

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Katedra psychologie a patopsychologie

Martina Balúchová

VI. ročník – kombinované studium

obor: Pedagogika správní činnost

SPOLUZÁVISLOST - KODEPENDENCE

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Jana Kvintová, Ph.D.

OLOMOUC 2012

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci *Spoluzávislost - kodependence* vypracovala samostatně pod vedením PhDr. Jany Kvintové, Ph.D. a uvedla v ní všechny použité literární a jiné odborné zdroje v souladu s právními předpisy, vnitřními předpisy Univerzity Palackého v Olomouci.

V Olomouci dne 19. 6. 2012

.....

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí práce PhDr. Janě Kvintové, Ph.D. za odborný přístup, cenné připomínky a rady, bez kterých bych tuto práci nikdy nenapsala. Stejně tak bych ráda poděkovala skupině Al-Anon za jejich pomoc při zpracovávání praktické části této práce.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Martina Balúchová
Katedra:	Katedra psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	PhDr. Jana Kvintová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2012

Název práce:	Spoluzávislost - kodependence
Název v angličtině:	Codependency
Anotace práce:	Tato diplomová práce je zaměřena na jedince, jejichž blízká osoba, ke které mají citovou vazbu, je závislá na návykových látkách, v tomto případě na alkoholu. Cílem této práce bylo vytvořit ucelený souhrn informací o tomto onemocnění. Popsat jeho historii, vývoj, charakteristické znaky, příčiny a zanalyzovat důležitost podpůrných programů pro partnery závislých. Výzkum byl realizován u členů skupiny Al-Anon ve formě dotazníkového šetření a doplněn o rozhovor se dvěma členy skupiny. Výsledky byly zpracovány kvantitativně i kvalitativně.
Klíčová slova:	závislost, alkoholismus, spoluzávislost, rodina
Anotace v angličtině:	This thesis is focused on people, whose close relative they have relationship with, is dependent on some addictive substances, in this case on the alcohol. The goal of this study was to create a comprehensive summary of informations about this disease, to describe its history, development, characteristic features, causes, and to analyzed the importance of support programs determined for partners of alcohol abusers. The research was conducted with the participation of members of Al-Anon group in the form of questionnaire survey and it was supplemented by an interview with two members of this group. Results were elaborated quantitatively as well as qualitatively.
Klíčová slova v angličtině:	Addiction, alcoholism, codependency , family
Přílohy vázané v práci:	Dotazník, Zápis z rozhovoru
Rozsah práce:	81 s.
Jazyk práce:	Český jazyk

OBSAH

ÚVOD.....	5
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	7
1 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU – ALKOHOLISMUS.....	7
1.1 Výskyt a příčiny vzniku závislostí	8
1.2 Znaky závislosti.....	11
1.3 Stupně závislosti na alkoholu	12
1.4 Typy alkoholiků.....	13
1.5 Následky alkoholismu	14
2 KODEPENDENCE - SPOLUZÁVISLOST	16
2.1 Historie kodependence	19
2.2 Konkrétní příznaky kodependence	21
2.3 Role kodependentů	24
2.4 Vznik a průběh kodependence.....	25
2.4.1 Vznik kodependence	25
2.4.2 Průběh kodependence.....	27
2.4.3 Stádia přechodu běžné rodiny na kodependentní	28
3 LÉČBA KODEPENDENCE.....	31
3.1 Samovzdělávání a svépomoc.....	Chyba! Záložka není definována.
3.2 Psychoterapie.....	32
3.3 Program používaný skupinou Al-Anon.....	35

II. PRAKTICKÁ ČÁST	38
4 CÍLE VÝZKUMU	38
5 STANOVENÍ HYPOTÉZ	39
6 POSTUP VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A POUŽITÉ METODY	40
6.1 Výzkumný soubor	41
7 KVANTITATIVNÍ ZPRACOVÁNÍ DOTAZNÍKU	45
7.1 Vyhodnocení dotazníku - Část I.	45
7.2 Vyhodnocení dotazníku – Část II.	52
7.3 Vyhodnocení dotazníku – Část III.	55
8 KVALITATIVNÍ ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ	61
8.1 Otevřené kódování.....	61
8.2 Axiální kódování	66
8.3 Selektivní kódování	67
8.4 Analýza rozhovoru	68
9 VYJÁDŘENÍ K PLATNOSTI HYPOTÉZ	70
10 DISKUZE	73
11 ZÁVĚR	76
12 SOUHRN	77
SEZNAM POUŽITÝCH PRAMENŮ A LITERATURY	79
PŘÍLOHY	

ÚVOD

O lidech závislých na alkoholu či jiné droze se jak hodně mluví, tak i píše. Literatury na toto téma je nepřehledné množství, stejně tak jako mediální informovanost v tomto směru. Mnohem méně se však ví o tom, co prožívají lidé, kteří žijí v jejich blízkosti. Ať už jde o rodiče, partnery, děti, či ostatní osoby v blízkém okolí. Jejich život však není o nic jednodušší než toho, kdo je sám závislý.

Alkohol je celospolečenským problémem. Samotná společnost vytváří prostředí pro jeho existenci, vždyť téměř každá reklamní pauza obsahuje alespoň jeden spot na alkohol. Prodejci nás přesvědčují o tom, jak vysokou má kvalitu, tradici či chuť, v žádném z nich však nenalezneme, jaký dopad může mít přílišné užívání na samotného konzumenta či jeho blízké.

Existuje mnoho osudů samotných lidí s problémem se závislostí, avšak příběhy jejich blízkých jsou mnohdy stejně silné, ne-li silnější. Zatímco z alkoholika se postupem času stane egoista a vykazuje jakousi emocionální plochost, z osob v jeho blízkosti naopak vyzařuje přemíra lásky, obětavosti a snahy. Jejich hlavním motivem proč trpí, je především láska k závislému a touha mu pomoci.

Kodependence neboli spoluzávislost je jednou z mnoha oblastí, které se ještě nepodařilo prozkoumat do detailů. I přesto, že tomuto tématu se věnuje mnoho zahraniční literatury, v českých knihách nenajdeme téměř vůbec nic. Právě proto jsme si zvolili toto téma, které je nejen velmi zajímavé, ale také přínosné.

Hlavním cílem této diplomové práce je vytvořit ucelený souhrn informací o kodependenci a na jeho základě pak v rámci praktické části zanalyzovat působení původní rodiny na vznik kodependence, zjistit kvalitu současného partnerského vztahu a zhodnotit důležitost podpůrných programů pro partnery závislých.

Diplomová práce je tvořena ze dvou hlavních částí. První je teoretická, zde jsou definovány základní pojmy jako je závislost či spoluzávislost. Dále se zde zabýváme historií samotného slova spoluzávislost, popisujeme hlavní charakteristiky, vznik a průběh kodependence, její fáze, stádia a možnosti léčby.

Část druhá, praktická, je pak věnována samotnému průzkumu. Při sběru dat byl použit vytvořený dotazník a výzkumná část byla doplněna dvěma rozhovory. Výsledky dotazníkového šetření byly zpracovány kvantitativně a zároveň i kvalitativně prostřednictvím metody zakotvené teorie.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU – ALKOHOLISMUS

Východiskem pro porozumění osobám trpící kodependencí je především objasnění pojmu závislost. Ačkoliv má závislost několik druhů podob, můžeme být závislí na práci, na nakupování, na internetu, na nikotinu, na výherních automatech, na drogách a na mnoha dalších věcech, v první kapitole této práce se zabýváme pouze závislostí na alkoholu. Tento druh závislosti je nejen nejčastější, ale je právě s kodependencí velmi úzce propojen.

Pokud bychom hledali základní definici závislosti, došli bychom k závěru, že jich je mnoho. Autorka se tedy rozhodla vybrat tři, které se jí zdály nejvystižnější.

„Závislost je psychická porucha, kterou charakterizuje skupina psychopatologických, behaviorálních a kognitivních příznaků, které se vyvíjejí po opakovaném užití určité substance“ (Ehrman, 2010, 321).

„Závislost je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více“ (Nešpor, 2007, 9).

„Závislost je soubor psychických a somatických změn, které se vytvoří v důsledku opakovaného užívání psychoaktivní látky. Závislost lze chápat jako životní styl, jehož dominantou je preferenční zaměření na tuto látku“ (Vágnerová, 2008, 548).

Mezi nejzávažnější formy návyku patří závislost na alkoholu. O té však lze hovořit pouze tehdy, kdy potřeba alkoholu dosáhne stupně, kdy škodí jedinci, společnosti, či oběma. Nadměrná konzumace alkoholických nápojů bývá označována jako alkoholismus. Tento termín byl poprvé použit ve Švédsku v roce 1848. Alkoholismus je návyková nemoc, jejíž oběti jsou psychicky i fyzicky závislé na chemické látce, tedy na alkoholu. Alkohol se typem účinku blíží k sedativům, tedy tlumí úzkost, potlačuje depresi apod. (Dušek, 2010).

Důležitou roli při požívání alkoholu, hraje také motivace, napodobování vzorů, společnost, ve které se pohybujeme, dostupnost a přístup k němu, reklama apod. To jak se k alkoholu stavíme je však dáno i kulturními a sociálními tradicemi. V naší společnosti je také

mnohem více tolerováno, pokud má kladný vztah k alkoholu muž, než pokud pije žena (Hubínková, 2008).

Pojetí alkoholismu jako nemoci se postupně začalo vyvíjet během 19. Století, kdy v mnoha evropských zemích docházelo k budování azylových domů pro léčbu alkoholiků. První formulace byla připisována americkému psychiatrovi B. Rushovi. To, že alkoholismus definoval jako nemoc, znamenalo určitý posun v jednostranně orientovaných názorech. V polovině 19. Století je pak závislost na alkoholu označována jako chronické onemocnění s konkrétními příznaky. V Čechách na přelomu devatenáctého a dvacátého století vznikali spolky střízlivosti, které organizovali abstinenční hnutí. Došlo k vybudování léčeben podporované státem. V roce 1951 pak vzniká první záchytná stanice v Praze.

1.1 Výskyt a příčiny vzniku závislostí

Odhadnout počet lidí závislých na alkoholu je poněkud obtížné, vzhledem k tomu, že toto téma je velmi citlivé a málokdo se otevřeně k tomuto onemocnění přizná. Přesto všechno, však dle odborných názorů počet takto nemocných lidí neustále stoupá. Díky Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR můžeme alespoň částečně nahlédnout do statistik tohoto onemocnění, zahrnují však pouze pacienty psychiatrických léčeben (viz tabulka č. 1)

Tabulka č. 1 - Počet závislých uživatelů v psychiatrických zařízeních v letech 1997–2008

Typ léčby	Rok											
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
ambulantní léčba	21 290	22 144	19 542	19 163	21 761	19 186	19 389	19 554	21 464	20 969	20 769	21 165
psychiatrická lůžková zařízení	10 188	9 997	9 511	9 875	10 176	10 492	11 068	11 669	11 691	10 705	10 514	10 360
Celkem léčených osob	31 478	32 141	29 053	29 038	31 937	29 678	30 457	31 223	33 155	31 674	31 283	31 525

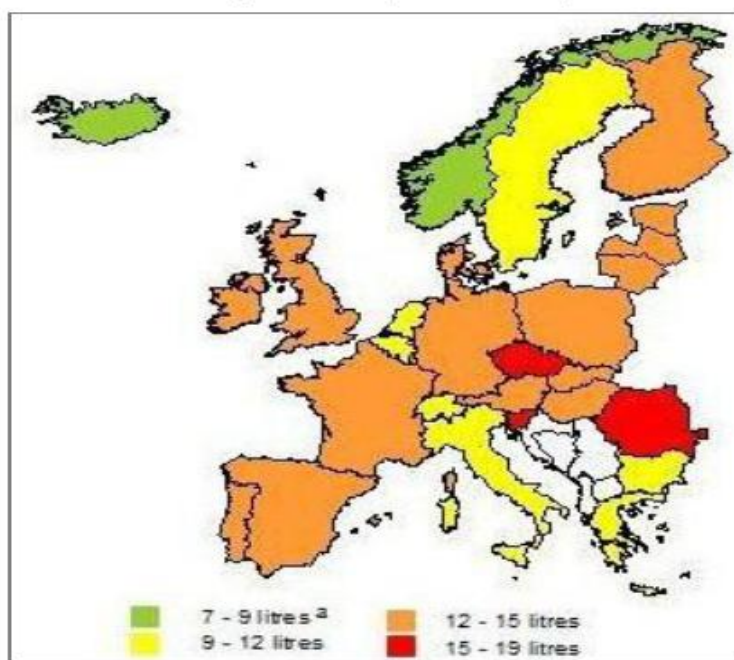
Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

Ze statistik výše uvedeného Ústavu také můžeme zjistit, že poměr mužů a žen závislých na alkoholu je zhruba 4:1. V závislostech však existuje mezi muži a ženami několik rozdílů. Zatímco muži pijí převážně ve společnosti jiných, žena pije často mimo veřejná místa. Společnost je tolerantnější k opilým mužům, to je zřejmě hlavním důvodem pro tento rozdíl.

Jako další rozdíl lze uvést fakt, že u žen se často na problém alkoholismu přijde až ve fázi, kdy se již nejsou schopny postarat o své děti (Venglářová, 2008).

Postavení České republiky v Evropě, pokud jde o spotřebu alkoholu dospělých, přibližuje obrázek č. 1, který je součástí studie Světové zdravotnické organizace zaměřené na alkohol v EU z roku 2012, a je z něj jasné, že ČR patří k zemím s největší spotřebou alkoholu na osobu. Data jsou přepočítávána na čistý alkohol (100% alkohol či etanol), přičemž v pivu je uvažováno v průměru 4,5 procenta alkoholu, ve vínu 14 procent alkoholu a v destilátech 40 procent.

Obrázek č. 1 – Spotřeba alkoholu na osobu



Zdroj: World Health Organization (2011)

V příloze 3 je umístěn graf, ze kterého lze jednoznačně vyčíst, že spotřeba na osobu v rámci celé Evropské unie klesá, jak však z grafu vyplývá, toto není zásluhou ČR, ba právě naopak.

Vznik závislosti na alkoholu je dlouhodobý proces, na který mají vliv určité faktory (Vágnerová, 2008):

1. Složení látky

Od složení samotné látky, kterou závislý používá, závisí jeho vliv na organismus člověka. Zatímco na některých se můžeme stát závislí okamžitě, na jiných je tomu postupně. Samotná závislost pak vůbec nezávisí na biologických či psychických předpokladech jedince. Závislost na alkoholu u dospělého jedince pak vzniká v průběhu jednoho až pěti let.

2. Genetické dispozice

Genetické dispozice mohou zvýšit tendenci užívat látky vzbuzující závislost. U závislosti na alkoholu bychom mohli říct, že tato dispozice spočívá v produkci enzymu - alkoholové dehydrogenázy, která se podílí na zpracování alkoholu. U alkoholu se navíc předpokládá, že genetické dispozice ovlivňují riziko vzniku závislosti z 25-50%.

3. Biologický základ

Biologickým základem vzniku závislosti je určitý způsob zpracování alkoholu v organismu. Díky neustálému užívání alkoholu se postupem času mění fungování některých oblastí mozku, stejně tak může ovlivnit fyziologické reakce člověka. Charakter reakce na něj ovlivňují především enzymy obsažené v žaludku a játrech, ty pak mohou být různorodé, tudíž i funkčně odlišné. Pokud tedy alkohol přináší pozitivní pocity a jeho metabolické zpracování nemá příliš velké důsledky ve formě nevolnosti, zvracení, je zde vysoká pravděpodobnost většího užívání.

4. Psychické faktory

Motivace k požití alkoholu může vycházet jak z individuálních pohnutek, tak i jako důsledek sociálního tlaku. Příkladů můžeme uvést několik: snaha zapadnout do společnosti, snaha o únik ze stresové situace, potřeba uniknout nudě, či stereotypu apod. Sklon k požití pak mají především osoby, které prožívají nedostatek vnitřní pohody, jsou v depresích, psychicky labilnější, lidé se sníženou inteligencí, špatným odhadem situace, nízkým sebevědomím apod.

5. Sociální faktory

Do těchto faktorů bychom zařadili především dostupnost alkoholu ve společnosti, ve které se pohybujeme. Větší pravděpodobnost vzniku závislosti je také ve větších městech, neboť zde je menší možnost kontroly, vyšší anonymita či větší nabídka. Dalšími významnými

faktory jsou rodina či sociální deprivace (ztráta kontaktů s blízkými, ztráta zaměstnání, ztráta bydliště, odmítnutí vlastní rodinou apod.)

1.2 Znaký závislosti

Nešpor (2007) uvádí následující znaky závislosti:

Silná touha nebo pocit puzení (carving, bažení) užívat látku

Je třeba rozlišovat „bažení“ a běžné „chtění“. Při bažení se nám aktivují jiné části mozku než při běžném chtění, oslabuje se nám paměť, zvýší se nám tepová frekvence, zvyšuje se aktivita potních žláz a zvyšuje se i salivace neboli slinění.

Potíže v sebeovládání

Jedná se především o schopnost říci „stop“ při konzumaci návykové látky, tedy mít kontrolu sám nad sebou. Závislý člověk to již nedokáže, přestože si myslí, že ano.

Tělesný odvykací stav

Při odvykání se začínají projevovat tělesné znaky příkladem je bolest hlavy, pocení, zvýšený krevní tlak, nevolnost, zvracení, epileptické záchvaty apod. Jako nadřazený termín všem uvedeným projevům se pak všeobecně užívá pojem abstinenční příznaky. Pro tento znak však existuje hlavní kritérium a to nedávné vysazení či redukce látky, která byla dlouhodobě nebo opakovaně užívána.

Růst tolerance

Růst tolerance se projevuje tím, že k dosažení stejného účinku návykové látky je potřeba neustále vyšších dávek.

Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů

Závislý člověk se přestává zajímat o okolní život, potřebuje čím dál více času pro obstarání látky, na které je závislý, či pro zotavení se z jejího účinku.

Pokračování v užívání, přes jasný důkaz škodlivých následků

Platnost tohoto znaku je pouze v případě, že je závislý informován o jeho škodlivosti.

1.3 Stupně závislosti na alkoholu

Skála (1986) dělí stupně závislosti na alkoholu do čtyř stádií:

Počáteční stádium

Alkohol se zpočátku chová jako přítel, díky kterému máme možnost se vypořádat s nepříjemnými pocity. Pití alkoholu má zatím spíše společenský motiv, přináší nám úlevu a euforii. Je však zde riziko zafixování zkušenosti, že alkohol přináší úlevu. Tolerance k alkoholu v tomto stádiu narůstá, tudíž, alkoholik musí pít čím dál tím více, aby dosáhl stejného účinku. Začne pít tajně, pije první sklenky "na ex", anebo dokonce pije alkohol před samotným pitím ve společnosti.

Varovné stádium

V tomto stádiu se začíná projevovat vazba na alkohol jako na drogu. Alkohol se stává nutností a ve stavu opilosti se objevují první „okénka“. Pravdou je, že v tomto stádiu je ještě zachována kritičnost a budoucí alkoholik nemá vytvořen systém složitého zdůvodňování požívání alkoholu.

Rozhodující stádium

V tomto stádiu se alkoholici stanou již nespolehlivými a postupně se začínají stranit ostatních lidí, opouštějí jiné zájmy, než je alkohol. Někdy pijí denně, často tajně a je pro ně čím dál složitější udržet své pití pod kontrolou. Alkoholik si již své pití racionalizuje a vytváří složitý systém alibismu, který mu dovoluje v pití pokračovat. V této fázi velmi často vznikají různé problémy, především sociálního charakteru: konflikty v rodině, na pracovišti apod. Zvyšuje se tolerance k alkoholu, pod jeho vlivem se pak začínají měnit některé osobnostní vlastnosti. Alkoholik nad svým pitím ztrácí kontrolu a začíná si uvědomovat potřebu alkoholu. V tomto stádiu jsou také časté výpadky paměti.

