tuto možnost řešení. Při vyřknutí své zkušenosti se dovídají, že jejich možnost řešení je podobná nebo dokonce totožná s druhým členem skupiny. To souvisí také s pocitem úlevy, které přicházejí po vyslyšení rad a zkušeností od ostatních. *„Mně se nedávno stalo, že jsem se nechtěně napil alkoholu. A když mi na to ti členové řekli, že se jim stalo něco podobného, tak že to tak nefunguje, když se člověk omylem napije. Nemělo by se to stávat určitě často, člověk by neměl povolit, to mě dost pomohlo“*, svěčil se respondent č. 3 a dodává: *„... někdy je dobré, že se člověk dozví, co je správně...“*.

Během sdílení zkušeností si členové vyslechnout mnoho příběhů týkající se alkoholu. Připomínají si i těžké okamžiky, které jich na druhou stranu po vyslechnutí povzbuzují k tomu, aby abstinovali a nečekal je stejný osud jako ve vyprávění. Členové AA své zážitky s alkoholem a jeho následky sdílí a pociťují úlevu, neboť se zpovídají člověku, který tomu rozumí, prožil si podobné a podpoří ho.

4.2.6 Význam vztahů ve svépomocné skupině AA

Neutrální vztah se členy AA

Důležitost vztahu s ostatními členy přikládá respondent č. 2 jen minimálně. Vztah mezi členy mu nepřipadá důležitý a zajímavý. Svůj názor opírá o anonymitu. *„..., když je potkám na ulici, tak se s nimi pozdravím, a to je všechno. Nebudu s nimi zabředávat do nějakého rozhovoru, a kdyby ano, tak se s nimi domlouvám jen kvůli skupině tady. Ale jako kamarády, to ne, to nehledám. Týká se to hlavně anonymity, když se s někým spřátelíte, tak už to není anonymita.“*

Zájem o hlubší poznání

Respondent č. 3 je ve skupině AA krátkou dobu a sám říká, že *„s nimi se jen zde setkávám.“* Členové na počátku své účasti mají zájem hlouběji poznat ostatní členy skupiny, jsou zvědaví, chtějí se dozvědět o jejich zkušenostech, co nejvíce. *„Mám zájem o hlubší poznání. ... mohli bychom někam jet, bavili jsme se o tom už. Také bych chtěl jezdit na Áčka, na srazy. Jak říká Nešpor, doléčování není nikdy dost, a já bych už to nechtěl zanedbat. Nyní z toho mám dobrý pocit, věřím tomu.“*

Přátelský vztah jako základ pomoci s udržením abstinence

Při pravidelném navštěvování skupiny AA v Olomouci v průběhu několika let dochází k vytváření přátelství mezi některými členy. Jejich vztah je pro další respondenty důležitým, ba dokonce nejdůležitějším, založený na důvěře a přátelství. „*Našel jsem druhé kamarády. Kdyby něco potřebovali, určitě se jim budu snažit pomoci. Jsme všichni stejní, to je důležité. Nealkoholik, nebo člověk, který nespádl na dno, to nepochopí*“, popisuje svůj vztah s ostatními členy respondent č. 5. Pro respondent č. 4 „*je přátelský. Je pro mě určitě důležitý, dá se říct skoro nejdůležitější.*“

Pro respondent č. 1 je vztah s ostatními členy přátelský až po určité době. „*Je to vztah přátelský. Určitě je pro mě důležitý. Víím, že se ty vztahy prohlubují po čase. Ne každý, kdo přijde, беру jako rodinu. Ale když přijde častěji, tak je to vztah založený na důvěře, na přátelství. Navštěvujeme se i ve svém volnu, pořádáme spolu akce ve svém volném čase. ... Kamarádi z AA působí jako antikoncepce na alkohol, takže v ten moment, kdy začnete někoho přemlouvat, aby s váma chlastal, tak říká: Nechlastej, nepotřebuješ to!*“

Vztah s druhou osobou je pro člověka obohacující, není tomu jinak ani v této skupině. Závisí samozřejmě také na délce participace ve skupině AA a osobnosti jednotlivce. Z toho vychází, že ho každý člen AA vnímá vztah jiným způsobem. Na začátku účasti v AA se člen rozhlíží, může cítit stud nebo se snaží o hlubší poznání skupiny a jejích členů. Pokud je jeho participace ve skupině delší dobu, vztah s ostatními členy je založen na důvěře, přátelství a podpoře. Tráví spolu nejen čas ve skupině, ale také plánují společně akce. Pro alkoholika je důležitým bodem necítit se sám, vědět to, že není jediný, který má problém, že druhý má stejný problém, snahu řešit jej, atd.