Konečné stadium

Závislost na alkoholu se stává dominantní, alkohol zcela převzal kontrolu nad životem jedince. Alkoholici trpí ztrátou cílů a neschopností nést zodpovědnost. Trpí rovněž pocitem nedefinovatelného strachu a nedůvěry, vyhýbají se ostatním lidem, dochází k sociální izolaci. V tomto stádiu už pít musí, a piji cokoliv alkoholického, aby zabránili abstinenčním příznakům. Přicházejí zdravotní potíže, především snížení funkce jater, díky tomu se snižuje i tolerance na alkohol

1.4 Typy alkoholiků

Pro rozlišení jednotlivých typů alkoholiku je třeba se zaměřit jak na prvky motivační, frekvenci pití, možnosti kontroly vlastního chování po požití alkoholu, toleranci vůči alkoholu či riziko, které může po požití vzniknout ve zdravotní či sociální oblasti. (Zášková, 2004):

Typ alfa – pijí, jen pro odlehčení životních potíží, či pro euforizační účinky a sblížení s jinými lidmi. Nedochozí u nich ke ztrátě kontroly a není tu rozvinuta plná závislost.

Typ beta – pijí příležitostně a mají stejnou motivaci jako typ alfa. Je zde však jistá pravidelnost, zvyšuje se tak tolerance vůči alkoholu a pravděpodobnost drobných trestných činů.

Typ gama – zde je již výrazně snížena kontrola v požívání alkoholu, vytváří se zde silná psychická závislost. Požívání alkoholu však má negativní následky v sociální a zdravotní oblasti.

Typ delta – neboli návykový pijan. Alkoholik tohoto typu nemůže být ani několik dní bez alkoholu, neboť se u něj začnou projevovat abstinenční příznaky. V této fázi již má zdravotní potíže.

Typ epsilon – pijáci kvartální – jde o periodické požívání alkoholu.

„Pijáci alfa a beta požívají alkoholické nápoje sice rádi a při každé vhodné příležitosti, ale protože u nich není ještě vytvořena závislost psychická, ani somatická, mohou

s pitím kdykoliv přestat. Gama a delta jsou již zřejmými alkoholiky. Nemohou se vlastní silou ubránit pití alkoholu a vyžadují pomoc okolí“ (Dušek, 2010, 209).

1.5 Následky alkoholismu

Dlouhodobá závislost na alkoholu může mít pro jedince různé následky. Každý autor zabývající se problematikou závislosti je dělí podle svých potřeb. Pro potřeby této diplomové práce se autorka rozhodla použít nejzákladnější členění těchto následků a to na fyzické a psychické.

Fyzické následky

Mezi úplně první fyzické následky můžeme zařadit především otupení duševních pochodů, vnímání, koordinace a pohybových funkcí. Rovněž dochází k určité ztrátě paměti. Dlouhodobý alkoholismus pak ničí nejenom mozek, ale i srdce, játra a slinivku břišní. Pokud se alkoholik včas nezačne léčit, konečným výsledkem jeho závislosti je smrt způsobená selháním orgánů (Boučková 2007).

Mezi nejčastější onemocnění způsobená alkoholem pak patří (Skála, 1987):

- Infekční nemoci – alkohol potlačuje především buněčnou imunitu. U alkoholiků je velmi častá plicní tuberkulóza, či pohlavně přenosné choroby, neboť alkohol snižuje kritičnost a vede k nevybíravému střídání partnerů.
- Nádorová onemocnění – rakovina úst a hrtanu je u alkoholiků 2,5 krát větší než u abstinentů. Zvyšující se konzumace alkoholu pak má velmi často za následek také jaterní cirhózu, která vytváří ideální prostředí pro vznik rakoviny jater.
- Nemoci žláz s vnitřní sekrecí – zvyšující se příjem alkoholu vede u mužů ke snížení potence, ve finální fázi vede až k impotenci. Chronické pití pak může vést k poruše sekrece inzulínu a podílet se tak na vzniku cukrovky.
- Poruchy výživy a přeměny látek – většina alkoholiků má nedostatečný příjem potravy, tento si pak nahrazuje samotným alkoholem, dochází tak k podvýživě. Naopak jsou i tací, kteří potravu nezanedbávají, ale vzhledem k vysoké energetické hodnotě alkoholu může dojít k obezitě. Nedostatek vitamínů, především skupiny B se pak může projevit anemií, případně poškozením mozku.

- Nemoci krve a krvetvorných orgánů – toxické působení alkoholu může vést nejen k poškození tvorby bílých, či červených krvinek ale i krevních destiček. Na základě této poruchy pak může dojít k mnoha onemocněním krve.
- Nemoci nervové – alkohol poškozuje celou nervovou soustavu – snižuje práh bolestivosti, způsobuje křeče, poškozuje paměť a spánek, objevují se také poruchy koordinace či vnímání.
- Nemoci oběhové soustavy – zvýšení krevního tlaku, ateroskleróza apod.
- Nemoci trávicí soustavy – jedná se především o onemocnění jícnu, či žaludku
- Nemoci kůže a svalů – u alkoholiků velmi často narazíme na mramorovanou kůži, zarudnutí očních víček, zvýšenou zranitelnost kůže apod.
- Úrazy a otravy – úrazy mají u alkoholiků mnohem delší dobu hojení. (Vágnerová, 2008)

Psychické následky

Mnoho alkoholiků patří mezi dobré lidi, přesto se však chování člověka s požívaným alkoholem mění. Postupem času se otupuje smysl pro povinnost, narůstá žárlivost a podezřavost, alkoholik přichází s alibistickými historkami, které mají ospravedlnit jeho pití, zhoršuje se úsudek, paměť, schopnost učit se novým věcem apod. (Boučková 2007).

Psychické následky bychom mohli rozdělit do několika oblastí (Vágnerová, 2008):

- Změny emočního prožívání – zvýšená konzumace vede k častějším změnám nálad, mnohdy spojené s agresí, roste nedůvěra v ostatní osoby, dochází k vyhasínání osobních vztahů, mění se celkový vztah k okolí (apatie, lhostejnost)
- Změny v oblasti kognitivních procesů – po požití alkoholu se zhoršuje pozornost, paměť i celková výkonnost. Hodnocení čehokoliv je značně zkreslené. Alkoholici mají snížené sebehodnocení a problém správně interpretovat reakce ostatních lidí.
- Změny v oblasti chování – Postupná ztráta sebeovládání a úbytek vůle je zcela běžný, stejně tak jako nedostatek ohledu na ostatní či ztráta sociálních hranic. Většina alkoholiků reaguje nepřiměřeným způsobem – agresivně

Změny v osobnosti - zde záleží na původní osobnosti člověka.

2 KODEPENDENCE - SPOLUZÁVISLOST

Definici kodependence neboli spoluzávislosti lze vnímat z několika hledisek (Cermak, 1986):

Didaktický nástroj

Při přímém jednání s rodinnými příslušníky závislých osob slouží definice spoluzávislosti jako důležitý didaktický nástroj. Pojmenování a definice mnoha pocitů, které právě tito lidé prožívají, jim dává jakési povolení pro zaměření se na jejich vlastní dysfunkční chování. Mají tedy jakési vlastní „něco“, z čeho je třeba se zotavit.

Mnoho definic kodependence bylo vyvinuto právě pro jejich empirickou hodnotu, pro jednání s klienty, kteří popírají vlastní příznaky tohoto onemocnění.

Ve skutečnosti, tyto definice zřídka přesahují metaforický popis, který má především maximální emocionální dopad. Jako příklad může sloužit jednoduchá definice: kodependence je jako plavčík na přeplněné pláži, který neumí plavat a bojí se to někomu říct ze strachu, že vypukne panika. Když konfrontujete někoho s takovým popisem, mnoho klientů trpící kodependencí je překvapeno zjištěním, že někdo jiný může mít představu o jejich vnitřních pocitech zoufalství.

Psychologický koncept

Různé psychologické pojmy umožňují terapeutům organizovat nezpracovaná data lidského chování do soudržného rámce, taktéž slouží ke zlepšení komunikace o psychologických jevech, a v neposlední řadě pomáhají navrhnout vhodné léčebné postupy. Pokud tedy kodependenci definujeme, bude jednodušší vytvořit samostatný rámec, který se bude věnovat pouze tomuto onemocnění.

Nemoc osoby

Pro účely klinického hodnocení jednotlivých klientů, je možné kodependenci nejlépe chápat jako nemoc. A to především proto, že má svůj typicky progresivní vývoj.

Mnoho terapeutů hovoří o rodinných příslušnících, kteří jsou ovlivněni kodependencí. Tato tvrzení se zakládají především na chování a rysech jednotlivce trpícího spoluzávislostí. K dnešnímu dni však nebyla odsouhlasena žádná kritéria či standart pro posouzení toho, zda člověk kodependencí trpí či nikoliv. Nebudeme – li schopni začít shromažďovat spolehlivé a platné údaje z výzkumu, bude termín kodependence znám stále jen v teoretické rovině.

Kalina definuje spoluzávislost jako „*souhrn motivů, postojů, komunikace a chování, kterým rodina, nebo partner či partnerka závislost spíše podporují, rozvíjejí, anebo naopak sabotují či zlehčují snahu o vyléčení*“ (Kalina, 2008, s. 42).

Kudrle pak definuje kodependenci jako *jakékoliv trápení nebo dysfunkci, která je spojena se zaměřením nebo výsledně vzniká ze zaměření na potřeby a chování druhých* (Kudrle, 2003, s. 109).

V českém jazyce však najdeme velmi málo definic pro tuto nemoc, proto je nutné vycházet především ze zahraniční literatury, kde je toto téma zpracováno detailněji.

Mezi neznámější autory zabývající se tímto tématem patří Whitfield (1991, s. 3), který kodependenci, neboli spoluzávislost, považuje za nemoc ztraceného já. Tvrdí, že „*spoluzávislími se stáváme, když přeneseme zodpovědnost za náš život na osoby kolem nás.*“ Kodependence je podle něj nejčastější ze všech závislostí. Většina lidí věří, že je něco mimo nás, co nám může dát pocit štěstí a naplnění (osoby, místa, zkušenosti atd.). Ať už je to cokoli, můžeme na úkor toho zanedbávat sami sebe. Jednoduché by bylo, kdyby náš vnitřní a vnější život byl v rovnováze. Tato rovnováha se však hledá velmi těžce, neboť ve skutečnosti je kodependence všude kolem nás.

Každý z nás má určitou víru, myšlenky, pocity, rozhodnutí, možnosti volby, podvědomé zkušenosti apod., které můžeme nazvat duševním životem. Pokud se však zaměříme na své okolí, můžeme ztratit kontakt s tímto životem, a to může vést ke zkáze sebe sama.

Subby (1984, s. 26) poukazuje na to, že: *“Kodependence je tvořena postupně, a to prostřednictvím emocionálních, psychologických a behaviorálních podmínek, které se vyvíjí v důsledku dlouhodobého působení fyzických osob, které praktikují despotická pravidla, tedy ta,*

kteřá zabraňují otevřenému vyjadřování pocitů, stejně tak jako přímé diskusi o personálních a interpersonálních problémech“.

Beattie (1992) definuje spoluzávislou osobu jako někoho, kdo se nechá zasáhnout chováním jiné osoby, a kdo je posedlý řízením tohoto chování. Spoluzávislost je tedy stav, kdy je blízký závislého zcela pohlcen problémem svého blízkého. Dalo by se říct, že jej postaví na místo jakéhosi Boha ve svém životě. Ve zkratce lze tedy konstatovat, že lidé, kteří onemocněli kodependencí na sebe přebírají problémy jiné osoby, nabývají pocitu, že musí ovládat chování závislé osoby, a v konečné verzi se stanou ovládaní osobou, které se snažili pomoci.

Whitefield charakterizuje kodependenci takto (Whitfield, 1991):

Naučená a získaná

Kodependence se rozvíjí nevědomě a nedobrovolně. Její počátek je především přisuzován špatnému zacházení s dítětem, zvláště ze strany původní rodiny, později ze strany společnosti. Kodependence však nemá znaky dědičnosti. Můžeme říci, že se spíše rozvíjí na základě postupného zraňování, takto Whitefield označuje především emocionální nátlak ze strany rodičů. Rodiče do dítěte projektují své pocity zloby a neuspokojení.

Vývojová

Pokud i nadále pokračuje špatné zacházení, či alkoholismus, případně obojí, co započalo uvedený proces zraňování, lidský vývoj a růst je blokován. Jde především o schopnosti navázat kontakt, schopnost důvěry, schopnost milovat, cítit, myslet sám za sebe, spolupracovat či si vytvářet správné hodnoty. Pokud jsou tyto schopnosti zanedbané, paralyzuje se zdravý růst osobnosti. Tito lidé pak mají často potíže při seznamování, osvojení či milování.

Zaměřená na venek

Kodependenti se zaměřují mimo sebe natolik, že popírají svůj vlastní vnitřní život. Ve skutečnosti to děláme všichni, je to nevyhnutelné pro přežití v tomto světě, a však na rozdíl od kodependentů v únosné míře. Rovnováha mezi vnitřním a vnějším životem je u běžných lidí

v pořádku. Kodependenti však nemají téměř žádný vnitřní život, toto pak může vést k dysfunkci.

Porucha ze ztráty sebeovládání

Díky kodependenci se ztrácí naše vlastní identita, naše vlastní já je poškozeno. Pocit prázdnoty, kterou tito lidé mají, se často snaží naplnit věcmi okolo nich, to jim pomáhá přežít a fungovat.

Deformace ze ztráty hranic

U kodependence nacházíme velmi mnoho deformací osobních hranic. Pokud by byly tyto hranice pevné, nemohla by se plně rozvinout.

Porucha emocí

Kodependenti ztrácí kontakt se svými vlastními emocemi a přebírají postupně ty, které má člověk, na němž jsou závislí.

2.1 Historie kodependence

Slovo kodependence se poprvé objevilo na scéně léčení v pozdních sedmdesátých letech. Nelze však zcela přesně určit, kdo jej vymyslel, dohledatelné je pouze to, že se objevilo současně v několika různých léčebných centrech v Minnesotě.

Mnohé z charakteristik kodependence však byly částečně popsány již předtím, než byl tento stav pojmenovaný. Tyto popisy vycházejí z mnoha zdrojů, včetně dávných legend a mýtů, teorie a praxe práce s nevědomím, studií posttraumatické stresové poruchy, dynamické rodinné terapie, humanistické psychologie, dynamiky závislosti a zážitků z uzdravení.

Johnson již v roce 1973 popsal tzv. ko-alkoholismus, což byla porucha spojená se spolužitím v blízkém vztahu s aktivním alkoholikem. Objevila se synonyma spoluzávislosti jako nonalkoholismus, paraalkoholismus.

Beattie (1992) informuje o tom, že mnoho profesionálu v oblasti závislostí, si během let začalo všimnout, že u rodinných příslušníků svých pacientů se projevují podobné stavy jako u

samotných závislých osob. Ukázalo se, že příznaky týkající se fyzického, mentálního, emocionálního a duchovního stavu se u těchto lidí zdají být téměř stejné, jako u osob závislých, a to i přesto, že jejich vztah k alkoholu byl negativní. Tito lidé však navíc vykazovali mnoho příznaků: vzrůstající tolerance nepřijatelného chování, odmítání vážnosti osobního zasažení a poškození, či dělání kompromisů ve vlastním hodnotovém systému jen proto, aby se zvládla bolest. V této době vzniklo několik slov pro popsání tohoto jevu: coalkoholik, nonalkoholik, paraalkoholik.

Dle Subbyho (1984) slovo kodependence původně popisovalo osobu nebo osoby, jejichž životy byly propojeny s někým, kdo byl závislý. Postupem času však bylo vytvořeno slovo kodependent, tedy člověk, který si jako reakci na závislost svého blízkého vytvořil jakýsi model pro „kopírování“ jeho života.

V dnešní době je pak za spoluzávislého neboli kodependenta považován člověk, který: *„tráví hodně času tím, že se snaží kontrolovat druhé a tím vlastně vylučuje možnost být osloven vlastními potřebami. Jelikož kodependentovo sebepojetí je nízké nebo v nejlepším případě nejasné, je pro něj téměř nemožné vytvoření zralých, funkčních hranic a separace* (Kudrle, 2003, 110).

Během uplynulých let však definice kodependence nabývá větších rozměrů, a to především díky lepšímu porozumění rodinám, žijících nejen s alkoholiky, ale i s drogově závislými či s osobami trpícími příjmy potravy. Čím blíže byla tato specifika zkoumána, tím více se ukázalo, že mnoho lidí je kodependenty. Dnes již toto slovo zahrnuje také dospělé děti alkoholiků, rodiče problémových dětí, nebo „pečovatelské“ profese, jako jsou zdravotní sestry a poradci. Dokonce i někteří zotavující se alkoholici došli k poznání, že mohli být kodependenty dlouho předtím, než vznikl jejich alkoholismus. Kodependentem tedy může být každý, kdo žije v těsném vztahu s jakoukoliv osobou trpící disfunkční poruchou osobnosti (Laskovská, 2007).

Al-Anon

V roce 1939, po prvním vydání Modré knihy Anonymních Alkoholiků, začaly vznikat první neformální skupiny Al-Anon. Al-Anon pak jako samostatná skupina vzniká v roce 1951, jedná se o podpůrnou skupinu pro rodinné příslušníky, kolegy, přátele a jiné, kteří jsou

ovlivnění jednáním alkoholika. Al-Anon je založeno na spirituálních principech, organizuje pravidelná setkání, na kterých je do hloubky probírán jejich 12-ti krokový program, členové si zde vyměňují názory a podnícejí se k vyléčení se spoluzávislosti, a mohou zde také sdílet své zkušenosti a naděje při řešení společného problému.

Členství ve skupině je zdarma, lze však dobrovolně přispívat, dle vlastního uvážení a vlastních možností. Příspěvky jsou určeny na úhradu pronájmu místnosti, nákup občerstvení, vydávání literatury. Při setkáních každý mluví o svých osobních zkušenostech a ostatní bez poznámek naslouchají. Členové si během setkání neradí, neskáčou si do řeči. Pokud má někdo otázku, řeší se, až setkání skončí.

V ČR je tato organizace zastoupena ve třech městech a to v Praze, Brně a Ostravě.

V rámci České republiky a celého světa vznikají i další skupiny založené na 12-ti krokovém programu, jako např. Al-Ateen, Codependents Anonymous (CoDA), Dospělé děti Alkoholiků (DDA), a jiné. Žádná z nich, mimo Al-Ateen, však není pod záštitou Al-Anonu.

2.2 Konkrétní příznaky kodependence

Kodependence zahrnuje systém myšlení, cítění či chování k sobě samému. Tyto návyky a chování jsou pro člověka sebedestruktivní, mimo jiné mohou vést k sabotování vztahů, které by jinak fungovaly naprosto normálně. Změna je samozřejmě možná, je tu však pouze jedna osoba, která ji může provést, a to kodependent sám.

Psychické příznaky kodependence lze shrnout do několika základních bodů, týkajících se především kontroly vlastního chování, nedůvěry, perfekcionismu, vyhýbání se vlastním pocitům a pečovatelského chování.

Fyzické příznaky jsou výsledkem dlouhodobého stresu, souvisejí s neustálým dohledem nad sebou samým. Patří sem: gastrointestinální poruchy, kolitida, vředy, vysoký krevní tlak, deprese, hyperaktivita atd.

Odborníci na duševní zdraví se domnívají, že je důležité být schopen rozpoznat příznaky kodependence, a to proto, aby se zabránilo trvalému psychickému, fyzickému nebo emocionálnímu poškození.

Podle Beattie (1992), mají kodependenti tyto základní charakteristiky:

Pečování o ostatní

- kodependenti cítí odpovědnost za jiné lidi – snaha splnit všechna přání závislého jen proto, aby neměl důvod se napít.
- když mají ostatní problém, cítí lítost, úzkost
- zlobí se, pokud jejich pomoc není efektivní
- předvídají potřeby ostatních
- diví se, proč ostatní nedělají pro ně totéž, co oni sami pro ně ano
- pokud nemají komu pomáhat, cítí se bezcenní a prázdní
- cítí se pronásledovaní a pod tlakem
- pocit viny za to co ostatní dělají – zejména u dětí, které mají pocit, že za alkoholismus jejich rodiče, či rodičů mohou ony, neboť zlobí

Nízké sebevědomí, nízká sebedůvěra

- Obviňují se za všechno – kodependenti se cítí provinile, protože věří, že udělali něco, co způsobilo, že se závislý přestal ovládat.
- Mají depresi z nedostatku komplimentu a chvály
- Myslí si, že nejsou dost dobří – nevěří sami v sebe
- Mají výčitky svědomí, pokud utrácejí peníze za sebe, či udělají pro sebe něco hezkého
- Mají strach z odmítnutí
- Cítí se jako oběti
- Stydí se za to, kým jsou
- Myslí si, že nejsou dost dobří na to, aby si zasloužili něco lepšího

Posedlost

- Nespí, pokud nemůžou vyřešit problémy za druhé
- Mají pocit, že nemohou přestat mluvit, či přestat myslet na problémy druhých
- Jsou přehnaně starostliví
- Zaměří veškerou energii na ostatní osoby místo na sebe

Popření

- Ignorují problémy nebo předstírají, že se nic neděje
- Předstírat, že okolnosti nejsou tak zlé, jaké doopravdy jsou.
- Věří lžím a sami lžou

Špatná komunikace

- Obviňují ostatní
 - Uplácí, žebrají, snaží se najít nějaký donucovací prostředek
 - Pokud se jich zeptáte, co chtějí, odpovídají nepřímo
 - Neberou se vážně
 - Mluví cynicky, sami sebe shazují
 - Nechtějí vyjádřit své názory, pokud neuslyší názory od ostatních
 - Neumí si prosadit vlastní práva
-
- Myslí si, že většina toho, co potřebují sdělit, je nepodstatná.

Slabé hranice

- Postupné zvyšované tolerance vůči chování ostatních
- Po čase dělá věci, o kterých původně říkal, že by se jich nikdy nedopustil

Výše uvedený seznam konkrétních příznaků zdaleka neobsahuje všechny příznaky spoluzávislosti. Neexistuje žádný určitý počet vlastností, na základě kterých by se dalo určit, zda je člověk spoluzávislý nebo ne. Projevy kodependence si navíc sám spoluzávislý vůbec neuvědomuje, je to jeho přirozená obrana pro těžkou životní situaci, kterou závislost blízké osoby bezpochyby je. Pravdou ovšem je, že pokud se tato nemoc neodhalí včas, v pozdějších fázích může dojít k celkové změně osobnosti člověka. Tato se pak projevuje:

- Letargií
- Depresí
- Uzavřenosti a izolovanosti člověka
- Nedodržováním denního režimu (spánek ve dne, žádná hygiena apod.)

- Zanedbávání povinností (péči o děti)
- Propadání beznaději
- Myšlenky na sebevraždu
- Agresivita vůči okolí
- Závislostí jako u jejich partnerů

2.3 Role kodependentů

Každý jednatel může vykazovat určitý typ role, do které se stylizuje. Jde o jakýsi převlek osobnosti.

Zachránce a pomocník – „osoba ztrácí sebe sama v druhých ve snaze zachraňovat, napravovat nebo pomáhat druhým za cenu popírání sebe, nedostatečné pozornosti vůči sobě samému a péče o sebe.“ (Kudrle, 2003, s. 111).

Uspokojovatel lidí – jedná se o osoby, které nemají vlastní osobní hranice, raději se pak podvolují druhým, aniž by vyjadřovali vlastní pocity a tužby

Výkonný – osoby, které prožívají prázdnotu ze ztráty vlastního já, se snaží zaplnit tuto prázdnotu vyššími výkony.

Neadekvátní nebo selhávající - Ve spojení s nízkým sebevědomím a pocity studu se člověk cítí nedokonalý, nehotový, zkažený a v jádru špatný

Oběť – „soustavně utíkají před zodpovědností za zlepšení vlastního života. Žijí většinou v minulosti. Oběť ví a připouští, že prohrála, a žádá druhé, aby ji litovali“ (Kudrle, 2003, s. 111).

Mučedník – na rozdíl od typu oběť, popírá pocity nepochopení, nedocení, beznadějí. Tyto pocity však vyjadřují svým chováním a tím jak jedná s ostatními. Nepřijímají odpovědnost za svůj život. Tento typ je pro léčbu nejobtížnější.

Závislý – většinou vykazuje více druhů závislostí. Obvyklá bývá porucha příjmu potravy, workoholismus, závislost na sexu, závislost na vztazích apod.

2.4 Vznik a průběh kodependence

Kodependence je nemoc jako každá jiná, má tedy své místo vzniku, své vlastní spouštěče a určitý průběh. Tato kapitola se zabývá jak jejím vznikem, neboť je důležité vědět, co předchází samotnému onemocnění, ale také jejím průběhem, který je důležité znát, pro zvolení vhodného typu léčby.

2.4.1 Vznik kodependence

Jak již bylo výše uvedeno, kodependence se rozvíjí nevědomě a nedobrovolně. Její počátky začínají díky špatnému zacházení, v horším případě pak při zneužívání dítěte – takovouto kodependenci nazýváme primární. Jako takovou ji nevyvolala žádná jiná porucha. Sekundární kodependence se pak může objevit u lidí, kteří vyrůstali v rodině zdravé. Během svého života však vytvořili důležitý vztah s aktivně závislou osobou (Kudrle, 2003).

Můžeme tedy říci, že kořeny primární kodependence jsou v rodině. Největší vliv na utváření osobnosti dítěte má především ona a to ve všech fázích psychosociálního vývoje. Záškodná ji definuje takto:

“Rodina představuje základní přirozenou sociální skupinu s rozhodujícím významem pro růst a vývoj lidského jedince“ (Záškodná, 1998, s. 35).

Truhlářová (2006) vnímá rodinu jako zmenšený model společnosti, který zprostředkovává člověku nepřeborné množství reakcí, učí, jakým způsobem se chovat k ostatním bez obavy ze sankcí za porušení psaných i nepsaných pravidel. Určuje pravidla a dává dítěti mantinely, ve kterých se může víceméně libovolně pohybovat.

V ideálním případě dítě vyrůstá v rodině zabezpečující všechny jeho potřeby po všech stránkách jeho bytí. Takové dítě je pak připraveno na život velmi dobře, a to jak po stránce seberealizace, tak i po stránce navazování sociálních vztahů, je tedy připraveno dostatečně vkročit do života. Bohužel, ne všechny děti mají to štěstí a dostane se jim dokonalého rodičovství. Zde pak vzniká prostor pro možnost onemocnění kodependencí. McGinnis (2001) pak uvádí, že toto je obzvláště evidentní v rodinách:

- kde jsou již řešeny některé formy závislosti

- kde se vyskytuje násilí (fyzické, sexuální, emocionální, mentální),
- kde se vyskytují duševní nemoci,
- kde existují extrémní sociální bariéry.

V těchto rodinách je pak velké procento dětí, které jsou zanedbané či opuštěné a touha někomu se zavděčit je pak směřuje k počátkům kodependence.

Avšak i "normální" rodiny mohou být živnou půdou pro kodependenci. Většina rodičů se snaží dát dětem to nejlepší, co mohou. I rodiny, které si samy o sobě svoji chybu neuvědomují, mohou být pro dítě škodlivé, mezi takové můžeme zařadit:

Rodiny s úzkostlivou péčí - příliš ochranný postoj k dítěti. Většinou u starších rodičů nebo při výchově jedináčka. Tyto děti jsou většinou nesamostatné a snadno ovlivnitelné. Dítě příliš starostlivých rodičů nemá možnost naučit se samo zvládat frustrující situace a nemůže psychicky růst.

Rodiny s liberální výchovou - Dítě má ve svém počínání tzv. volnou ruku. Nikdo jej neomezuje, nekárá, nemá vyznačeny hranice a je plně podporováno ze strany rodičů. Osobnost takto vychovávaná má problémy s vnitřní regulací, neměla nikdy důvod nějak více ovládat své chování. Z takto vychovávaného dítěte pravděpodobně vyroste jedinec, který není zvyklý hledat kompromisy a přizpůsobovat se (Bartko, 1990).

Rodiny s autoritativní výchovou - striktní příkazy, okamžitá poslušnost, naprosté podrobení autoritě. Dítě se buď této výchově podrobí a je z něj člověk neprůbojný a pasivní nebo vzdoruje a je agresivní a negativistické. *„Je založena na uplatňování moci vůči zcela bezmocnému a závislému dítěti; a to proklamativně ve jménu lásky k němu a k jeho dobru, ve skutečnosti však na jeho úkor a k jeho psychickému zmanipulování“* (Helus, 2004, 47).

Podle Millerové (2001) se rodiče dopouští v této výchově dvou základních prohřešků, které jsou však dětem prezentovány jako důkaz té největší lásky:

1. dítě musí být naprosto poslušné, bojí se vyjádřit svůj názor, aby neztratilo rodičovskou lásku nebo je nezranilo - čímž ho omezují v rozvoji, potlačují jeho samostatnost, přirozenou zvědavost a nabírání vlastních zkušeností

2. dítě musí být za utlačování vděčné, je to důkaz, že na něm rodičům záleží. Toto činí z člověka trvale závislého na druhých lidech

Jednání jedince v rámci rodinného systému je ovlivněné jednáním ostatních a souběžně toto funguje i v opačném směru. Proto je zřejmé, že pokud je chování členů špatné, potom i jednání jedince nebude zcela v pořádku. Dobrá výchova vyžaduje sebevědomé chování, které směřuje k dobrému vychování dítěte, a ke vzájemné závislosti ve vztazích.

V nedokonalých rodinách se stává velmi často, že rodiče nevidí, že k tomu, aby zabezpečili základní potřeby dítěte (bezpečí, láska), se musí vzdát významné části sebe sama. Dítě se pak učí takovému chování, které mu tyto potřeby uspokojí. Během růstu může nabýt pocitu, že něco špatně je s ním, nikoliv s rodiči. Z nich pak vyrůstají osoby, které vlastně neví, kdo opravdu jsou, a které mají strach, že budou odmítnuti společností, zavděčit se pak snaží všem.

2.4.2 Průběh kodependence

Spoluzávislost má stejně jako ostatní nemoci svůj průběh. Dle uznávané psychologičky Moniky Plocové (2007), věnující se těmto onemocněním, lze rozdělit průběh do několika fází:

1. Utajování

V této fázi, většinou kodependent nepřiznává sám sobě, že je nějaký problém i u něj. Chování spoluzávislého se vyznačuje silnou snahou vytvořit dojem, že se nic neděje, hledá nejrůznější formy omluv, bagatelizuje upozornění, kterého se mu dostává od známých a přátel, v komplexním pojetí se snaží o to, aby závislost partnera či rodiče nepronikla na veřejnost, neboť se za něj stydí. Začíná to odstraňováním láhví, omlouváním před návštěvami. Končí to pak nátlakem na děti, a to především tak, že si nesmějí domů vodit kamarády. Rodině postupem času ubývají přátelé a ztrácejí kontakt s okolním světem. Vzniká jakási samostatná buňka uprostřed světa.

2. Kontrola

V této fázi se snaží partner dostat závislost druhého pod kontrolu. Kontroluje jeho aktivity, prohledává možné skrýše, prozkoumává jeho chování apod. Za těchto podmínek bývá

rozchod velmi obtížný, neboť kodependent se trápí výčitkami, zaměřenými na to, co by bylo, kdyby nemocného opustil. Často se partnerství udržuje především „kvůli dětem“. V této fázi však hrozí vysoké procento nebezpečí, že kodependent začne pít také.

3. Odmítání

Po mnoha letech již rodinný příslušník není schopen udržovat všechny mechanismy kontroly. Kodependent se staví do role odmítání. Neschopnost pokračovat v takovémto životě ho nutí vyvíjet nátlak na změnu u závislého a tlačit jej do léčení.

Hnacím motorem pro výše uvedené jednání je, láska. Rodiče nebo partner závislého ho mají rádi, a proto podnikají různé kroky, aby jej ochránili. Jsou přesvědčeni, že to je správný způsob pomoci. Jejich chování má k racionálnímu daleko, protože se neřídí rozumem, ale emocemi. Dle Novotného (2008), vedoucího poradenského centra pro závislé a jejich rodiny Teen Challenge, má spoluzávislý dvě krizové fáze svého myšlení:

1. Smlouvání

Spoluzávislý člověk je v této chvíli plný plánů, snaží se pro „záchranu“ závislého něco podniknout. Tato fáze je typická těmito plány a horečnou „záchrannou aktivitou“. Zde je velmi těžké přesvědčit spoluzávislého o tom, že je nemocen a potřebuje pomoc. Je unavený ze všech aktivit, které podniká, a očekává, že část z nich za něj někdo převezme.

2. Zoufalství

Zoufalství je přímý důsledek zjištění, že je konec, že není způsob jak pijana ovlivnit, respektive, že každá přijatá strategie selhává. Kodependent je již smířen s tím, že závislému nelze pomoci, je tedy připraven k tomu se od něj odpoutat. V této fázi je čas na skutečnou pomoc spočívající v porozumění, naslouchání a empatii.

2.4.3 Stádia přechodu běžné rodiny na kodependentní

Rodina vnímá závislost svého blízkého člena velmi hluboce, nepřetržitě a bolestně. Nechápe proč člověk, kterého milují, se před jejich očima upíjí. Každodenní kontakt se závislým je pro ně vyčerpávající. Není se tedy proč divit, že blízcí závislého upadají do bezmocnosti a pocitu neřešitelnosti.

Díváme-li se zvenčí na obraz manželství, který vykresluje člověk žijící se závislým, je až nepochopitelné, co všechno jsou blízcí člověka se závislostí ochotni vydržet, odpustit, vytrpět, překonat, nevidět, kolik jsou schopni dát dalších šancí, vidět pokrok tam, kde ho nikdo jiný nevidí a udržet si přes všechna zklamání naději.

Kodependentní chování se vkrade do vztahu tak nenápadně jako závislost samotná. Konfrontace s vlastní účastí na závislosti příbuzného je velmi těžká a bolestivá. Existují čtyři stádia přechodu rodiny žijící s alkoholikem na rodinu spoluzávislou (Laškovská, 2001):

Tabulka č. 2 – Stádia přechodu běžné rodiny na kodependentní

I. Stádium - Iniciální	II. Stádium - Varovné
- Partner popírá, že se děje něco mimořádného,	- Rodinná atmosféra je nasycená obavami a napětím,
- Situaci omlouvá,	- Somatické potíže členů,
- Zároveň vyčítá závislému pití,	- Výhrůžky, prosby, taktizování,
- Bludný kruh výčitek a slibů,	- Život v očekávání, strach.
- Děti postřehnou rozpory a hádky, neurotické potíže,	
- Rodina navenek nepři pouští potíže.	
III. Stádium - Kritické	IV. Stádium - Konečné
- Narušený chod domácnosti, špatné finanční zabezpečení,	- Rodina je v rozkladu, společností izolovaná a sociální oslabená,
- Nepijící partner přebírá úkoly, role zachránce,	- Rozpad rodiny jako systému, rozpad rolí,
- Rodina je v debaklu až kalamitě,	- Návrh na rozvod,
- Rodina se stává patologickou, potřebuje odbornou pomoc.	- Závislý vyloučen z rodinného života.

Závislost v oblasti vztahů má vždy něco společného, jde především o chybějící respekt, úctu, důvěru v sebe sama i druhého, chybějící hranice a pravidla, která vytváří rámec pro pocit bezpečí a jistoty. Je deformován absencí skutečné odpovědnosti za své chování, či rozhodování.

Problém však spočívá v tom, že i když přerušíme vztah s osobou, která kodependenci vyvolala, sama kodependence nezmizí. Kodependent si pak najde jinou, náhradní osobu, přesně podle těch stejných měřítek jako předchozí. Kodependence totiž zcela mění naše sebevědomí a to tak, že jej snižuje směrem k nule.

Typické rysy rodin, kde se vyskytuje závislost

Nešpor (2007) uvádí typické rysy rodin, kde se vyskytuje závislost:

Rozmělnění meziosobních a mezigeneračních hranic – jedná se o nepřiměřené přebírání odpovědnosti za jiného člena rodiny, nebo například o spojení s všeodpouštějící matkou oproti velmi přísnému otci.

Patologická rovnováha – pití jednoho z partnerů je tolerováno výměnou za to, že druhý dělá něco, co by mu běžně tolerováno nebylo.

Umožňování – jeden ze členů rodiny umožňuje návykové chování, například tím, že pro závislého vymýšlí omluvy, vyřizuje za něj problémy s úřady a soudy apod. Tímto způsobem však naopak oddalujeme rozhodnutí k abstinenci závislého.

Odcizení rodinných příslušníků – rostoucí problémy a omezená komunikace vedou k odcizení členů rodiny. Dokladem toho je velké procento závislých bez rodinného zázemí.

Omezení komunikace – „člověk s návykovým problémem se často vyhýba komunikaci s dalšími členy rodiny, zejména pokud by se týkala jeho problémového chování“ (Nešpor, 2007, s. 84).

3 LÉČBA KODEPENDENCE

Kodependence je progresivní onemocnění, faktem však je, že i v pokročilém stádiu je léčitelné. Pokud se kodependent chce cítit dobře, musí se této nemoci postavit přímo. Jak již autorka výše psala, pro kodependenty je změna velmi obtížným životním krokem. Vzhledem k tomu, že návyky a obranné mechanismy máme mnohdy zafixovány již od dětství, léčba je dlouhodobá a změna opravdu markantní. Je však třeba ještě zdůraznit že ne všichni a ne vždy jsou schopni, ochotni a rozhodnutí skutečně radikálně změnit svůj postoj, změnit svůj způsob chování se k partnerovi, a tak mu vytvořit prostor ke změně. Je velmi těžké dělat rozhodnutí, o kterých víme, že v nemalé míře změní náš život, avšak v některých situacích jsou nevyhnutelná.

V počátcích léčby kodependence tedy v sedmdesátých letech se v USA a západní Evropě rozšířily terapeutické programy na pomoc partnerům alkoholikům. Léčba probíhala v několika fázích (Matoušek, 1993):

1. Partneři alkoholiků vyplnili dotazník, který je měl přimět k tomu, aby si uvědomili, že trpí kodependencí
2. Terapeut prodiskutoval s partnerem možnou motivaci, která by vedla ke změně rodinných pravidel, zároveň poskytoval jistou osvětu o tom, co kodependence vlastně je.
3. Partner byl poučen jak se k závislému partnerovi chovat – šlo především o rady, jak oslabit návyky alkoholika (provozovat aktivity, které si nespojuje s pitím), jak reagovat na opilost (všímat si jej co nejméně), či na alkoholickou agresi (ukrýt se do bezpečí)

Během těchto prvních terapeutických zkušeností, se přišlo na to, že léčba obou partnerů zároveň, je mnohem účinnější, než jen samostatná léčba alkoholika.