4.2.7 Vliv svépomocné skupiny AA na osobu alkoholika a jeho život

Navrácení důvěry rodiny

Když alkoholik rodině slíbí, že přestane pít, že skončí s alkoholem provždy, má to pouze dočasný charakter. Přijde nějaká složitá situace a alkoholik ji řeší hned alkoholem. Tím jeho důvěra rodiny ztrácí na vážnosti. Respondent č. 4 popisuje, že díky společenství AA mu rodina začala opět důvěřovat a v členství AA jej podporuje.

„Po prvním léčení, když jsem nepil tak dlouho, tak pak jsem hromadu lidí zklamal tím, že jsem znovu začal. Hromada lidí se ke mně postavila zády. A nyní jsem opět dostal zpátky jejich důvěru, od manželky, od všech. Protože alkoholik je alkoholik, a kdykoliv tam může spadnout znovu. Stačí chvílka.“

Život ve střízlivosti

Abstinance je pro alkoholika celoživotním bojem, který je mnohdy těžké vyhrát. A začíná už ráno při probuzení bez první sklenky alkoholu. S pomocí motivace a silné vůle lze vítězství dosáhnout. Svépomocná skupina AA tomuto vítězství přispívá. Respondent č. 1 se cítí ve střízlivém stavu šťastný, klidnější a plný sil: *„V pohodě je prostě všechno v životě, v pohodě je rodina, v pohodě jsou přátelé, v pohodě je práce, a je to všechno o vnitřním mém postoji. A tohle jsem pochopil, že lidé kolem mě mohou hořet v plamenech, ale já mohu být rájem uprostřed ohně, když se tak budu cítit.“* Respondent č. 4 to pocítuje podobně: *„Zřejmě za to mohou ty Áčka. Já si žiju střízlivě. To pro mě moc znamená. Žiju střízlivě. A do toho se dá zahrnout úplně všechno. Já nemám problém v práci, já nemám problém se zdravím, já nemám problém ve vztazích, ... ten bude vždycky nějaký, mám ty běžné lidské problémy. Problém s alkoholem bude celoživotní, já ho tak vnímám. Na ten já nikdy zapomínat nebudu. Já si ale žiju naplno.“*

Jak již bylo řečeno život bez alkoholu je pro alkoholika nelehký, plný obtíží. Při rozhovoru s respondenty na jednu obtíž střízlivosti přišla řada. Jedná se o závist. Respondenti s touto vlastností mnohdy bojují a snaží se být plni pevné vůle a nepodlehnout jí. Posléze by to mělo následky pádu k alkoholu a opětovnému zvedání se z úplného dna. *„Jednou to šlo, jednou to nešlo. ... Já jsem seděl u toho stolu, oni pili pivo, a já jsem jim to záviděl, a věděl jsem, že do toho stejně zase spadnu, a napil jsem se.“* Pokud se závist překoná, je to na dobré cestě k abstinenci. *„Jde to bez toho pití. Musím jim to přestat závidět, musím jim to přát. Ožer se, ty vole, když ti to chutná. Když jim to závidíme, tak jsme na to pořád špatně.“*

Sám alkoholik a jeho život je plně ovlivňován společenstvím AA. Vliv lze cítit ze všech oblastí alkoholikova života. Prvotní změnou je právě život bez alkoholu, život ve střízlivosti. Abstinance bez závisti ostatním je tou správnou abstinencí. Alkoholik může sám plně fungovat ve svých životních rolích, v zaměstnání, v rodině, v přátelství. Díky plnění slibů v udržování abstinence partnerka, rodina začíná opětovně

alkoholikovi důvěřovat. Jak bylo zmíněno, důsledky alkoholismu nepostihují jen alkoholika, ale také jeho blízké. Tudiž opětovné získání důvěry svých blízkých je pro mnohé alkoholiky výhra v loterii.

4.3 Shrnutí

Ve výzkumu jsem si položila otázku, jak klienti léčící se ze závislosti na alkoholu hodnotí participaci ve svépomocné skupině Anonymní alkoholici v Olomouci. Na základě otázek z polostrukturovaného rozhovoru jsem vyvodila kategorie, ke kterým jsem přiřazovala dané trsy, které respondenti zvýznamňovali v souvislosti se svou participací v dané skupině. K základním kategoriím patří důvod členství ve svépomocné skupině AA, přínos účasti v této skupině v boji s alkoholismem, výhody a nevýhody participace, sdílení vlastních zkušeností s ostatními členy skupiny, význam vztahů ve svépomocné skupině, vliv svépomocné skupiny AA na osobu alkoholika a jeho život. Interpretovaná data těchto kategorií mi pomohly postupně odpovědět na výzkumnou otázku hodnotící participaci ve skupině AA.

Důvody členství ve svépomocné skupině AA jsou u respondentů pestré. Především zmiňují to, že si stále připomínají skutečnost, že jsou alkoholiky, že dosáhli svého dna, i když abstinují. Tato skutečnost jich motivuje k neopětovnému požití alkoholu. Také dobrovolné odpovídání na daná témata a svoboda slova vede k pravidelnější účasti na setkáních skupiny. Pro respondenty je to výhodné, protože mohou říci cokoli, aniž by je někdo pokáral nebo ponížil, ale také motivující pro obě strany, neboť sdílet své zkušenosti s druhými ovlivňuje nejen člena samotného, ale i členy ostatní. Necítí se napjatí, nervózní z toho, že si musí rychle něco vymyslet, aby mohla přijít řada na druhého. Tato možnost svobody slova i odpovědí je pro ně zajímavou novinkou během léčby závislosti na alkoholu. Ovlivnění byli také „dobrým jménem“ celého společenství, které má celosvětový charakter. Proč to nevyzkoušet, když o tom mluví celý svět. Jednoznačně je to dané také informovaností během protialkoholní léčby, kde profesionálové o tomto svépomocném programu pacienti informují a motivují je k jeho návštěvě.

Členství v této skupině jim přináší pocit soudržnosti a podpory, kterou potřebují při zvládnutí a udržení své abstinence. Posiluje jich především to, že v tom nejsou sami, všichni mají stejný problém a stejný cíl, podobné zkušenosti, zážitky. Důležité je pro ně uvědomit si skutečnost, že své zkušenosti mohou sdílet bez ostychu, bez ponížení,

bez případného následného pokárání. Když se jim daří abstinovat, cítí se být volní, nezávislí a šťastní. Pokud abstinence trvá delší dobu, není důvod ji opouštět, pouze udržovat.

Další kategorií byli výhody participace ve skupině, které pociťují členové. Výhod je široké spektrum, které shrnuje výše uvedené kategorie. Tudiž jsou tyto kategorie zároveň výhodami členství, které členové vnímají. Mezi výhody patří především možnost volby slova a odpovědi, pokračování v léčbě alkoholismu prostřednictvím následné péče svépomocného programu AA, připomínání si toho, že „jsem alkoholik“, pocity sounáležitosti a podpory, motivace k abstinenci.

Zajímavým bodem interpretace dat a tudíž celého výzkumu bylo zjištění, že členové vyzvedávají výhody participace a o nevýhodách se skoro nezmiňují. Omlouvají se větou: „Kdyby to mělo nějakou nevýhodu, tak tam nechodím.“ Toto zjištění je pozitivní pro danou evaluaci, která vyzdvihuje ve větší míře silné stránky svépomocné skupiny AA. Což znamená, že participace se díky tomuto zvyšuje a je stále motivující pro jejich členy.

Dalším důležitým faktorem v hodnocení participace člena ve svépomocné skupině AA je jeho kladný názor na sdílení svých zkušeností s ostatními členy. Tento moment každého setkání členům nedělá problém, pouze v začátcích svého členství. Členové AA své zážitky s alkoholem a jeho následky sdílí a pociťují úlevu, neboť se zpovídají člověku, který tomu rozumí, prožil si podobné a podpoří ho.