V dnešní době již existují tři základní přístupy k léčbě kodependence: samovzdělávání (svépomoc), skupinová terapie a individuální psychoterapie. Ideálním případem je pak kombinace všech tří.

3.1 Samovzdělávání a svépomoc

V ČR je se samovzděláváním trochu problém, neboť nedostatek literatury k této nemoci je velkou překážkou. Naštěstí však existují svépomocné skupiny zaměřené na pomoc kodependentům. Poskytují základní informace o této chorobě a také provozují setkání, která mají kodependentům pomoci. Tato setkání jsou zdarma a trvají asi jednu hodinu. Tyto skupiny jsou založeny na dvanáct-ti krokovém programu a zdají se být úspěšné pro mnoho lidí, to i přesto, že nejsou doloženy žádným výzkumem. Skupina je primárně podpůrná a důležité úkony se provádí na základě spolupráce (McGinnis, 2001).

Při svépomoci je třeba dodržovat základní pravidla (Matějková, 2009):

1. Zbavit se romantických představ o sebeobětování – je třeba odhlédnout od morální odpovědnosti, kterou nám přisuzuje okolí. Nikdo jiný než my nemá právo za nás rozhodovat co s vlastním životem
2. Myslet více na sebe – je třeba nezanedbávat vlastní život, koníčky, zájmy
3. Ocenit úsilí o změnu u partnera – jakákoliv, byť jen nepatrná snaha závislého partnera by měla být oceňována
4. Oddělit majetek a finance se závislým partnerem - je zde velká pravděpodobnost exekucí či vymáhání dluhů. Platba dluhů za něj pak slouží jen k oddálení jeho rozhodnutí ke změně chování.

3.2 Psychoterapie

V rámci psychoterapie se k léčbě kodependence využívá individuální a skupinové psychoterapie.

Individuální psychoterapie

Pomocí individuální psychoterapie se léčba zaměřuje na přesun odpovědnosti na sebe, spíše než na jinou osobou, místo či věc. Zotavení z kodependence znamená naučit se přijmout zodpovědnost za své činy, pocity, chování, problémy a životy, abychom zajistili, že naše skutečné potřeby jsou splněny. Výsledkem účinné léčby by pak měly být pocity bezpečí,

získání zájmu o svůj vlastní život, a to tak, aniž by se nemocný musel spoléhat na někoho jiného.

Terapie často zasahuje až do raného dětství, kde se hledají problémy, které mohou mít vztah k současnému destruktivnímu chování. Během léčby se terapeut snaží dostat pacienty do kontaktu s pocity, které byly pohřbeny v dětství, s cílem jim umožnit prožít svou širokou škálu pocitů znovu a rekonstruovat tak svou vlastní osobnost.

Prvním krokem při změně je pochopit, že chování kodependenta je nezdravé. Je důležité, aby se pacienti vzdělávali o průběhu a cyklu závislosti a také o tom, jak to zasahuje do jejich vztahů.

Jakékoliv chování závislého, který by mohlo kodependenci více rozvinout, je třeba přiznat a zastavit. Kodependenti musí identifikovat a přijmout své pocity a potřeby. To zahrnuje především učení říkat "ne", učení se být soběstačným apod.

Skupinová terapie

Léčba kodependence však není pouze pro jednotlivé osoby, může zahrnovat i skupinové terapie. Ideální velikost skupiny je asi osm až deset setkání po dobu 12 hodin týdně. Skupinová terapie může být velmi intenzivní a jednotlivci potřebují především upřímnost, odvalu, snahu se otevřít pro další pozorování. Cílem léčby je vývoj nového vědomí, schopnost identifikovat emoce, vytvoření možností pro alternativní akce a reakce, především kvůli změně starých vzorců chování a myšlení.

Existuje několik druhů skupinových terapií (Frouzová, 2003):

Informační skupiny

Příbuzní a ostatní blízcí se ještě stále setkávají s nedostatkem informací o možnostech vhodného chování. Tyto skupiny pak slouží k tomu, aby tyto informace podali. Důraz je kladen především na správné načasování a dávkování informací, vzhledem k tématům, které vzbuzují velké emoce.

Motivační skupiny

Jsou vedeny v poradenské rovině, a jsou určeny těm, kteří uvažují o svém zapojení do léčby závislého, který je nemotivován ke změně svého chování. Tyto skupiny poskytují nejen informace, ale nacvičují i chování při různých situacích, které mohou nastat. Nabízejí také konkrétní pomoc při krizových situacích

Skupiny s blízkými závislými

Jedná se o skupiny osob, které jsou úzce vázané k jednomu závislému. Projednávají se zde traumatické zážitky se závislým, ošetřuje se pocit viny za stav závislého, pracuje se zde na interpersonálních vztazích, nacvičují se vzorce chování pro komunikaci se závislým apod. Cíl léčby zní takto: *„Partner by měl pochopit své paralyzující strachy z dalšího vývoje, měl by zformulovat a vyjádřit své přání jak chce v budoucnu žít, jaké jsou jeho další možnosti svůj život zlepšit a co pro to může udělat“* (Frouzová, 2003, 79).

Kodependence se nedá jednoduše vyřešit silou vůle, stejně tak jako ostatní psychické nemoci i tato léčba je dlouhodobá. Léčba vyžaduje poctivost a ochotu ke změně, jen tak je možné, aby léčba fungovala. Kodependenti se musí znovu učit, jak mít zdravé sebevědomí a sebedůvěru.

Naděje spočívá v touze dozvědět se více. Čím více bude kodependent chápat vzájemné závislosti, tím lépe se dokáže vyrovnat s jejich důsledky. I terapeuti však v neustálém samovzdělávání pokračují, neboť tato nemoc není ještě kompletně probádaná.

Je však velmi dobré pokud i partneři, z nichž jeden pije a druhý ne, chodí na společnou terapii.

I tento způsob léčby má několik fází (Kalina, 2008):

1. Zavedení základních pravidel

Terapeut společně s rodinou stanoví pravidla pro čas. Tím se myslí především frekvence a účast členů na setkání a podmínky pro problémového člena rodiny

2. Zapojení, zakládání komunikační struktury

Zájem o každého člena rodiny je zde základem, terapeut dává prostor všem a naslouchá jim. Dává tak členům rodiny pocit zapojení a navíc jim takto poskytuje vzor pro vzájemnou komunikaci a naslouchání

3. Identifikace základního problému

Terapeut se snaží přesouvat pozornost od problémového člena rodiny na hlouběji ležící problémy pravidel, hranic, důvěry, komunikace, konfliktů a samotných spouštěčů.

4. Podpora sdělování a sdílení

V této fázi jde především o obnovení rodinné komunikace, odstranění klamu a lži, a také o uvolnění při vyjádření vlastních pocitů

5. Zaměření na udržovací vzorce

Snaha terapeuta o definování způsobu, jimiž rodina umožňuje, či podporuje problémového člena v jeho pití a pomáhá ji pak tyto zažitě stereotypy změnit.

3.3 Program používaný skupinou Al-Anon

V této kapitole autorka představuje 12-ti krokový program pro osoby ovlivněné chorobnou závislostí jiných. Tento program je většinou probírán na sezeních, která jsou nepovinná a zdarma. Nikdo se nemusí k ničemu vyjadřovat, nemusí o sobě cokoli říci, každý může být sám sebou a nemusí se přetvařovat, neboť je spojuje podobná životní situace.

12 – ti krokový program používaný skupinou Al-Anon, který byl získán z interních zdrojů této skupiny, zní takto:

1. Krok Přiznali jsme si svoji bezmocnost nad alkoholem - naše životy se staly neovladatelnými. – v tomto stádiu jde o určitou formu přijetí reality. Kodependent musí sám sobě přiznat, že je bezmocný proti alkoholismu svého partnera a že jej nemůže ovládat.

2. Krok Uvěřili jsme, že Síla, větší než naše, nám může navrátit duševní zdraví – sezení s lidmi, kteří jsou na tom obdobně ne-li hůře, vede k naději a k víře, že zítřky mohou být lepší.
3. Krok – Rozhodli jsme se předat svoji vůli a svůj život do péče Boha, tak jak ho my sami chápeme. – zde každý vnímá Boha jako nějakou vyšší sílu nad námi, není to myšleno z křesťanského hlediska.
4. Krok Provedli jsme důkladnou a nebojácnou morální inventuru sami sebe. – Kodependent se přestává zajímat o ostatní, a začíná si hledět sám sebe. Tento bod dává spoluzávislým možnost prozkoumat normy podle kterých se posuzují.
5. Krok Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb – jedná se o určitý druh zpovědi – člověku, který je spoluzávislému blízký a kterému důvěřuje, prozradí svá tajemství. Tento krok je pro ně velmi osvobozující
6. Krok Byli jsme zcela připraveni k tomu, aby Bůh odstranil všechny tyto naše charakterové vady
7. Krok Pokorně jsme ho požádali, aby naše nedostatky odstranil
8. Krok Sepsali jsme listinu všech lidí, kterým jsme ublížili, a stali se ochotní jim to odčinit.
9. Krok Provedli jsme přímé nápravy ve všech případech, kdy to bylo možné, s výjimkou, kdy toto počínání by jim nebo jiným uškodilo.
10. Krok Pokračovali jsme v provádění osobní inventury, a když jsme chybovali, pohotově jsme se přiznali.
11. Krok Prostřednictvím modlitby a meditace jsme hledali, jak zdokonalit svůj vědomý kontakt s Bohem, jak jsme Ho chápali my, a modlili se pouze za poznání Jeho vůle a za sílu ji uskutečnit.
12. Krok Výsledkem těchto kroků bylo, že jsme se spirituálně probudili a v důsledku toho jsme se snažili předávat toto poselství ostatním a uplatňovat tyto principy ve všech našich záležitostech.

Dvanácti krokový program je ústředním bodem skupiny AI – Anon. Nejen on však kodependentům pomáhá při samotné léčbě. Tato skupina má určité nástroje obnovy, kterých může využívat (interní zdroje AI-Anonu):

- *Osobní setkání* – Pravidelná účast na setkání je nejlepší způsob jak nahlédnout na obnovu jednotlivých kodependentů, fungování programu uzdravení a možnosti těžít ze zkušeností mnoha jiných zotavujících se jednotlivců.
- *Telefonický kontakt* s dalším členem skupiny, který také navštěvuje 12-ti krokový program mezi zasedáními, je skvělý způsob jak se vyhnout izolaci, která je společnou charakteristikou pro kodependenty.
- *Sponzoring* – všichni členové programu obnovy mohou využívat možnosti dohlížení člena skupiny s více pozitivními zkušenostmi. Ostřílení členové se stávají sponzory, aby sdíleli to, co se naučili ve svém zotavovacím procesu.
- *Anonymita* – členové skupiny jsou chráněni a drženi v tajnosti. Vytváří se tak pocit bezpečí, který je pro zotavení velmi důležitý.
- *Služba* je dělána tak, že se kodependent účastní pravidelných povinností v rámci fungování skupiny. Postavení židlí, úklid pokoje nebo vedení skupiny apod.
- *Literatura* – je důležitou součástí každého programu. Čtení schválené literatury je další možností jak se dozvědět více o využití programu.
- *Psaní deníku* – v nich si každý kodependent může objasnit staré pocity a porovnat si je s novými. Takto má zpětnou kontrolu, zda dodržuje předem stanovené cíle.

Uzdravení spočívá v sebeobjevování a postupném růstu osobnosti člověka. Je třeba, aby spoluzávislý aktivně spolupracoval. V léčebném procesu je velmi důležité naučit se identifikovat své vlastní fyzické, emocionální a duchovní potřeby. Aby byla léčba účinná je v první řadě si třeba uvědomit svou vlastní bezmocnost nad druhými, nad jejich myšlenkami, volbami, pocity apod. Naopak ale začínají budovat znovu svoji ztracenou osobnost. Narůstá jim sebevědomí a přijímají zodpovědnost sami za sebe a za své blaho.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍLE VÝZKUMU

Tématem této práce je spoluzávislost. Hlavním cílem teoretické části této diplomové práce je zmapování poznatků této problematiky a vytvoření komplexního souhrnu informací o kodependenci. Přestože v zahraniční literatuře je toto téma velmi dobře známé, v české je tomu naopak. Ucelená kniha k tomuto tématu v českém jazyce neexistuje vůbec, najdeme pouze několik článků a zmínek v knihách zabývajících se primárně jinou oblastí. Hlavním cílem praktické části této práce je analýza primární rodiny kodependentů, zjištění kvality současného partnerského vztahu a zhodnocení důležitosti podpůrných programů pro partnery závislých.

Dílčí cíle:

- Analyzovat vztahy respondentů v rámci původní rodiny,
- zjistit, zda respondenti sami inklinují k závislostem,
- komparovat současný vztah respondentů s jejich představou ideálního vztahu,
- zjistit, jaké důsledky má pro respondenty pomoc skupiny Al-Anon.

5 STANOVENÍ HYPOTÉZ

Pro potřeby splnění těchto cílů byly vytvořeny tyto hypotézy:

Hypotéza č. 1: Předpokládáme, že více jak 50% respondentů mělo alespoň jednoho rodiče závislého na alkoholu.

Hypotéza č. 2: Předpokládáme, že více jak 50% respondentů zažívalo v dětství negativní pocity, jako je strach, napětí a stud za rodiče.

Hypotéza č. 3: Předpokládáme, že bude více respondentů, kteří v dětství potlačovali své pocity.

Hypotéza č. 4: Předpokládáme, že bude více respondentů, kteří se nesvěřují svým rodičům a ani by je nevyhledali v případě problému.

Hypotéza č. 5 - Současný vztah respondentů s jejich závislými partnery neodpovídá jejich představám o vytouženém vztahu.

Hypotéza č. 6- Předpokládáme, že většina respondentů bude inklinovat k nějaké formě závislosti.

Hypotéza č. 7- Předpokládáme, že přínosem z návštěv skupiny Al-Anon bude zlepšení komunikace respondentů v rámci jejich rodiny.

Hypotéza č. 8: Předpokládáme, že nejdůležitějším motivátorem pro setrvání ve skupině Al-Anon je zlepšení rodinné situace.

6 POSTUP VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A POUŽITÉ METODY

Jako nejvhodnější možnost pro získání potřebných dat se jevil rozhovor. Vzhledem k tomu, že problematika, které se diplomová práce týká, je velice osobní, pomocí dotazníku tak bylo zajištěno úplné respektování anonymity respondentů. Dotazník plní stejnou funkci jako rozhovor, avšak není při něm potřeba osobní asistence. V záhlaví tohoto dotazníku pak byli respondenti upozorněni, že pokud budou chtít danou problematiku rozvést, mohou použít zadní stranu.

Dotazník je tvořen čtyřmi částmi. První je zaměřená na zjištění pohlaví, věku, vzdělání respondenta. Druhá část se zabývala původní rodinou tázaného a má 10 otázek, 9 z nich je uzavřených jedna pak otevřená. Třetí část je věnována vztahu respondenta se závislým, obsahuje tři otázky, přičemž poslední z nich je obsáhlejší a porovnává vztah ideální a vztah se závislým. Čtvrtá část, tvořena 8 otázkami, se pak soustřeďuje na skupinu Al-Anon a její přínos pro všechny, kteří ji navštěvují.

Sběr dat byl prováděn ve dvou fázích. První probíhala dne 8. 3. 2012 přímo na probíhající schůzce skupiny Al-Anon, a to za pomoci jedné z členek, která dotazníky rozdala. Vzhledem k tomu, že pro výzkum by byl počet vybraných dotazníků nedostatečný, zvolila autorka jako druhou možnost zaslání dotazníku elektronicky, a to zbývajícím členům skupiny Al-Anon. Na základě vyplněných dotazníků pak byly vytvořeny grafy a tabulky použité v textu. Součástí výzkumné části je také rozhovor se dvěma členkami Al-Anonu, které byly ochotny poskytnout rozhovor. Zjištěné informace přinesly další poznatky a osobní zkušenosti, které obohatily výsledkovou část práce. Respondentky, s nimiž autorka dělala doplňující rozhovor, pak byly označeny jako R1 a R2. Celý přepis rozhovoru se nachází v Příloze č. 2.

Pro realizaci výzkumného šetření tedy byla použita jak kvalitativní tak i kvantitativní metoda zpracování. Dotazníkové šetření bylo rozděleno na tři části dle tématu, na kterou bylo zaměřeno a vyhodnoceno kvantitativně. Výsledky dotazníkového šetření byly poté zpracovány i kvalitativně, a to metodou zakotvené teorie. Součástí kvalitativního zpracování výsledků byla i analýza rozhovorů (viz. Příloha č. 2- přepis úplného znění rozhovorů), která byla členěna na

tří části odpovídající tématům dotazníkového šetření, a to primární rodina, současný vztah a přínos skupiny Al-Anon.

6.1 Výzkumný soubor

Při sestavování výzkumného souboru bylo požádáno o pomoc skupinu Al-Anon, která se soustřeďuje na sdružování osob trpící kodependencí. Výzkum tedy probíhal ve skupině, která má pravidelná setkání v Praze 1, Na poříčí 16 a je největší pobočkou v ČR, fungující více než 10 let. Nemají zde žádnou organizační strukturu, všichni členové jsou si rovni. Jedinou podmínkou členství v této skupině je mít partnera, příbuzného, či jiného blízkého trpícího závislostí na alkoholu. Za pomoci jedné z členek této skupiny, bylo rozdáno celkem 39 dotazníků, řádně vyplněných, tedy vhodných pro výzkum pak bylo 33.

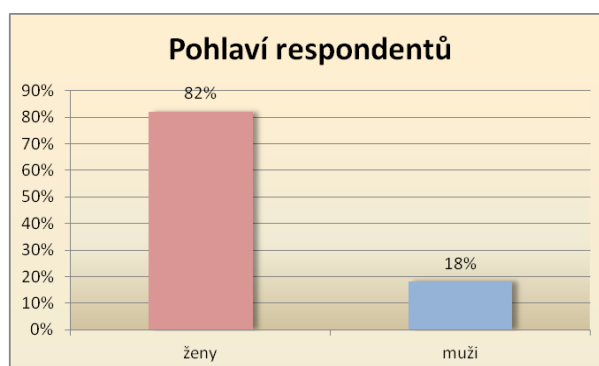
Charakteristika výzkumného souboru:

1. Pohlaví

Tabulka č. 3 – Pohlaví respondentů

	Relativní četnost	Absolutní četnost
ženy	82%	27
muži	18%	6
Celkem	100%	33

Graf č. 1. – Pohlaví respondentů



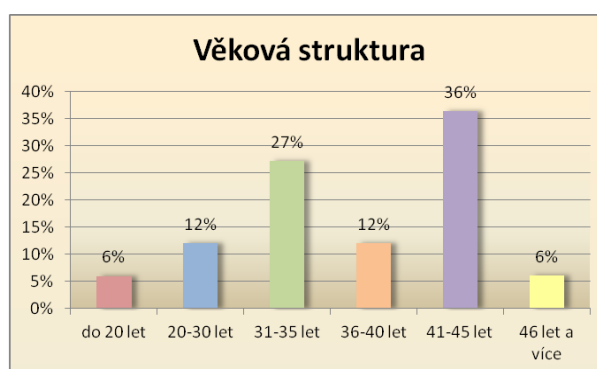
Z výše uvedeného grafu lze vyčíst, že 82% respondentů je ženského pohlaví, zatímco mužského pouhých 18%.