Vztah s druhou osobou je pro člověka obohacující, není tomu jinak ani u členů svépomocné skupiny AA. Závisí samozřejmě na délce participace ve skupině AA a osobnosti jednotlivce. Z toho vychází, že každý člen AA vnímá vztah jiným způsobem. Na začátku účasti v AA se člen rozhlíží, může cítit stud nebo se snaží o hlubší poznání skupiny a jejích členů. Pokud je jeho participace ve skupině dlouhodobější, vztah s ostatními členy je založen na důvěře, přátelství a podpoře. Pro alkoholika je důležitým bodem necítit se sám, vědět to, že není jediný, který má problém, že druhý má stejný problém a také snahu řešit jej.

Participace člena ovlivňuje všechny oblasti jeho života. Ať je to zaměstnání, rodina, přátelé, zvládání svých sociálních rolí, atd., každé oblasti života se nějakým způsobem dotýká. Díky výsledkům výzkumu především kladně. Prvotní změnou je právě život bez alkoholu, život ve střízlivosti. Překážkou může být právě závist na

ostatní alkoholiky, kteří svůj problém neřeší, slabá vůle nebo motivace k tomu. Také díky plnění slibů se alkoholik stává opět důvěryhodnou osobou pro svou manželku, děti, příbuzné, kolegy, přátelé i sám pro sebe.

S výše uvedeného shrnutí výzkumné části lze zhodnotit participaci člena svépomocné skupiny AA a její význam v jeho boji s alkoholismem. Evaluační studie, dle mého názoru, přinesla pozitivní odpověď na výzkumnou otázku. Silnou stránkou participace ve svépomocné skupině AA při léčbě alkoholismu je především udržování střízlivosti a její motivace k tomu, kladné působení díky svým zkušenostem na ostatní členy skupiny. Důležitý je také vliv na alkoholikovu osobu. Alkoholik se cítí sebevědomější, silnější, motivovanější, šťastnější, což se odráží v jeho zvládnání sociálních rolí v manželství, v rodině, v zaměstnání i ve společnosti. Stává se otevřenější k řešení svého problému s alkoholem. Postupně sdílí své zkušenosti nejen se členy, ale také s rodinnými příslušníky, neboť jej berou opět za důvěryhodnou osobu s pevnou vůlí.

Slabé stránky evaluace jsou na rozdíl od silných, nulové. Během interpretace jsem na slabou stránku nenarazila, ani člen svépomocné skupiny během rozhovoru. Toto je základ pro případné změny svépomocného programu nebo pro informovanost dalších, nových členů skupiny, aby se k dané skupině připojili, poněvadž výsledky evaluace byly pozitivního charakteru.

Tato zjištění členovi AA pomáhají a motivují k dlouhodobější participaci, která pozitivním způsobem ovlivňuje léčbu alkoholismu. Její význam je proto důležitým faktorem k dosažení cíle – stavu kontrolované střízlivosti, jakožto smířením se s celoživotním problémem s názvem alkoholismus.

4.4 Diskuze

Jsem si vědoma toho, že výzkumná část mé práce má určité nedostatky. Výsledky analýzy dat mohly být ovlivněny mou osobou jakožto výzkumníkem. Jelikož jsem výzkum prováděla poprvé, mé dovednosti a znalosti v této oblasti nejsou plnohodnotné. Také jsem mohla být lepším tazatelem, jinak formulovat otázky, popřípadě se zeptat na otázky další. Z toho vyplývá, že zjištěné kategorie mohou být neúplné. To vše se mohlo odrazit na kvalitě výsledků výzkumné části.

Úplnost kategorií bych docílila, kdybych provedla rozhovory s více respondenty. Jenže toto tvrzení je nespílitelné v časovém harmonogramu studia, neboť do svépomocné skupiny AA v Olomouci dochází dlouhodobě jen pár členů, díky kterým jsem mohla svou evaluaci realizovat. Noví zájemci, členové-začátečníci, kteří na setkání dorazí poprvé nebo podruhé, nejsou pro evaluaci skupiny kompetentní kvůli nedostatečnému množství zkušeností.

I přes zmíněné nedostatky mohou výsledky mé evaluační studie posloužit studentům, sociálním pracovníkům, závislým na alkoholu, kteří svůj problém alkoholismu chtějí řešit, jejich rodinným příslušníkům, ale také široké veřejnosti pro hlubší pochopení filosofie svépomocné skupiny Anonymní Alkoholici jako jedné z možností pomoci bojovat s alkoholem a následně zvládat a udržet si svou abstinenci. Realizovaná evaluace může být nápomocna při zlepšení svépomocného programu, při nenásilné propagaci tohoto společenství a při vyzdvižení jeho silným stránek a kladných odezev od členů svépomocné skupiny AA v Olomouci.

Ve výpovědích jednotlivých členů AA se dají nalézt takové zkušenosti, které by mohly být motivující pro další alkoholiky, kteří chtějí abstinovat, ale zatím nenašli odvahu navštívit tuto skupinu, nebo pro jejich rodinné příslušníky, kteří nemají ponětí, jak se chovat k alkoholikovi, případně mu pomoci s jeho problémem, či pro sociální pracovníky a jiné profesionály (psychology, psychiatry, aj.), kterým je problematika závislosti na alkoholu blízká a pohybují se v ní, k hlubšímu porozumění a informovanosti o tom, co alkoholik prožívá a jakým způsobem mu participace ve svépomocné skupině AA pomáhá zvládat boj s alkoholem a udržovat se střízlivý.

Překvapením bylo pro mě zjištění, že členové hodnotí svou participaci ve svépomocné skupině AA ve větší míře pozitivně a její význam je pro členy důležitý a především obohacující při léčbě alkoholismu. Negativa nebo nevýhody participace zazněly jen zřídka. Větou: „Kdyby to mělo nevýhody, nešel bych tam“, se potvrzuje pozitivní výsledek mé evaluační studie. Jednotlivá zjištění mi potvrdila skutečnost, že pokud má člověk odvahu, pevnou vůli, motivaci a chuť řešit problém závislosti na alkoholu, je možné udržení a zvládání střízlivosti realizovat. Potvrdilo se i to, že pro alkoholika je důležité být v boji s alkoholem mezi svými, mezi alkoholiky, kteří mají stejný cíl – abstinenci. Následně může být boj vítězným momentem. Alkoholik alkoholikem zůstane do konce života, ale je jen na něm, zda svou převahu nad celoživotním bojem udrží.

Dle mého názoru by se téma svépomocné skupiny AA a významu participace jednotlivých členů v této skupině mohlo rozšířit o další bádání, například s rodinnými příslušníky členů závislých na alkoholu, popřípadě zjistit, jaké povědomí o této svépomocné skupině má široká veřejnost. Užitečným by také mohlo být zabývání se svépomocnými skupinami pomáhající jiným závislostem, ať už látkovým či nelátkovým.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo vytvořit evaluační studii svépomocné skupiny Anonymní alkoholici v Olomouci s pomocí kvalitativních metod sběru dat. Jejím záměrem bylo zjistit, jak klienti léčící se ze závislosti na alkoholu hodnotí participaci v této svépomocné skupině a její význam při léčbě alkoholismu jednotlivých členů této svépomocné skupiny v Olomouci.

Na základě stanoveného cíle práce jsem v teoretické části charakterizovala pojem závislost, dále jsem se podrobněji zajímala o závislost na alkoholu, kde jsem popisovala její vznik, vývoj, druhy závislosti, ale také její komplikace a následně i možnosti pomoci v udržení si abstinence. V poslední kapitole teoretické části jsem objasnila jednu z možností pomoci závislým na alkoholu a to svépomocnou skupinu Anonymní alkoholici a její historii, základní zásady a pravidla, hesla i účinnost participace v této skupině. V poslední kapitole jsem se zabývala konkrétně svépomocnou skupinou Anonymní alkoholici v Olomouci. Záměrem bylo seznámit se s jejím fungováním, které bylo důležité pro následující výzkumnou část mé práce.

Cílem výzkumné části bylo zhodnotit a následně popsat participaci jednotlivých členů svépomocné skupiny AA v Olomouci, a z toho vyplývající její význam pro léčbu alkoholové závislosti členů této olomoucké skupiny. S pomocí polostrukturovaných rozhovorů jsem realizovala výzkum. Získaná data jsem analyzovala prostřednictvím otevřeného kódování dat. Jednotlivé kategorie jsem odvodila z otázek v rozhovoru, následně jsem data seskupené s pomocí trsů interpretovala do daných kategorií. Výsledky výzkumné části byly pozitivními odpověďmi na mou výzkumnou otázku.