2. Věk

Tabulka č. 4 – Věková struktura

	Relativní četnost	Absolutní četnost
do 20 let	6%	2
20-30 let	12%	4
31-35 let	27%	9
36-40 let	12%	4
41-45 let	36%	12
46 let a více	6%	2
Celkem	100%	33

Graf č. 2. – Věková struktura



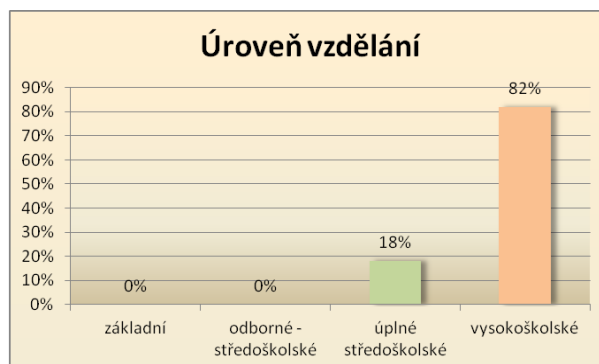
Graf č.2 ukazuje, že nejčastějšími návštěvníky skupiny Al-Anon jsou osoby mezi 31-45 lety.

3. Dosažené vzdělání

Tabulka č. 5 – Úroveň vzdělání

	Relativní četnost	Absolutní četnost
základní	0%	0
odborné - středoškolské	0%	0
úplné středoškolské	18%	6
vysokoškolské	82%	27
Celkem	100%	33

Graf č. 3. – Úroveň vzdělání



Z výše uvedeného grafu vyplývá, že 82% tázaných má ukončeno vysokoškolské studium a zbylých 18% úplné středoškolské.

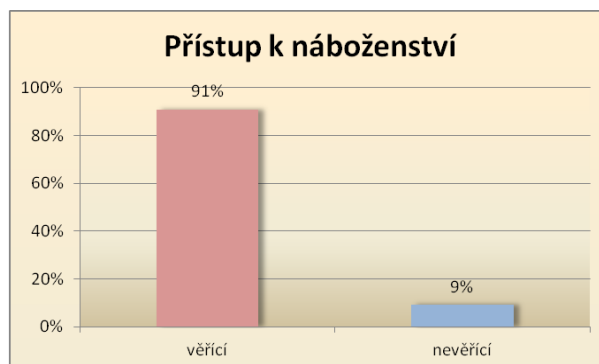
4. Regiliozita

I přesto, že skupina Al-Anon není dle svých slov založena na náboženských hodnotách, a pokud se na sezeních mluví o Bohu, je tím myšlena jakákoliv vyšší moc, tabulka č. 6 prezentuje přístup respondentů k náboženství, tz. zda jsou věřící, či nikoliv.

Tabulka č. 6 – Přístup k náboženství

	Relativní četnost	Absolutní četnost
věřící	91%	30
nevěřící	9%	3
Celkem	100%	33

Graf č. 4. – Přístup k náboženství



Z grafu se dá vyčíst, že 91% tázaných je věřících.

5. Charakteristika respondentek z rozhovorů

Výše uvedené skutečnosti byly charakteristikou respondentů účastnicích se dotazníkového šetření. Tento vzorek ještě následně obohatil rozhovor s dvěma členkami Al-Anonu. V přepisu rozhovoru uvedeného v příloze č. 2 pak byly z důvodu anonymity používány značky R1 a R2. Základní charakteristika obou dotazovaných pak zní následovně:

R1 - má 35 let, pochází z rozvedené rodiny, má dva sourozence, přičemž ona sama je prostřední. Její biologický otec byl alkoholik a opustil rodinu, když jí bylo 8 let. Následně se stala závislou na alkoholu i matka. Al-Anon navštěvuje 1,5 roku. Před dvěma měsíci opustila svého závislého přítele, se kterým byla 7 let.

R2 - je 39 let stará, má jednoho sourozence a pochází z úplné rodiny. Závislý na alkoholu byl její otec, nyní je již abstinentem. Nynější partner, se kterým má dvě děti, podstupuje pravidelně protialkoholní léčeni. Skupinu Al-Anon navštěvuje více než pět let.

7 KVANTITATIVNÍ ZPRACOVÁNÍ DOTAZNÍKU

7.1 Vyhodnocení dotazníku- Část I.

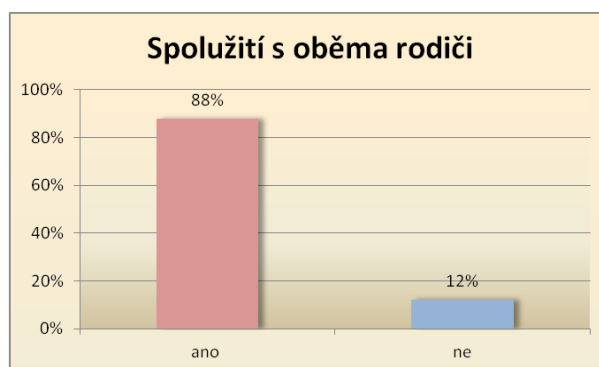
Jak již bylo výše uvedeno, tato část se týkala původního rodinného zázemí tázaných.

Otázka č. 1. – Tato otázka se týkala toho, zda tázaný ve svém dětství žil s oběma rodiči.

Tabulka č. 7 – Spolužití s oběma rodiči

	Relativní četnost	Absolutní četnost
ano	88%	29
ne	12%	4
Celkem	100%	33

Graf č. 5. – Spolužití s oběma rodiči



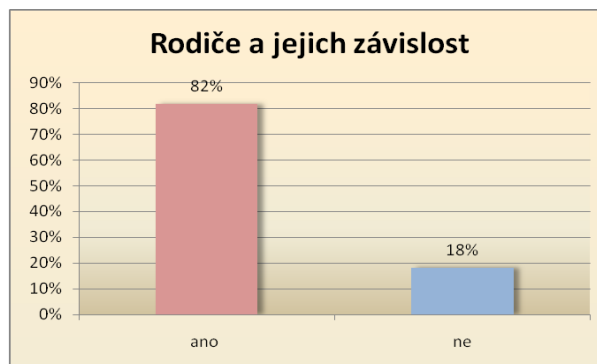
Graf č. 5 ukazuje, že 88% respondentů žilo s oběma rodiči. Zbýlých dvanáct procent jako nejčastější důvod, proč tomu tak nebylo, uvedlo rozvod rodičů.

Otázka č. 2. – Tato otázka zjišťovala, zda měl někdo z původní rodiny respondentů problém se závislostí.

Tabulka č. 8 – Rodiče a jejich problém se závislostí

	Relativní četnost	Absolutní četnost
ano	82%	27
ne	18%	6
Celkem	100%	33

Graf č. 6. – Rodiče a jejich problém se závislostí



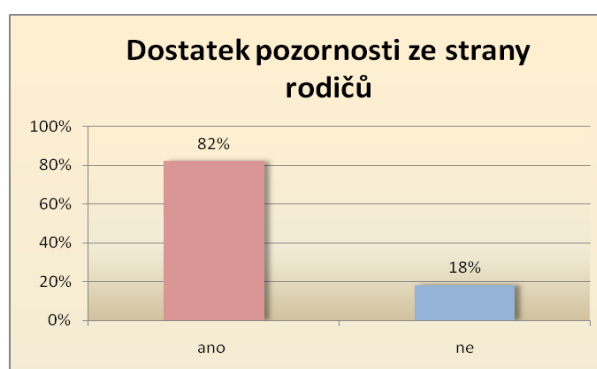
Z výše uvedeného grafu lze vyčíst, že 82% rodičů dotazovaných měla problém se závislostí, zatímco zbylých 18% nikoliv.

Otázka č. 3. – Tato otázka byla zaměřena na to, zda rodiče věnovali dostatek pozornosti svým dětem (respondentům z našeho výzkumu).

Tabulka č. 9 – Dostatek pozornosti ze strany rodičů

	Relativní četnost	Absolutní četnost
ano	82%	27
ne	18%	6
Celkem	100%	33

Graf č. 7. - Dostatek pozornosti ze strany rodičů



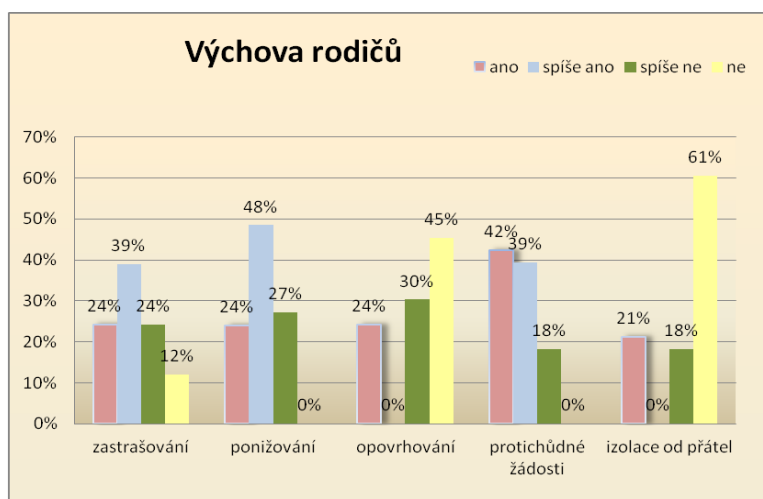
Výše uvedený graf ukazuje, že 82% dotazovaných, je přesvědčeno o tom, že jejich rodiče jim věnovali dostatek pozornosti, 18% z nich se pak domnívá, že tomu tak nebylo.

Otázka č. 4. – Touto otázkou jsme se snažili zjistit, jaké byly projevy v chování rodičů při výchově respondentů našeho výzkumu.

Tabulka č. 10 – Výchova rodičů

		zastašování	ponižování	opovrhování	protichůdné žádosti	izolace od přátel
ano	Relativní četnost	24%	24%	24%	42%	21%
	Absolutní četnost	8	8	8	14	7
spíše ano	Relativní četnost	39%	48%	0%	39%	0%
	Absolutní četnost	13	16	0	13	0
spíše ne	Relativní četnost	24%	27%	30%	18%	18%
	Absolutní četnost	8	9	10	6	6
ne	Relativní četnost	12%	0%	45%	0%	61%
	Absolutní četnost	4	0	15	0	20
Celkem relativní četnost		100%	100%	100%	100%	100%
Celkem absolutní četnost		33	33	33	33	33

Graf č. 8. – Výchova rodičů



Otázka č. 4 měla pět podotázek, na každou z nich pak respondenti odpověděli jednou variantou. Graf pak znázorňuje všechny tyto možnosti, přičemž součet všech sloupců u každé z nich odpovídá 100%. Z grafu č. 8 pak vyplývá, že zastašování bylo rodiči použito ve více než 60%, stejně tak tomu bylo u ponižování vlastních dětí, zde je procento těch, kteří odpovídali ano či spíše ano ještě vyšší. Naopak rodiče našich korespondentů svými dětmi neopovrhovali, odpovědi spíše ne (30%) a ne(45%) o tom svědčí. Protichůdné žádosti pak byly v rodinách tázaných velmi časté, což vyplývá z výše uvedeného grafu, kde repositenti

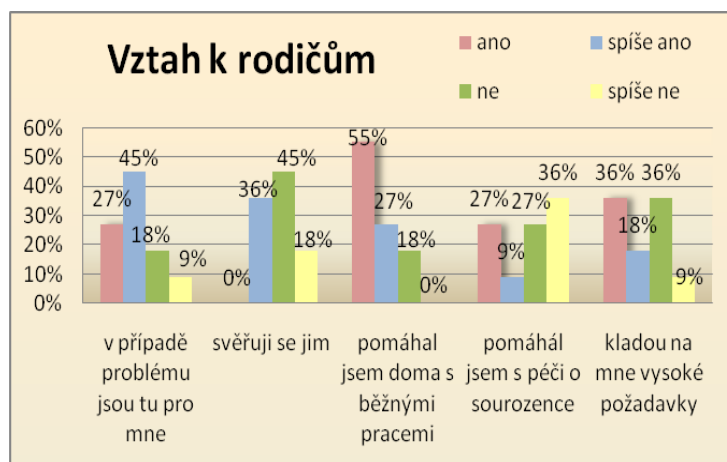
z 42% odpovídali ano, a z 39% spíše ano. Naopak odpovědi ne (61%) a spíše ne (18%) u posledního tvrzení, svědčí o tom, že rodiče své děti od jejich přátel neizolovali.

Otázka č. 5. – Otázka s číslem pět směřovala k tomu, abychom se dozvěděli, jaký vztah mají sami respondenti ke svým rodičům. Stejně jako předchozí, i tato otázka měla pět podotázek a graficky je znázorněna stejným způsobem.

Tabulka č. 11 – Vztah k rodičům

		v případě problému jsou tu pro mě	svěřuji se jim	pomáhal jsem doma s běžnými pracemi	pomáhal jsem s péčí o sourozence	kladou na mne vysoké požadavky
ano	Relativní četnost	27%	0%	55%	27%	36%
	Absolutní četnost	9	0	18	9	12
spíše ano	Relativní četnost	45%	36%	27%	9%	18%
	Absolutní četnost	15	12	9	3	6
spíše ne	Relativní četnost	18%	45%	18%	27%	36%
	Absolutní četnost	6	15	6	9	12
ne	Relativní četnost	9%	18%	0%	36%	9%
	Absolutní četnost	3	6	0	12	3
Celkem relativní četnost		100%	100%	100%	100%	100%
Celkem absolutní četnost		33	33	33	33	33

Graf č. 9. – Vztah k rodičům



Z výše uvedeného grafu lze vyčíst, že i přesto, že rodiče dotazovaných jsou z více než 70% ochotni svým dětem v případě problému pomoci, oni sami se jim se svými problémy nesvěřují (45% se nesvěřuje vůbec, 18% se jim spíše nesvěřuje). S domácími pracemi pomáhala doma většina respondentů (55% ano, 27% spíše ano), naopak s mladšími sourozenci

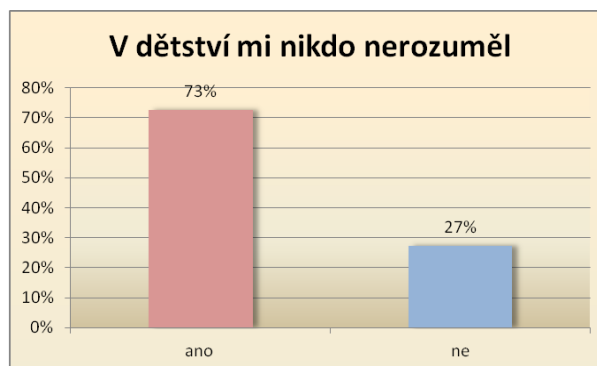
tázání téměř nepomáhali (36% spíše ne, 27 % ne). Pokud jde o to, zda kladou rodiče na respondenty vysoké nároky, odpovědi se velmi lišily, zatímco z 36% jsou přesvědčení o tom, že ano, stejné procento dotazovaných si myslí, že spíše ne.

Otázka č. 6. – Tato otázka zněla, zda měl tázaný jako dítě často pocit, že mu nikdo nerozumí.

Tabulka č. 12 – V dětství mi nikdo nerozuměl

	Relativní četnost	Absolutní četnost
ano	73%	24
ne	27%	9
Celkem	100%	33

Graf č. 10. – V dětství mi nikdo nerozuměl



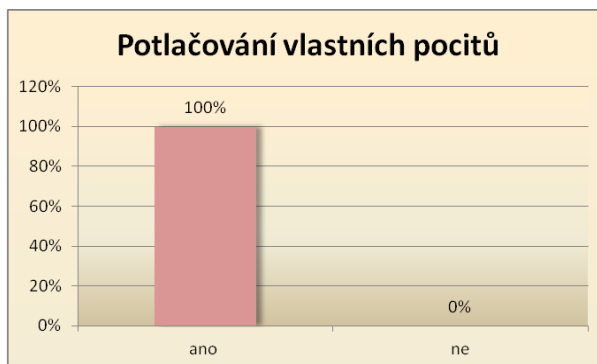
Graf č. 10 ukazuje, že téměř ¾ tázaných se domnívá, že nenašli v dětství porozumění.

Otázka č. 7. – Touto otázkou jsme se pokusili vysledovat, zda v původní rodině byl respondent nucen potlačovat své vlastní pocity.

Tabulka č. 13 – Potlačování vlastních pocitů

	Relativní četnost	Absolutní četnost
ano	100%	33
ne	0%	0
Celkem	100%	33

Graf č. 11. – Potlačování vlastních pocitů



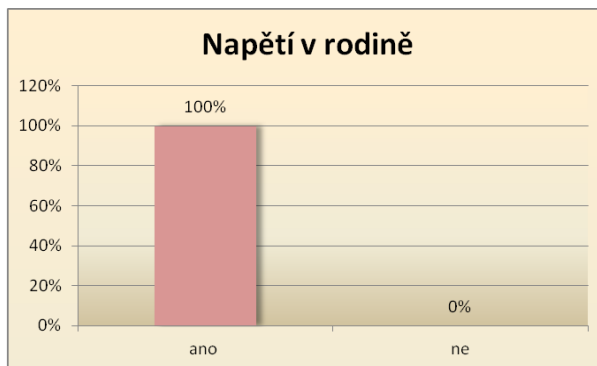
Všichni respondenti na tuto otázku odpověděli kladně.

Otázka č. 8. – Pomocí této otázky jsme se snažili dozvědět, zda v rodině při dospívání respondenta vládlo napětí.

Tabulka č. 14 – Napětí v rodině

	Relativní četnost	Absolutní četnost
ano	100%	33
ne	0%	0
Celkem	100%	33

Graf č. 12. – Napětí v rodině



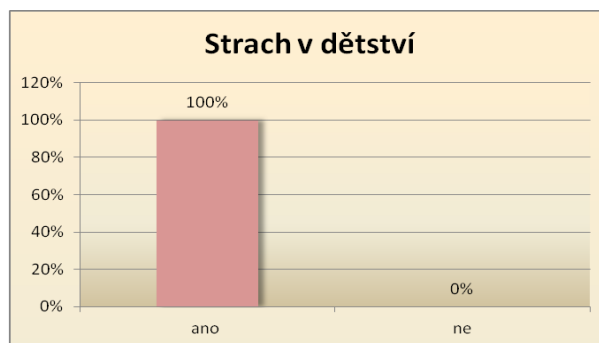
Stejně jako v předchozí otázce i zde plný počet respondentů odpověděl, že v jejich původní rodině napětí panovalo.

Otázka č. 9. – Tato otázka směřovala k tomu, zda respondenti zažívali ve svém dětství strach.

Tabulka č. 15 – Strach v dětství

	Relativní četnost	Absolutní četnost
ano	100%	33
ne	0%	0
Celkem	100%	33

Graf č. 13. – Strach v dětství



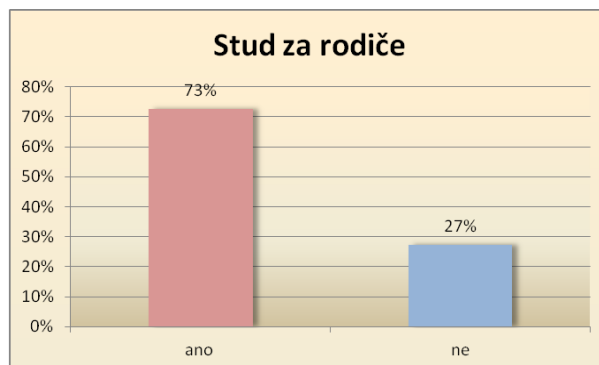
Strach v dětství zažívalo 100% dotazovaných osob.