Překvapením bylo pro mě zjištění, že členové hodnotí svou participaci ve svépomocné skupině AA ve větší míře pozitivně. Negativa nebo nevýhody participace zazněly jen zřídka. Větou: „Kdyby to mělo nevýhody, nešel bych tam“, se potvrzuje pozitivní výsledek mé evaluační studie. Jednotlivá zjištění mi potvrdila skutečnost, že pokud má člověk odvahu, pevnou vůli, motivaci a chuť řešit problém závislosti na alkoholu, je možné udržení a zvládnutí střízlivosti realizovat. Potvrdilo se i to, že pro alkoholika je důležité být v boji s alkoholem mezi svými, mezi alkoholiky, kteří mají stejný cíl – abstinenci. Následně může být boj vítězným momentem.

Alkoholik alkoholikem zůstane do konce života, ale je jen na něm, zda svou převahu nad celoživotním bojem udrží.

Dle mého názoru by se téma svépomocná skupina AA a význam participace jednotlivých členů v této skupině mohlo rozšířit o další bádání, například s rodinnými příslušníky členů závislých na alkoholu, popřípadě zjistit, jaké povědomí o této svépomocné skupině má široká veřejnost. Užitečným by také mohlo být zabývání se svépomocnými skupinami pomáhající jiným závislostem, ať už látkovým či nelátkovým.

Díky své bakalářské práci jsem si uvědomila, že být alkoholikem nepřináší jen stigma od společnosti, ale také mnohdy ponížení, opovrhování druhými. Mnohdy jsem zastávala názor, že pouze alkoholici ubližují svým blízkým kvůli neřešení svého stavu. Ale nyní jsem si vědoma, že i sám alkoholik je obětí svého problému. Je to on, kdo potřebuje pomoc, vyslechnutí, objetí a především porozumění, které v mnoha rodinách chybí. Na druhou stranu je kladena také iniciativa na samotného alkoholika, který rozhoduje o tom, zda chce přestat pít a abstinovat, zda si přizná skutečnost, že má problém a je alkoholik. Proto bych chtěla touto zvýznamnit podporu především všem členům svépomocných skupin Anonymní alkoholici ke stále silnější motivaci udržet si svou abstinenci a ke stálému nalézání síl promlouvat k novým členům skupiny a rozšiřovat tím poselství o tom, jak je možné se závislostí na alkoholu žít v abstinenci, ale také těm, kteří svou závislost chtějí řešit a aplikovat přístup AA do svého života, neboť boj se střízlivostí je bojem celoživotním, díky které jsem si mohla své nové smýšlení o osobách závislých na alkoholu uvědomit.

SEZNAM ZKRATEK

AA – Anonymní alkoholici

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

TK – Terapeutická komunita

WHO – Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

SEZNAM LITERATURY

ADAMEČEK, D., RICHTEROVÁ-TĚMÍNOVÁ, M., KALINA, K. (2003). Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. In Kalina, K. a kolektiv (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 2* (s. 201-207). Praha: Úřad vlády České republiky.

ANDERSON, P., GUAL, A., COLOM, J. (2005). *Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions*. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia.

ANDERSON, P., GUAL, A., COLOM, J. (2008). Alkohol a zdraví. *Zpravodaj drogového informačního centra*, březen č. 56, s. 7-8.

ANONYMNÍ ALKOHOLICI. (1996). *Anonymní alkoholici*. New York: Alcoholics Anonymous World Services, Inc.

ANONYMNÍ ALKOHOLICI. (2000). *Dvanáct kroků a Dvanáct tradic*. New York: Alcoholics Anonymous World Services, Inc.

ANONYMNÍ ALKOHOLICI (2006): Historie Anonymních alkoholiků (AA) v České republice. Osmdesátá léta až 2006 [on-line]. Dostupné ze dne 22. 3. 2014 z <http://www.anonymnialkoholici.cz/o-nas/historie-cr.html>.

ANONYMNÍ ALKOHOLÍCI OLOMOUC (2014): Anonymní Alkoholici Olomouc [on-line]. Dostupné ze dne 22. 3. 2014 z <http://www.aalomouc.estranky.cz/>.

ARENZ-GREIVING, I. (1998). *Selbsthilfegruppen für Suchtkranke und Angehörige: ein Handbuch für Leiterinnen und Leiter*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

ARENZ-GREIVING, I. (1999). *Abhängig vom Alkohol? Wege aus einer Krankheit. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige*. Freiburg: Lambertus.

BARTOŇKOVÁ, H. (2010). *Firemní vzdělávání*. Praha: Grada.

BARTOŠÍKOVÁ, I., MIOVSKÝ M., KALINA, K. (2003). Terapeutický vztah. In Kalina, K. a kolektiv (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 2* (s. 30-35). Praha: Úřad vlády České republiky.

- BAYER, D. (2003). Farmakoterapie závislosti a psychopatologických komplikací a komorbidit. In Kalina, K. a kolektiv (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 2* (s. 19-24). Praha: Úřad vlády České republiky.
- BUDINSKÝ, V. (2012). *Ať žije alkohol!*. Praha: Agentura Lucie, spol. s.r.o.
- CSÉMY, L., NEŠPOR, K., SOVINOVÁ, H. (2001). *Problémy s alkoholem v rodině. Zpráva pro Evropskou unii*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- DISMAN, M. (2008). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Nakladatelství Karolinum.
- DVOŘÁK, D. (2003). Sociální rehabilitace. In Kalina, K. a kolektiv (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 2* (s. 63-69). Praha: Úřad vlády České republiky.
- FISCHER, S., ŠKODA, J. (2009). *Sociální patologie. Analýza příčin a možností ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada.
- FÍŠEROVÁ, M. (2003a). Neurobiologie závislosti. In Kalina, K. a kolektiv (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 1* (s. 96-106). Praha: Úřad vlády České republiky.
- FÍŠEROVÁ, M. (2003b). Odvykáací syndrom a craving – Neurobiologické aspekty. In Kalina, K. a kolektiv (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 1* (s. 114-118). Praha: Úřad vlády České republiky.
- GIDDENS, A. (1999). *Sociologie*. Praha: Argo.
- GOFFMAN, E. (2003). *Stigma: Poznámky k problému zvládnání narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- HAMPL, K. (2003). Lékařská ambulantní péče o závislé. In Kalina, K. a kolektiv (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 2* (s. 172-178). Praha: Úřad vlády České republiky.
- HENDL, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- KALINA, K. (2000). Léčba drogové závislých. In *Drogy ze všech stran II. Slovník příspěvků o drogové problematice* (s. 43-68). Praha: Edice FILIA.

- KLIMENT, P. (2007). Rodinný systém se závislým na alkoholu. *Sociální práce/ Sociální práce, č. 3, s. 61-67.*
- KRATOCHVÍL, S. (1979). *Terapeutická komunita*. Praha: Academia.
- KUBIČKA, L. (1987). Teorie patogeneze závislosti. In Skála, J. a kolektiv (Eds.), *Závislost na alkoholu a jiných drogách* (s. 33-40). Praha: Avicenum.
- KUDRLE, S. (2003). Psychopatologie závislosti a kodependence. In Kalina, K. a kolektiv (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 1* (s. 107-113). Praha: Úřad vlády České republiky.
- LINDENMEYER, J. (2009). *Závislost' od alkoholu: pokroky v psychoterapii*. Trenčín: F.
- MARHOUNOVÁ, J. (1995a). Charakteristika závislosti a její důsledky. In Marhounová, J., Nešpor, K. (Eds.), *Alkoholici, fetišáci a gambleři* (s. 55-63). Praha: Empatie.
- MARHOUNOVÁ, J. (1995b). Závislost na alkoholu. In Marhounová, J., Nešpor, K. (Eds.), *Alkoholici, fetišáci a gambleři* (s. 66-72). Praha: Empatie.
- MATOUŠEK, O. a kol. (2005). *Sociální práce v praxi: specifika různých skupin a práce s nimi*. Praha: Portál.
- MATĚJČEK, O. (1993). *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- MIOVSKÝ, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- MIOVSKÝ, M., BARTOŠÍKOVÁ, I. (2003). Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislosti. In Kalina, K. a kolektiv (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 2* (s. 25-29). Praha: Úřad vlády České republiky.
- MLČÁK, Z. (2004). *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Ostravská Univerzita.
- NEŠPOR, K. (2011). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.