Otázka č. 10. - Otázka zněla, zda se respondenti za své rodiče styděli.

Tabulka č. 16 – Stud za rodiče

	Relativní četnost	Absolutní četnost
ano	73%	24
ne	27%	9
Celkem	100%	33

Graf č. 14. – Stud za rodiče



Z výše uvedeného grafu je zcela jasné, že 73% respondentů se za své rodiče v dětství stydělo, zbylých 27% pak nikoliv.

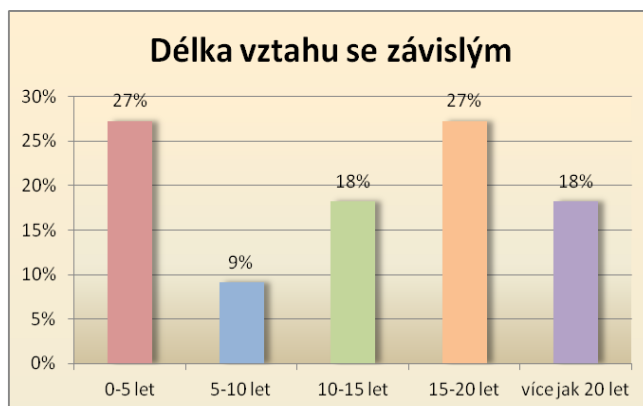
7.2 Vyhodnocení dotazníku – Část II.

Otázka č. 1. - Touto otázkou jsme se pokusili zjistit, kolik let trávili respondenti se svými závislými partnery. Tato odpověď byla volná, na jejich základě pak byly vytvořeny intervaly.

Tabulka č. 17 – Délka vztahů se závislým

	Relativní četnost	Absolutní četnost
0-5 let	27%	9
5-10 let	9%	3
10-15 let	18%	6
15-20 let	27%	9
více jak 20 let	18%	6
Celkem	100%	33

Graf č. 15. – Délka vztahů se závislým



Výše uvedený graf ukazuje, že doba, kterou jsou respondenti ochotni strávit se závislou osobou, se různí. Sami tázaní, kteří uváděli delší období, však doplnili, že závislost partnera se projevila až v pozdější fázi vztahu.

Otázka č. 2. - V této otázce bylo dotazováno na to, zda i sami kodependenti mají sklon k závislostem.

Tabulka č. 18 – Sklon k závislosti

	Relativní četnost	Absolutní četnost
ano	73%	24
ne	27%	9
Celkem	100%	33

Graf č. 16. – Sklon k závislosti



Graf č. 16 zaznamenává, že 73% respondentů má sklon k závislosti, naopak 27% z nich tuto možnost odmítá.

Otázka č. 3. - V této otázce byli respondenti tázáni, jak by měl vypadat jejich ideální vztah a oproti tomu jak vypadá, či vypadal jejich vztah se závislým. Dotazováni měli zaznačit, jak dalece souhlasí s daným tvrzením.

Tabulka č. 19. – Vztah k závislému

Celkem	ano		spíše souhlasím		spíše nesouhlasím		ne	
	%	četnost	%	četnost	%	četnost	%	četnost
Náš vztah je hluboký	33%	11	15%	5	30%	10	21%	7
V našem vztahu je hodně vášně	45%	15	21%	7	15%	5	18%	6
Jsme citliví na potřeby druhého	6%	2	9%	3	36%	12	48%	16
Jsme otevření vůči druhému	3%	1	6%	2	36%	12	55%	18
Jsme loajální vůči sobě	3%	1	0%		48%	16	48%	16
Jsme si věrní	3%	1	58%	19	30%	10	6%	2
Vzájemné dávání a brání je v rovnováze	3%	1	3%	1	6%	2	6%	2
Mezi námi panuje vzájemná důvěra	3%	1	0%		36%	12	61%	20
Jsme schopni kompromisu	3%	1	0%		36%	12	61%	20

Máme respekt jeden ke druhému	0%		6%	2	36%	12	58%	19
v našem vztahu není rutina ani nuda	6%	2	0%		33%	11	58%	19
Vztah mě naplňuje pocitem bezpečí	3%	1	0%		24%	8	73%	24
Trávíme společně mnoho volného času	3%	1	3%	1	0%		94%	31
Vzájemně spolu komunikujeme	3%	1	0%		6%	2	91%	30
Společně rozhodujeme při zásadních věcech	3%	1	3%	1	18%	6	76%	25
Máme k sobě blízko	3%	1	3%	1	67%	22	27%	9
Máme doma veselou atmosféru	0%		3%	1	9%	3	88%	29

Tabulka č. 20 – Ideální vztah

Celkem	ano		spíše souhlasím		spíše nesouhlasím		ne	
	%	četnost	%	četnost	%	četnost	%	četnost
Náš vztah je hluboký	100%	33	0%		0%		0%	
V našem vztahu je hodně vášně	91%	30	9%	3	0%		0%	
Jsme citliví na potřeby druhého	100%	33	0%		0%		0%	
Jsme otevření vůči druhému	100%	33	0%		0%		0%	
Jsme loajální vůči sobě	100%	33	0%		0%		0%	
Jsme si věrní	100%	33	0%		0%		0%	
Vzájemné dávání a brání je v rovnováze	97%	32	3%	1	0%		0%	
Mezi námi panuje vzájemná důvěra	97%	32	3%	1	0%		0%	
Jsme schopni kompromisu	64%	21	36%	12	0%		0%	
Máme respekt jeden ke druhému	91%	30	9%	3	0%		0%	
v našem vztahu není rutina ani nuda	94%	31	3%	1	3%	1	0%	
Vztah mě naplňuje pocitem bezpečí	91%	30	6%	2	3%	1	0%	
Trávíme společně mnoho volného času	39%	13	58%	19	3%	1	0%	
Vzájemně spolu komunikujeme	91%	30	9%	3	0%		0%	
Společně rozhodujeme při zásadních věcech	97%	32	0%		3%	1	0%	
Máme k sobě blízko	97%	32	0%		3%	1	0%	
Máme doma veselou atmosféru	97%	32	3%	1	0%		0%	

Na výše uvedených tabulkách č. 19 a č. 20 si lze všimnout toho, že zatímco v případě ideálního vztahu se hodnoty pohybují v levé části tabulky (souhlasný postoj k tvrzením), v případě vztahu se závislým spíše v pravé (nesouhlasný postoj k tvrzením). Pokud odpovědi „ne“ a „spíše ne“ budeme posuzovat společně jako negování příslušných položek, pak z tabulky č. 19 vyplývá, že současný vztah u 32 respondentů se vyznačuje tím, že spolu partneři vzájemně nekomunikují, nepanuje u nich veselá atmosféra, chybí zde pocit bezpečí a vzájemná důvěra, nejsou schopni kompromisu a nejsou vůči sobě loajální. Z nejčtenějších odpovědí týkající se výskytu pozitivních projevů v rámci vztahu, pak můžeme konstatovat, že ve vztahu se nachází hodně vášně, věrnost a vztah je hodnocen jako „hluboký“.

7.3 Vyhodnocení dotazníku – Část III.

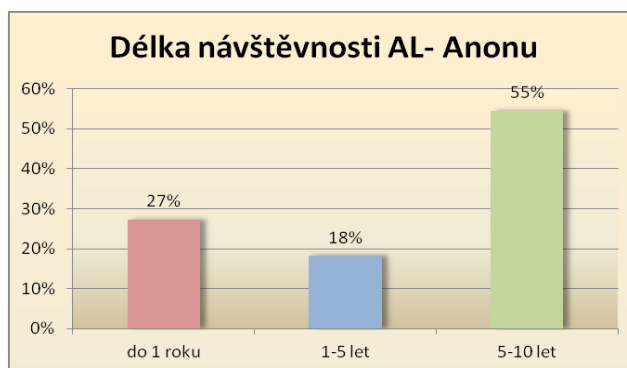
Část poslední byla věnována skupině Al-Anon a jejímu působení na své členy.

Otázka č. 1. - Tato otázka měla zjistit, jak dlouho respondenti Al-Anon navštěvují.

Tabulka č. 21 – Délka návštěvnosti Al-Anonu

	Relativní četnost	Absolutní četnost
do 1 roku	27%	9
1-5 let	18%	6
5-10 let	55%	18
Celkem	100%	33

Graf č. 17. – Délka návštěvnosti Al-Anonu



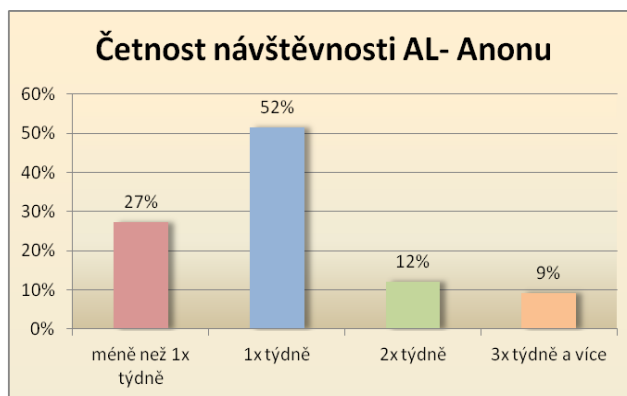
Z výše uvedeného grafu vyplývá, že více než polovina respondentů, a to 55%, navštěvuje Al-Anon více než 5 let.

Otázka č. 2. - Otázkou č. 2 jsme se snažili vysledovat, jak často tázání skupinu navštěvují.

Tabulka č. 22 – Četnost návštěvnosti Al-Anonu

	Relativní četnost	Absolutní četnost
méně než 1x týdně	27%	9
1x týdně	52%	17
2x týdně	12%	4
3x týdně a více	9%	3
Celkem	100%	33

Graf č. 18. – Četnost návštěvnosti Al-Anonu



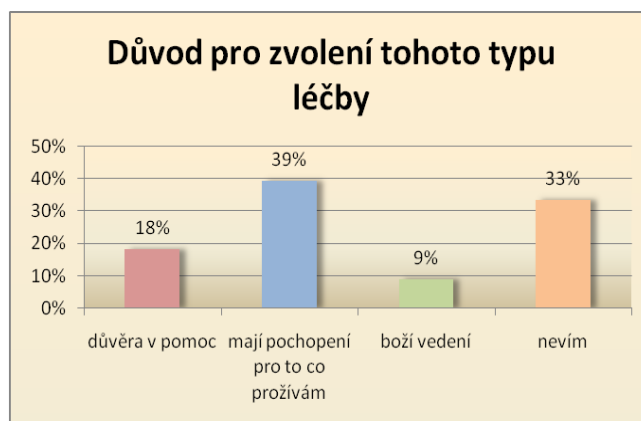
Graf jasně napovídá, že nejčastěji se respondenti účastní setkání 1x týdně.

Otázka č. 3. – Otázkou č. 4 bylo zjišťováno, co vedlo respondenty pro tento typ léčby

Tabulka č. 23 – Důvod pro zvolení tohoto typu léčby

	Relativní četnost	Absolutní četnost
důvěra v pomoc	18%	6
mají pochopení pro to co prožívám	39%	13
boží vedení	9%	3
nevím	33%	11
Celkem	100%	33

Graf č. 19. – Důvod pro zvolení tohoto typu léčby



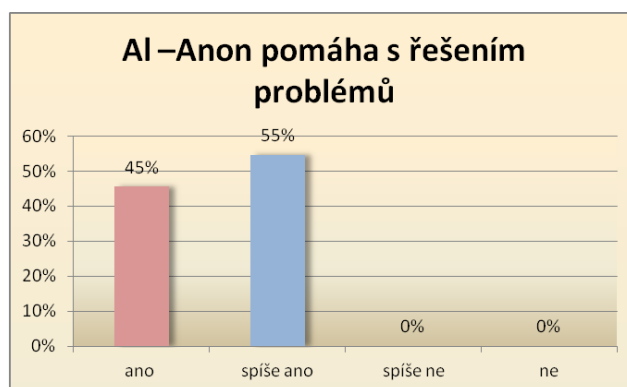
Graf č. 19 nám ukazuje, že skupinu navštěvují respondenti z 39% proto, že ostatní klienti mají pochopení pro ně samé, 33% neumí posoudit co je jejich hlavní motivací pro návštěvnost této skupiny, 18% má důvěru v pomoc ze strany Al-Anonu a 9% tázaných se domnívá, že je do této skupiny přivedl Bůh.

Otázka č. 5. – Tato otázka zněla: „Máte pocit, že Vám Al–Anon pomáhá při řešení Vašich problémů?“

Tabulka č. 24 – Al-Anon pomáhá s řešením problémů

	Relativní četnost	Absolutní četnost
ano	45%	15
spíše ano	55%	18
spíše ne	0%	0
ne	0%	0
Celkem	100%	33

Graf č. 20. – Al-Anon pomáhá s řešením problémů



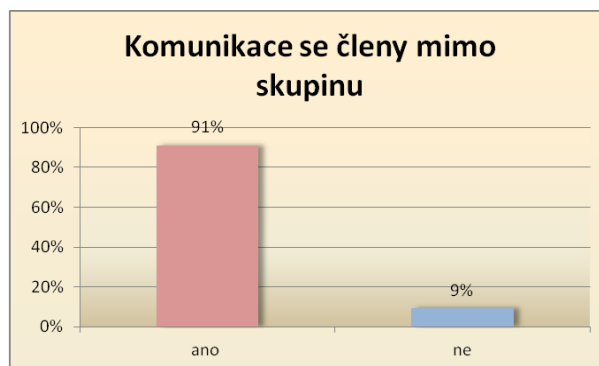
Z uvedeného grafu lze vyčíst, že všichni respondenti se přiklánějí ke kladné odpovědi.

Otázka č. 6. – to zda spolu členové komunikují i mimo skupinu, bylo zjišťováno pomocí této otázky.

Tabulka č. 25 – Komunikace se členy mimo skupinu

	Relativní četnost	Absolutní četnost
ano	91%	30
ne	9%	3
Celkem	100%	33

Graf č. 21. – Komunikace se členy mimo skupinu



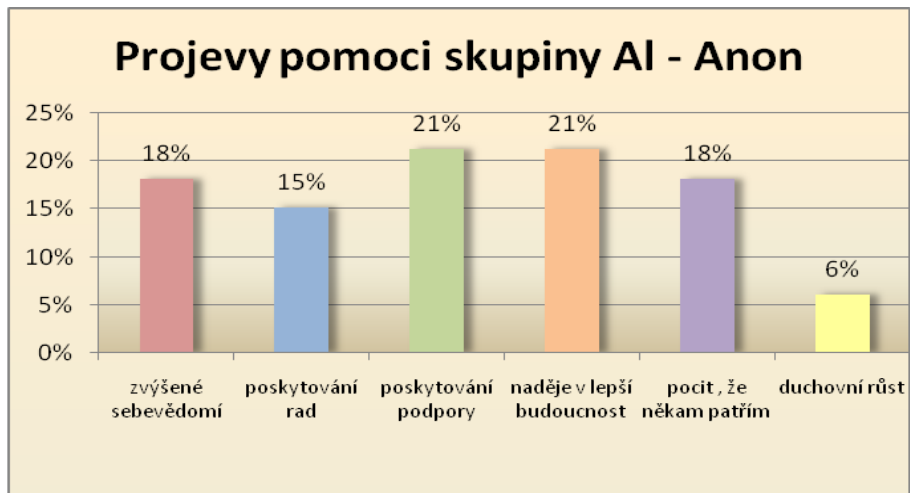
Z grafu jednoznačně vyplývá, že téměř všichni respondenti udržují vztahy i mimo skupinu.

Otázka č. 7. – Otázkou č. 7 bylo sledováno, jakým způsobem vnímají pomoc ze strany skupiny samotní respondenti. Respektive jaké důsledky pomoc skupiny má.

Tabulka č. 26 – Důsledky pomoci skupiny Al-Anon

	Relativní četnost	Absolutní četnost
zvýšené sebevědomí	18%	6
poskytování rad	15%	5
poskytování podpory	21%	7
naděje v lepší budoucnost	21%	7
pocit , že někam patřím	18%	6
duchovní růst	6%	2
Celkem	100%	33

Graf č. 22. – Důsledky pomoci skupiny Al-Anon



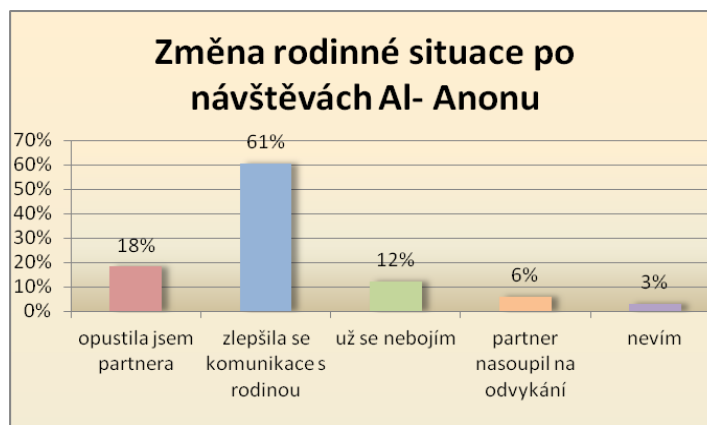
Z výše uvedeného grafu můžeme vyčíst, že nejčastěji si respondenti uvědomují přínos skupiny díky jejich podpoře a naději, kterou jim dává v budoucnost. Pocit, že někam patří je z 18% pro respondenty velmi důležitým faktorem. Díky skupině se také 18-ti% respondentů zvýšilo jejich sebevědomí.

Otázka č. 8. – Tato otázka zněla: „Změnila se nějak Vaše rodinná situace po návštěvách této skupiny?“ Vzhledem k tomu, že na tuto otázku nikdo neodpověděl ne, byly analyzovány pouze odpovědi přiřazené k odpovědi ano.

Tabulka č. 27 – Změna rodinné situace po návštěvách Al-Anonu

	Relativní četnost	Absolutní četnost
opustila jsem partnera	18%	6
zlepšila se komunikace s rodinou	61%	20
už se nebojím	12%	4
partner nasoupl na odvykání	6%	2
nevím	3%	1
Celkem	100%	33

Graf č. 23. – Změna rodinné situace po návštěvách Al-Anonu



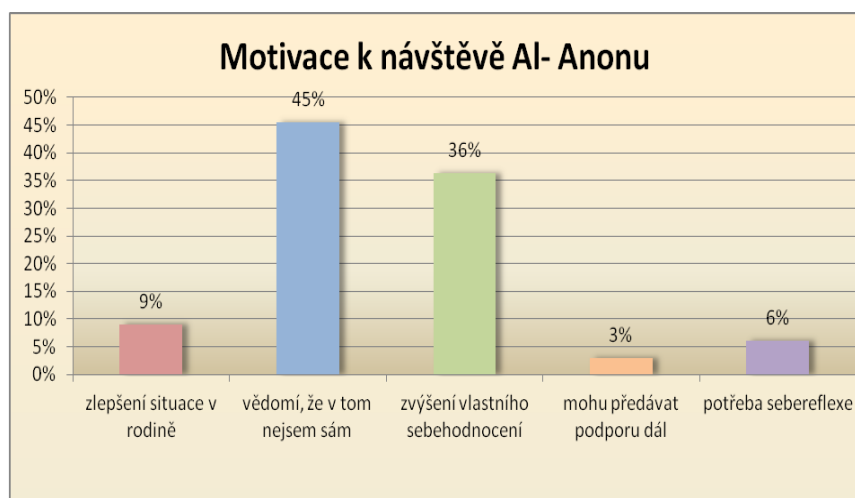
Z grafu č. 23 je patrné, že největší přínos měla skupina především v rámci zlepšení rodinné komunikace a to z 61%, opuštění závislého partnera bylo největší změnou pro 18% respondentů.