- NEŠPOR, K. (2004). *Jak překonat problémy s alkoholem: Určeno lidem, kteří mají problémy s alkoholem, i těm, kdo jim chtějí pomáhat*. Praha: Sportpropag.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. (1999). *Bažení (craving). Společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnání*. Praha: Sportpropag.
- NOŽINA, M. (1997). *Svět drog v Čechách*. Praha: KLP.
- POKORNÝ, V., TELCOVÁ, J., TOMKO, A. (2002). *Patologické závislosti*. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky r.s. Brno.
- POPOV, P. (2003). Alkohol. In Kalina, K. a kolektiv (Eds.), *Drogy a drogové závislosti I* (s. 151-158). Praha: Úřad vlády České republiky.
- RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. (1998). *Psychiatrie*. Praha: Triton.
- SKÁLA, J. (1985a). Abúzus a závislost na alkoholu. In Kvapilík, J., Svobodová, A. a kolektiv (Eds.), *Člověk a alkohol* (s. 30 - 40). Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství.
- SKÁLA, J. (1985b). Protialkoholní péče a protialkoholní zařízení. In Kvapilík, J., Svobodová, A. a kolektiv (Eds.), *Člověk a alkohol* (s. 54 - 61). Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství.
- SKÁLA, J. (1986). *Alkohol a jiné (psychotropní) drogy: abúzus a závislost*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství.
- SMOLÍK, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf Jessenius.
- SOVINOVÁ, H., CSÉMY, L., HAMPL, K., PACOVSKÝ, V. (2002). *Alkohol a úrazy*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- ŠEDIVÝ, V., VÁLKOVÁ, H. (1988). *Lidé, alkohol, drogy*. Praha: Naše vojsko.
- VÁCLAV. (2014). Rozhovor s Václavem (zakladatel Anonymních Alkoholiků v Olomouci), 23. 3. 2014.
- VÁGNEROVÁ, M. (1999). *Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál.

VÁGNEROVÁ, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese. Rozšířené a přepracované vydání.* Praha: Portál.

VOJTĚCHOVSKÝ, M. (1985). Účinky alkoholu na člověka. Farmakologie etanolu. In Kvapilík, J., Svobodová, A., a kolektiv (Eds.), *Člověk a alkohol* (s. 13- 27). Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství.

VYBOŘIL, J., KALINA, K. (2003). Svépomocné programy. In Kalina, K. a kolektiv (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 2* (s. 84-89). Praha: Úřad vlády České republiky.

WALLACE, J. (1999). Teorie léčby založené na 12 krocích. In Rotgers a kol. (Eds.), *Léčba drogových závislostí* (s. 17-34). Praha: Grada.

WHO. (2008). *Mezinárodní klasifikace nemocí. Desátá revize.* Geneva: World Health Organization.

WHO. (2010). Dependency syndrom [on-line]. Dostupné dne 19. 10. 2013 z http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Polostrukturovaný rozhovor

Otázky rozhovoru

A Obecné otázky:

- 1) Jak dlouho jste členem svépomocné skupiny Anonymní Alkoholici v Olomouci a jak často přicházíte na setkání této skupiny?
- 2) Absolvoval/a jste již nějaká protialkoholová léčení?

B Otázky zaměřující se na hodnocení participace ve svépomocné skupině Anonymní alkoholici v Olomouci a její význam:

- 1) Z jakého důvodu jste si zvolili svépomocnou skupinu Anonymní Alkoholici v Olomouci jako jednu z možností pomoci při boji s alkoholismem?
- 2) Co Vám přináší účast (participace) ve svépomocné skupině AA v Olomouci?
- 3) Jaké vnímáte výhody/nevýhody účasti (participace) ve svépomocné skupině AA v Olomouci?
- 4) Sdílíte s ostatními členy své zkušenosti? Pokud ano, jaký to má pro Vás význam?
- 5) Máte s ostatními členy skupiny AA vztah? Pokud ano, v čem je pro Vás důležitý?
- 6) Jak Vás a Váš život ovlivnila účast (participace) ve svépomocné skupině AA v Olomouci?