Otázka č. 9. – Poslední otázkou se zjišťovalo, co vede respondenty k tomu, aby navštěvovali skupinu Al-Anon.

Tabulka č. 28 – Motivace k návštěvě AI-Anonu

	Relativní četnost	Absolutní četnost
zlepšení situace v rodině	9%	3
vědomí, že v tom nejsem sám	45%	15
zvýšení vlastního sebehodnocení	36%	12
mohu předávat podporu dál	3%	1
potřeba sebereflexe	6%	2
Celkem	100%	33

Graf č. 24. – Motivace k návštěvě AI-Anonu



Z výše uvedeného grafu je zřejmé, že 45% respondentů navštěvuje skupinu především kvůli pocitu, že svůj problém neřeší osamoceně. 36% se pak domnívá, že díky účasti na sezeních se jim zvýšilo vlastní sebehodnocení.

8 KVALITATIVNÍ ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ

Jak již bylo výše uvedeno, pro potřeby výzkumu byl vytvořen dotazník, jeho výsledky pak byly zkontrolovány s dvěma členkami AI-Anonu, které finální podobu výzkumu obohatily o své vlastní názory a připomínky.

Pro samotné zanalyzování pak byla použita metoda zakotvené teorie. „*Název „zakotvená teorie“ (grounded theory) neoznačuje nějakou určitou teorii, nýbrž určitou strategii výzkumu a zároveň způsob analýzy získaných dat*” (Hendl, 2005, str. 125). Jde vlastně o analýzu dat, na jejichž základě lze vytvořit teorii pro vysvětlení určitého fenoménu.

8.1 Otevřené kódování

Při analýze dotazníků, byl každý zvlášť opakovaně pročitán se snahou najít u odpovědi významové celky a vytvořit z nich základní jednotky analýzy - koncepty. Tato fáze odpovídá otevřenému kódování.

„Otevřené kódování provádí výzkumník prvním průchodem daty. Přitom lokalizuje témata v textu a přiřazuje jim označení. Pomalu čte terénní poznámky a přepisy rozhovorů a všímá si kritických míst. Otevřené kódování odhaluje v datech určitá témata. Tato témata jsou nejdříve na nízké úrovni abstrakce. Mají vztah k položeným výzkumným otázkám, k přečtené literatuře, k pojmům používaných účastníky nebo jde o nové myšlenky vznikající, jak průzkumník proniká k textu. Někteří výzkumníci přistupují k textu se seznamem předběžných kódů a jejich definic, který postupně doplňují o nové části. Každopádně tato fáze vede k seznamu témat, jenž pomáhá výzkumníku vidět témata v celku a stimuluje ho při hledání dalších témat. Výzkumník tento seznam témat postupně třídí a organizuje, kombinuje a doplňuje v další a analýze” (Hendl, 2005, s. 247).

Tabulka č. 29 – Tvorba konceptů

Koncept	Výrok
Nesprávná výchova	Zastrašování, ponižování, protichůdné žádosti
Špatná rodinná atmosféra	Nedůvěra v rodiče, stud za rodiče, napětí v rodině

Změna chování partnera	Hloubka vztahu, vášeň ve vztahu
Vztah s partnerem je daleko od ideálu	Komunikace, společné trávení času, loajálnost, schopnost kompromisu
Pozitivní ohlas na skupinu AI-Anon	Nová přátelství, společné řešení problému, v případě problému možnost porady
Změna v myšlení	Zvýšení sebevědomí, změna rodinné situace, zvýšení komunikace s rodinou

Nesprávná výchova

Na základě dotazníkového šetření vyplynulo, že celých 54% tázaných bylo svými rodiči zastrašováno a 63% z nich bylo dokonce ponižováno viz. graf č. 8. Protichůdné žádosti od rodičů zažilo během svého dětství 72% dotazovaných, všechny tyto skutečnosti pak mohly vést k blokování růstu vlastní osobnosti.

K tomuto tématu se vyskytlo na zadní straně dotazníků několik poznámek, stejně tak i členky skupiny AI-Anon měly k tomuto tématu několik vlastních příběhů:

„Bylo mi vyhrožováno fyzickým násilím, pokud prozradím, v jakém stavu jsem mámu viděla“ dotazník č. 20

„Bála jsem se ho tolik, že jsem měla strach chodit domů.“ R2

„Nevěděla jsem, co po mě chce, jednou jsem byla starší sestra a měla jsem se chovat dospěle, a jít příkladem, a na druhý den, při stejné situaci, jsem byla mladší sestra a bylo mi řečeno, že jsem ještě dítě a musím starší sestru poslouchat“ R1

„Rodiče podporovali vztahy s přáteli, ale časté stěhování a změny škol mě od nich vlastně izolovaly.“ dotazník č. 11

Špatná rodinná atmosféra

Na základě dotazníkového šetření byly zjištěny následující skutečnosti. Celých 73% se ztotožňuje s myšlenkou, že jim v dětství nikdo nerozuměl. Na otázky č. 7, 8 a 9, ve kterých jsme se tázali na potlačování vlastních pocitů v rodině, strach a na to, zda v rodině panovalo

napětí, respondenti celými 100% odpověděli ano. Pocit studu za své rodiče pak dle odpovědí na otázku č. 10 zažilo 73% tázaných.

Na napětí v rodině a jeho projevy pak byl nasměrován i doplňkový rozhovor.

„Výmluvy na všechno možné a svádění viny jeden na druhého byly na běžném pořádku“ R1

„.....těžko můžete dělat, že se nic neděje před okolím, když je u vás každý druhý den kravál, vy jste nevyspaná nebo jdete druhý den do školy napuchlá, protože jste to v noci obrečela.“ R2

Zklamání z rodičů a pocit studu je v určitém období zcela normální, dokonce i vývojově nutný. Děti v pubertě prožívají takové pocity běžně. V autorčině výzkumu se jedná spíše o stud, který byl způsobem alkoholovou závislostí jejich rodičů.

„Pamatuju si, jak jsem mamku jednou potkala úplně opilou v hospodě, kam jsem šla s přáteli. Narazila hlavou do dveří, netrefila se do nich, když šla na záchod.“ R1

„.....mě táta překvapivě přišel vyzvednout ze sboru, byl jak dělo, nebyl schopný jít rovně a ještě mě chtěl objímat a „dělat“ skvělého tatínka...musela jsem se tehdy studem scvrknout aspoň o půl metru.....“ R2

“Mamka byla zoufalá, skoro každý den ho musela vyzvedávat z hospody, aby došel domů. Tehdy mi bylo mamky líto, a za tátu jsem se styděla.“ dotazník č. 11

Změna v chování partnera

V literatuře zabývající se alkoholismem najdeme spoustu informací o tom, jak se člověk se s průběhem alkoholismu mění. Jejich osobnost se pomalu proměňuje, v nespolečenskou bytost, která je konfliktní a duševně oploštělá. O tom svědčí i následná tvrzení.

„Ze začátku jsem na něm oceňovala především smysl pro zodpovědnost, jeho charisma a vtip..... Dneska....., mám pocit, že je z něj úplně jiný člověk.“ R1

„ Když jsem ho potkala, byl velice milý, alkohol ho ale změnil“ dotazník č. 11

Při vyhodnocování druhé tabulky, popisující vztah se závislým se pouze u dvou tvrzení objevilo více souhlasných označení. Tato se týkala hloubky vztahu a vášně v něm. Pro 33% respondentů je vztah se závislým hluboký a pro 45% vášnivý. Vzhledem ke změně osobnosti člověka, který je závislý na alkoholu, lze předpokládat, že původní vztah do kterého naši respondenti vstupovali, neměl se současným moc podobného.

“ V poslednom čase je to už na nevydržanie. Nezaujím o nič a žiaden zmysel života. O všetko, čo sa týka domácnosti, dcéry, účtov, vybavovania vecí okolo rodiny, sa starám ja. Nemáme nič spoločné okrem nej.” dotazník č. 3

Vztah s partnerem je daleko od ideálu

Třetí část dotazníku byla věnována partnerství. Bylo zde uvedeno několikero tvrzení, úkolem respondenta pak bylo do dvou tabulek umístěných vedle sebe, z nichž jedna označovala vztah se závislým, druhá pak ideální, zaznačit jak dalece s tímto tvrzením souhlasí. Na základě této otázky pak vytvořila tabulku č. 18, věnující se vztahu se závislým a tabulku č. 19, věnující se vztahu ideálnímu.

Při porovnání těchto tabulek pak vyšli najevo některé skutečnosti. Zatímco v ideálním vztahu se téměř všichni respondenti ztotožnili se všemi tvrzeními, ve vztahu se závislým tomu bylo přesně naopak.

Ideální vztah by měl podle respondentů mít tyto charakteristiky: loajálnost vůči druhému (100%), otevřenost vůči druhému (100%), věrnost (100%), důvěru mezi partnery (97%), dávání a brání v rovnováze (97%) apod. Jen jedno tvrzení se od ostatních mírně lišilo. Znělo: „Trávíme společně mnoho volného času“ zde se respondenti rozdělili do dvou velkých skupin první s odpovědí ano (39%) a druhá spíše ano (58%). Pravdou ovšem je, že přílišné sdílení volného času může vést v partnerství k rozepřím.

„Společně by měli rozhodovat o důležitých věcech, snaha o vyřešení problému by měla taky být z obou stran.“ R1

„Partneři by se měli navzájem podporovat, respektovat, naslouchat si, aby si mohli utvořit celek ze svých i partnerových pocitů a názorů a vytvořit tak kompromis.“ R2

Naopak většině z nich ve vztahu se závislým schází komunikace (91%), společná rozhodnutí (76%), respekt (58%), loajalita (48%), příjemná domácí atmosféra (88%) apod.. 94% z nich dokonce uvádí, že spolu netráví žádný volný čas.

Z toho lze posuzovat, že vztah, ve kterém se respondenti nacházeli, či nacházejí je od ideálu daleko.

Pozitivní ohlas na skupinu Al-Anon

Z dotazníků nám vyplynulo, že všem přítomným skupina Al-Anon pomohla při řešení jejich problému. O tom svědčí i skutečnost, že 91% členů se stýká i mimo sezení. Z otázky č. 8 pak jednoznačně vyplynulo, že všichni tázaní mají pocit, že skupina Al-Anon měla vliv na změnu jejich rodinné situace.

O pozitivním smyšlení ke skupině Al-Anon svědčí i to, že v dotaznících se k tomuto tématu vyjádřilo mimo základní otázky nejvíce respondentů. Nejčastější doplňující odpovědi se zmiňovali o přátelství mezi členy.

„Jsou z nás přátelé“ dotazník č. 11

„Mezi členy jsem konečně mohla mluvit o tom, co mě vážně trápí a nikdo mě neodsuzoval a ani se mi za to nevysmál. Naopak mám pocit, že mi konečně někdo rozumí.... To, že máme podobné životní osudy, nás hodně sblížuje.“ R1

„ Já mezi členy našla nové přátele. Hodně mi pomohli snad ve všech směrech. Nikdy jsem nebyla na tyhle typy sezení.....ale člověk se potřebuje ze svých pocitů vypovídat.“ R2

Změna v myšlení

Na základě dotazníků bylo zjištěno, že díky návštěvám skupiny má zvýšené sebehodnocení celých 18% tázaných. Změnu v komunikaci v rodině zaznamenalo 61% a 12% z nich se dokonce přestalo bát projevit vlastní názor. Doplňující rozhovor pak tyto skutečnosti potvrdil.

„...člověk se potřebuje ze svých pocitů vypovídat. A pokud mu u toho ještě někdo dodá sebedůvěru, je to jen dobře.“ R2

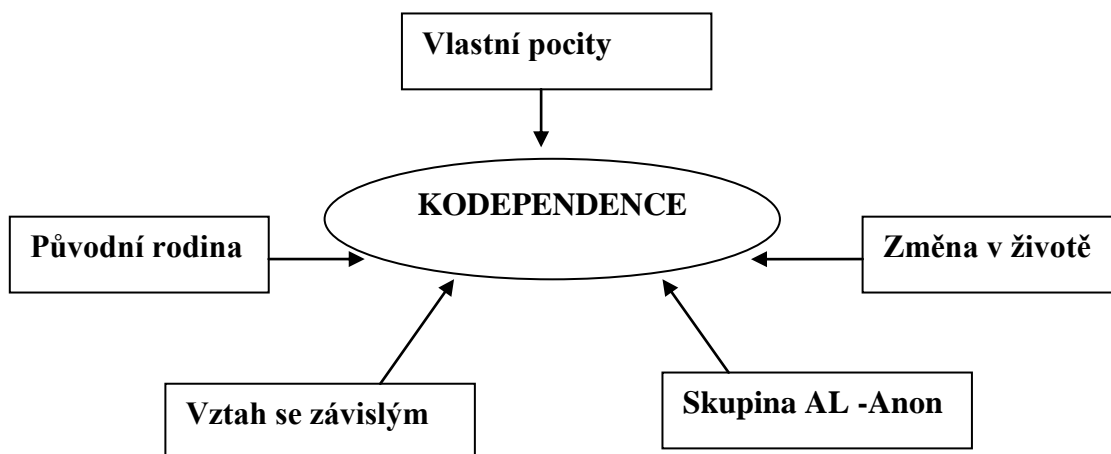
„... když myslíš, že jde o bezvýchodnou situaci je to zlé, ale když to probereš takhle s lidmi, nejen že se ti uleví, ale kolikrát si uvědomíš, že řešení existuje.“ R2

8.2 Axiální kódování

Axiální kódování popisuje Strauss a Corbinová jako: „Soubor postupů, pomocí nichž jsou údaje po otevřeném kódování znovu uspořádány novým způsobem, prostřednictvím vytváření spojení mezi kategoriemi. To se činí v duchu kódovacího paradigmatu, které zahrnuje podmiňující vlivy, kontext, strategie jednání a interakce, a následky“ (Strauss, Corbinová 1999, s. 70).

Mezi koncepty, které jsme si vytvořili při otevřeném kódování, jsme se snažili najít souvislosti, které bychom následně sdružili do kategorií.

Obrázek č. 2 – Model souvislostí



Z modelu jsou zřejmé příčiny, které vedly u respondentů k projevům kodependence. Jedná se zejména o primární rodinu. Rodinu lze označit jako přirozené prostředí, do něhož se člověk rodí, a nelze si jej vybrat. Z tohoto prostředí pak přejímá to, co mu bylo připraveno rodiči. Pokud tedy dítě vidí ve své původní rodině znaky alkoholismu, jistým způsobem se mu tato situace zdá normální a omluvitelná. Jejich očekávání v rámci vztahu jsou pak zkruslená. Následně pak považuje vztah se závislým za něco běžného. Takovýchto lidí však v populaci najdeme více.

Naši respondenti však jako strategii pro únik z tohoto bludného kruhu zvolili návštěvy skupiny Al-Anon, která jim pomáhá nejen z hlediska podpory, ale i případnou radou jak se zachovat v případech kdy je závislý partner agresivní. Jejich pomoc spočívá také v nácviku komunikace nejen se závislými, ale i s jejich vlastními dětmi. Snaží se jim pomoci najít ztracené sebevědomí a tím dojít ke změně v jejich životě.

Tabulka č. 30 – Tvorba kategorií

Kategorie	Koncepty
Původní rodina	Špatná rodinná atmosféra, nesprávná výchova.
Vztah se závislým	Hluboký vztah, nedostatek komunikace.
Vlastní pocity	Zkreslené představy o vztahu.
Skupina Al-Anon	Přátelství, porozumění problému, sdílení bolesti.
Změna v životě	Zvýšené sebevědomí, opuštění partnera, zlepšení komunikace v rodině.

8.3 Selektivní kódování

V samotném závěru analýzy pak bylo použito kódování selektivní. Strauss a Corbinová selektivní kódování označují jako „*Proces, kdy se vybere jedna centrální kategorie, která je pak systematicky uváděna do vztahu k ostatním kategoriím*” (Strauss, Corbinová 1999, s 86).

V této fázi se tedy snažíme mezi jednotlivými kategoriemi a koncepty najít vztahy a souvislosti. Při hledání samotné centrální kategorie byly znovu procházeny všechny dotazníky a rozhovory. Jako centrální kategorií pak byla zvolena závislost.

Z výše uvedených skutečností lze vyvodit závěr, že primární rodina má velký vliv na vznik kodependence. Z původní rodiny si odnášíme hodnoty, motivy a vzorce pro své chování do budoucna, a tak se velmi často stává, že dítě vystavené závislosti v primární rodině, pak se spoluzávislostí většinou bojuje ve svém vlastním vztahu. Přesto, že se osobnost závislého změní tak, že mnohdy dochází k fyzickému násilí, nejsou spoluzávislé osoby schopny své partnery opustit. Stejně jako ostatní nemoci má však i spoluzávislost svůj průběh. Pokud se

takovýmto lidem nedostane pomoci včas, může dojít až k objevení suicidálních myšlenek, ne-li až k dokonanému suicidu.

Skupina Al-Anon se snaží tuto nemoc vyléčit, tento boj je však dlouhodobý. Během setkání se pomalu otevírá osobnost každého člena a postupně se mu vrací sebevědomí, naučí se znovu komunikovat, začne si vážit sám sebe, a v nejlepším případě najde odvahu pro radikální změnu ve svém životě. Tato skupina je pro mnohé z nich jejich druhou rodinou, tedy místem, kde se cítí bezpečně, a kde se nemusí stydět za své vlastní pocity a činy.

8.4 Analýza rozhovoru

Uskutečněné rozhovory jsme podrobili analýze a kvalitativně zhodnotili dle tématických oblastí, na které byl dělen dotazník. Vyseletovali jsme informace z rozhovorů vztahující se k třem oblastem sledovaným v dotazníku- primární rodina, současný partnerský vztah a vliv skupiny Al-Anon.

Poznatky respondentek z rozhovorů k oblasti primární rodiny

R1 - pochází z rozvedené rodiny, během života byli oba rodiče závislí na alkoholu. Jako prostřední dítě v rodině měla velmi často pocit, že neví, co po ní rodiče chtějí. V této rodině se přesouvali problémy na neurčito, s různými typy výmluv. Snaha krýt rodiče, aby okolí nevědělo, co se děje byla na běžném pořádku, důvodem byl stud za ně a strach z toho, že vše vyplyne na povrch. Nemá potřebu se rodičům svěřovat a to i přesto, že se domnívá, že by ji vyslechli.

R2 - je „chtěným“ dítětem, a netrpěla žádným nedostatkem do doby, než otec rodiny přišel o práci. S tím souvisela následná závislost na alkoholu, která měla za následek agresivitu otce po požití. R2 se jej bála, trpěla pocity bezmocnosti, o čemž svědčí především její pláč v nočních hodinách nad bezvýchodnosti situace. Toto se však změnilo v době, kdy měla matka nehodu, a otec se rozhodl jít na léčení. V dnešní době jsou již jejich vztahy v pořádku.

Poznatky respondentek z rozhovorů k oblasti vztahu se závislým

R1 - opustila partnera alkoholika, u kterého zaznamenala především výraznou změnu v chování. Zatímco dříve byl plný energie, v poslední fázi jejich vztahu již byla téměř na vše sama. Scházela jí především komunikace. Ideální vztah je pro ni především o vzájemném rozhodování, podpoře a jeho budování oběma zúčastněnými stranami.

R2 – přetrvává ve vztahu se závislým, který se snaží léčit. To, že se mu to nedaří, vyčítá jeho slabé vůli, i přesto se jej však snaží podpořit. R2 si je vědoma toho, že neustálé požívání alkoholu vedlo ke změně chování i u jejího partnera, přesto však věří v jeho budoucí vyléčení. Ideální vztah pak pro ni představuje především respekt mezi oběma partnery, jejich vzájemné naslouchání a schopnost dělat kompromisy.

Vyjádření respondentek z rozhovoru ke skupině AL - Anon

R1 - Důležitost Al – anonu je pro ni v tom, že může sdílet své problémy s lidmi, kteří se jí nevysmějí a neodsoudí ji. Vzájemná pomoc i jiná perspektiva na daný problém je pro ni přínosem. Díky této skupině našla odvahu opustit svého závislého partnera.

R2 –Al –anon ji pomáhá nacházet řešení pro, z jejího pohledu, bezvýchodnou situaci. Radí jí jakým způsobem reagovat na určité situace spojené se závislostí jejího partnera. Našla zde osoby, které v současné době považuje za přátele.

9 VYJÁDRĚNÍ K PLATNOSTI HYPOTÉZ

Hypotéza č. 1: Předpokládáme, že více jak 50% respondentů mělo alespoň jednoho rodiče závislého na alkoholu.

Většina respondentů vyrůstala v úplné rodině a netrpěli nedostatkem zájmu o ně samé. Jak ale vychází z teoretických poznatků věnovaných tomuto tématu, závislost v primární rodině je častým důvodem pro vznik kodependence. Z našeho výzkumného šetření vyplývá (viz. tab. č. 8), že z celkového počtu 33 respondentů mělo 82% (27) respondentů alespoň jednoho rodiče, který trpěl závislostí na alkoholu. Z uvedených výsledků tedy vyplývá, že hypotézu č. 1 **přijímáme**.

Hypotéza č. 2: Předpokládáme, že více jak 50% respondentů zažívalo v dětství negativní pocity, jako je strach, napětí v rodině a stud za rodiče.

Z teoretických východisek vyplývá, že většina kodependentů by měla pocházet ze špatného rodinného zázemí. Zaměřili jsme se na negativní pocity, jako je strach, napětí v rodině a stud za rodiče. Ze zjištěných výsledků můžeme konstatovat, že v případě strachu, jej v dětství prožívalo 100% (33) respondentů (viz. tab.č.14), napětí v rodině připouští také 100 % (33) respondentů (viz. tab. č. 13) a stud za rodiče pociťovalo 73% (24) respondentů (viz.tab.č. 16). Z výše uvedených výsledků hypotézu č. 2 **přijímáme**.

Hypotéza č. 3: Předpokládáme, že bude více respondentů, kteří v dětství potlačovali své pocity.

Potlačování vlastních pocitů je v rodině závislých běžné. V tabulce č. 12 je zcela jasně vidět, že tomu tak bylo i v rodinách našich tázaných. 73% (24) z nich své pocity potlačovalo, zatímco pouhých 27% (9) zaznačilo, že tomu tak nebylo. Na základě těchto výsledků tedy můžeme hypotézu č. 3 **přijmout**.

Hypotéza č. 4: Předpokládáme, že bude více respondentů, kteří se nesvěřují svým rodičům a ani by je nevyhledali v případě problému.

Na základě teoretických poznatků lze říci, že rodinné zázemí je jedním z činitelů kodependence. Na to jaký k nim mají respondenti vztah, nám odpovídá především tabulka č.

11. Zde se dozvíme, že se svým rodičům spíše nesvěřuje 45% (15) dotázaných a vůbec se jim nesvěřuje 18% (16). Na základě těchto výsledků můžeme první část naší hypotézy přijmout, avšak v druhé části týkající se kontaktování rodičů v případě problému tomu tak není. Celých 45% (15) by své rodiče spíše kontaktovalo a 27% (9) by jejich pomoc vyhledalo určitě.

Hypotézu tedy **nepřijmáme**.

Hypotéza č. 5 - Současný vztah respondentů s jejich závislými partnery neodpovídá jejich představám o vytouženém vztahu.

Této hypotéze se věnovala třetí část dotazníku. Bylo zde uvedeno několik tvrzení, úkolem respondenta pak bylo do dvou tabulek umístěných vedle sebe, z nichž jedna označovala vztah se závislým, druhá pak ideální, zaznačit jak dalece s tímto tvrzením souhlasí. Na základě této otázky pak byla vytvořena tabulka č. 19, věnující se vztahu se závislým a tabulka č. 20, věnující se vztahu ideálnímu.

Při porovnání těchto tabulek pak vyšli najevo některé skutečnosti. Zatímco v ideálním vztahu se téměř všichni respondenti ztotožnili se všemi tvrzeními, ve vztahu se závislým tomu bylo přesně naopak.

Ideální vztah by měl podle respondentů mít tyto charakteristiky: loajálnost vůči druhému (100%), otevřenost vůči druhému (100%), věrnost (100%), důvěru mezi partnery (97%), dávání a brání v rovnováze (97%) apod. Jen jedno tvrzení se od ostatních mírně lišilo. Znělo: „Trávíme společně mnoho volného času“ zde se respondenti rozdělili do dvou velkých skupin první s odpovědí ano (39%) a druhá spíše ano (58%).

Při vyhodnocování druhé tabulky, popisující vztah se závislým se pouze u dvou tvrzení objevilo více souhlasných označení. Tato se týkala hloubky vztahu a vášně v něm. Pro 33% respondentů je vztah se závislým hluboký a pro 45% vášnivý. Naopak většině z nich v tomto vztahu schází komunikace (91%), společná rozhodnutí (76%), respekt (58%), loajalita (48%), příjemná domácí atmosféra (88%) apod.. 94% z nich dokonce uvádí, že spolu netráví žádný volný čas.

Na základě vyhodnocení 3 částí dotazníku pak můžeme hypotézu č. 5 **přijmout**.

Hypotéza č. 6- Předpokládáme, že většina respondentů bude inklinovat k nějaké formě závislosti.

Kodependenti jsou velmi často i z řad závislých, proto jsme se hypotézou č. 6 snažili tuto informaci vysledovat. Na základě výsledků tabulky č. 18, která uvádí, že 73% (24) osob z našeho vzorku má sklon k závislosti a 27% (9) jej naopak nemá, lze jednoznačně říci, že tuto hypotézu **přijímáme**.

Hypotéza č. 7- Předpokládáme, že přínosem z návštěv skupiny Al-Anon bude zlepšení komunikace respondentů v rámci jejich rodiny.

Přestože skupina Al – anon má na své členy bezpochyby velmi dobrý vliv, v této hypotéze nás zajímalo především to, zda je hlavním přínosem právě zlepšení komunikace v rodině. Tabulka č. 27 nám jasně ukazuje, že tomu tak je, neboť 61% (20) tázaných na otázku, jak se změnila vaše rodinná situace po návštěvě Al anonu, uvedla právě zlepšení komunikace v rodině.

Hypotézu tak na základě výše uvedených skutečností můžeme **přijmout**.

Hypotéza č. 8: Předpokládáme, že nejdůležitějším motivátorem pro setrvání ve skupině Al-Anon je zlepšení rodinné situace.

Co motivuje samotné respondenty k návštěvě skupiny Al – anon můžeme zjistit díky tabulce č. 28. V ní se dočteme, že zlepšení rodinné situace vidí jako hlavní motiv pouze 9% (3) tázaných. Častějšími motivy bylo především vědomí, že kodependent není v této situaci sám 45% (15) či zvýšení vlastního sebehodnocení 36% (12).

Na základě výše uvedených údajů tedy hypotézu **nepřijímáme**.

10 DISKUZE

Tématu kodependence je doposud v ČR věnováno relativně málo pozornosti. Zájem českých výzkumníků o toto téma je minimální a česky psané literatury nedostatek. Většina zahraniční literatury navíc čerpá především z knihy Charlese Whitfielda *Co-dependence: healing the human conditions*, pro samotné autory je zřejmě jakousi biblí tohoto tématu.

V současnosti navíc zaznamenáváme neustále se zvyšující počet osob, které mají problém nejen s alkoholem, ale i s jinými typy návykových látek. Přestože v celkovém průměru Evropské unie spotřeba alkoholu na osobu klesá, Česká republika má v tomto směru přesně opačný vývoj. Zatímco před rokem 2000 se spotřeba alkoholu pohybovala kolem 13 litrů za rok, dnes již přesahuje litrů 15. Je tedy vysoce pravděpodobné, že současně s tím roste i počet těch, kteří jsou spoluzávislí. Je velkou škodou, že lidé jsou v tomto směru velmi málo informovaní. Pomoc, která by pro ně byla tolik potřebná, se jim díky tomu nedostává a oni tak mohou padat hlouběji do propasti svého vlastního onemocnění.

Z našeho výzkumného šetření vyplývá, že mnozí z tzv. spoluzávislých si ani neuvědomovali své onemocnění, dokud je někdo nenapojil na skupinu Al-Anon. Také ve výzkumu se potvrdilo, že všichni vnímají pomoc této organizace jako potřebnou, shodují se na tom, že přináší velký užitek a pomohla jim k vyřešení mnoha problémů týkajících se jejich vztahu se závislými. Nemluvě o tom, že je tato skupina obohatila i o nové přátele z vlastních řad, vždyť co sblíží více, než společné téma hovoru? Musíme konstatovat, že i pro nás byla setkání s členy skupiny Al-Anon obohacující zkušeností. Nejen, že vyprávění ostatních bylo zajímavé a poučné, ale napomáhá k lepšímu pochopení problémů kodependentů z jejich perspektivy.

Samotná nemoc vzniká většinou v dětství a to v primární rodině. Rodina je pro vývoj dítěte nezbytně nutná, formuje jeho hranice, dává mu prostor k osobnostnímu růstu, tvoří mu náhled na svět a připravuje jen na navazování sociálních vztahů. Dospělí kodependenti velmi často pocházejí z rodin, kde jsou řešeny některé formy závislostí, vyskytuje se v nich násilí, duševní nemoci, nebo je zde existence extrémních sociálních bariér. Také špatně nastavená forma výchovy bývá jedním z prvků, které mohou kodependenci zapříčinit. Z našeho výzkumu pak vyplývá, že primární rodina budoucího kodependenta se vyznačuje určitými

společnými rysy, jde zde především o pocíťování napětí v rodině, špatné výchovné postupy (zastrašování dětí, protichůdné požadavky apod.) a v neposlední řadě i stud za rodiče.

Snažili jsme se v rámci této diplomové práce sestavit alespoň základní teoretické poznatky o tomto onemocnění do určitého systému, který by mohl být nápomocen spoluzávislým osobám k tomu, aby pochopili, že jde o progresivní nemoc a že nejen oni tímto problémem mohou trpět. Především proto jsme si jako hlavní cíl zvolili vytvořit ucelený souhrn informací o kodependenci a za pomoci dílčích cílů zanalyzovat působení původní rodiny na vznik kodependence a prozkoumat důležitost podpůrných programů pro partnery závislých. Jak jsme se již v naší práci zmínili, v české odborné literatuře se nenachází ucelená publikace zabývající se pouze touto problematikou, proto věnujeme jeden výtisk naší práce skupině Al-anon, snad jim tato práce může posloužit jako informační materiál pro nově přichozí. Z teoretické části mohou získat základní přehled o tom, co kodependence je a z výsledků praktické části mohou vyčíst společné charakteristické znaky vyskytující se u kodependentů, které jim mohou pomoci identifikovat tyto znaky i u nich samotných. Skutečnost, že skupina Al-Anon je svými členy hodnocena nanejvýš pozitivně, by mohla zvýšit jejich motivaci ke spolupráci ve skupině.

Uvědomujeme si, že výzkumný soubor není natolik reprezentativní, abychom mohli vyvozovat obecně platné závěry. Přesto si trůfáme tvrdit, že výpovědní hodnota našeho výzkumu je poměrně významná, jelikož se tomuto tématu v našich podmínkách příliš mnoho výzkumů nevěnuje.

Přes výše uvedené skutečnosti, je škoda, že se k rozhovoru neodvážilo více členů skupiny Al – anon, což mohlo výzkum v mnohém obohatit. Jen doplňující rozhovory, i přesto, že jen s dvěma členkami tohoto seskupení, vedly k rozšíření výzkumu. Konkrétní příklady a zážitky jsou vždy lepší, než strohé odpovědi v dotaznících. Otevřenost členů Al-Anonu sice byla očividná, nicméně o osobních zkušenostech se bylo ochotno podělit jen pár z nich. Je to velká škoda, neboť každý příběh je jiný a mohl by rozšířit náš pohled na tuto problematiku.

Skupina Al-Anon sice velmi pomáhá svým členům, domníváme se však, že by své služby mohla ještě obohatit. Především co se týče informovanosti o kodependenci. Jakákoliv osvěta v tomto směru by, dle našeho názoru, mohla vést k uvědomění si svého onemocnění u

dalších osob. Tato by pak mohla vést k samotné návštěvě této skupiny a k možnosti vymanění se z vlivu závislé osoby.

Domníváme se, pokud bychom se v budoucnu rozhodli tento výzkum rozšířit, že delší časové období by bylo nutné pro získání důvěry kodependentů. Následně by se pak práce mohla obohatit o více rozhovorů, které bychom, po zkušenostech z tohoto výzkumu, zaměřili více na dětství kodependentů.

Při analyzování výsledků nás pozitivně překvapilo, že všichni respondenti dotazník odevzdali kompletně vyplněn a navíc často s poznámkami na zadních stranách. Také jsme při sezení skupiny A1 – anon zaznamenali velice přátelskou a uvolněnou atmosféru, vzhledem k tomu jaký druh problému řeší, jsme očekávali pravý opak.

11 ZÁVĚR

Cílem praktické části práce byla analýza primární rodiny kodependentů, zjištění kvality současného partnerského vztahu a zhodnocení důležitosti podpůrných programů pro partnery závislých.

. Výzkumného šetření se účastnilo 33 respondentů navštěvující skupinu Al-Anon a se dvěma respondentkami byl proveden rozhovor. Na základě kvalitativního a kvantitativního zpracování výsledků našeho výzkumu můžeme vyslovit následující závěry:

- Na vzniku kodependence se významně podílí primární rodina.
- U většiny respondentů byl alespoň jeden z rodičů závislý na alkoholu.
- Většina respondentů zažívala v dětství pocity studu, strachu, napětí, či byli nuceni potlačovat své vlastní pocity.
- U většiny respondentů lze usoudit, že jejich současný vztah neodpovídá jejich představám vztahu ideálního.
- Většině respondentů schází v současném vztahu otevřenost, loajlnost, důvěra, společné rozhodování, ale hlavně komunikace.
- Většina respondentů vnímá pomoc skupiny Al-Anon pozitivně.
- Většina respondentů navštěvujících skupinu Al-Anon déle než dva roky, udržuje s ostatními ze skupiny komunikaci i mimo skupinu.
- U většiny respondentů došlo po několika návštěvách skupiny Al – anon ke změně v rodinné situaci.
- Většina respondentů díky skupině Al – anon našla nová přátelství.

Za pomoci kvalitativního výzkumu - metody zakotvené teorie byla stanovena centrální kategorie, která se prolíná všemi směry tématu spoluzávislost. Tato pak byla pojmenována závislost. Ať už šlo o závislost rodičů, partnerů, či její léčbu za pomoci skupiny Al- anon.

12 SOUHRN

Závislost má mnoho forem, člověk může být závislý na halucinogenních, psychotropních látkách, internetu, sexu, na automatech apod. nejznámější formou závislosti je však alkoholismus.

Pojem kodependence, neboli spoluzávislost, je poměrně nový. Jednoduše můžeme konstatovat, že lidé, kteří kodependencí onemocněli, na sebe přebírají problémy jiné osoby, v našem případě závislého na alkoholu.

Diplomová práce je tvořena ze dvou hlavních částí. Hlavním cílem teoretické části bylo zmapování poznatků této problematiky a vytvoření komplexního souhrnu informací o kodependenci. zde jsou definovány základní pojmy jako je závislost či spoluzávislost. Dále se zde zabýváme historií samotného slova spoluzávislost, popisujeme hlavní charakteristiky, vznik a průběh kodependence, její fáze, stádia a možnosti léčby. V této části je také popsána skupina Al – anon, která je podporou pro rodinné příslušníky, kolegy, přátelé a jiné, kteří jsou ovlivněni jednáním alkoholika. A která byla nápomocna při samotném výzkumném šetření

Hlavním cílem praktické části byla analýza primární rodiny kodependentů, zjištění kvality současného partnerského vztahu a zhodnocení důležitosti podpůrných programů pro partnery závislých. Za pomoci dotazníkového šetření, kterého se zúčastnilo 33 osob a následných dvou rozhovorů, jsme mohli dojít k výsledkům.

Výsledky byly tedy zpracovány jak kvantitativně, tak i kvalitativně. Kvantitativně byly zpracovány výsledky z dotazníku, které byly interpretovány ve třech částech. První část se zabývala původní rodinou tázaného, třetí byla věnována vztahu respondenta se závislým, a poslední pak byla soustředěna na skupinu Al-Anon a její přínos.

Kompletně všechna dostupná data, včetně dvou rozhovorů, byla následně zpracována kvalitativně, metodou zakotvené teorie. Pomocí této metody se nám podařilo vytvořit šest konceptů otevřeného kódování. Tyto jsme pak nazvali „nesprávná výchova“, „špatná rodinná atmosféra“, „změna v chování partnera“, „vztah se závislým je daleko od ideálu“ a „pozitivní ohlas na skupinu Al-Anon“. Tyto koncepty pak ukazovali na určité pravidelnosti, na jejichž

základě byly přiřazeny do pěti kategorií. Tyto kategorie se zabývali původní rodinou, vztahem se závislým, vlastními pocity, skupinou Al-Anon a změnou v jejich životě.

Následovala technika axiálního kódování, kde byly kategorie otevřeného kódování včetně jejich vlastností přeskupeny do nového modelu, který vyjadřoval vztahy mezi jednotlivými kategoriemi. Zde byly stanoveny příčiny vzniku spoluzávislosti, charakteristiky vztahu se závislým, možnost léčby pomocí skupiny Al-Anon a následná změna v životě díky pomoci této skupiny.

V rámci selektivního kódování pak byla vytvořena centrální kategorie, která souvisí se všemi částmi jejího výzkumu. Vznik této kategorie pomohl odhalit, že pokud se se závislostí dostaneme do styku v dětství, je zde vysoká pravděpodobnost, že se spoluzávislosti nevyhneme.

SEZNAM POUŽITÝCH PRAMENŮ A LITERATURY

1. Anderson, P., Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe A public health perspective: A report for the European Commission*. Luxembourg: European Communities.
2. Anderson, P., Møller, L., Guaden, G. (2012). *Alcohol in the European Union Consumption: harm and policy approaches*. Denmark: World Health Organization.
3. Bartko, D. (1990). *Moderná psychohygienu*. Bratislava: Obzor.
4. Beattie, M. (1992). *Codependence no more*. USA: Hazelden.
5. Cermak, T. L. (1986). *Diagnosing and treating co-dependence*. USA: Hazelden.
6. Dušek, K., Večeřová- Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing.
7. Ehrman, J., Hůlek, P. a kolektiv (2010). *Hepatologie*. Praha: Grada Publishing.
8. Frouzová, H (2003). Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup. In: Kalina, K. a kolektiv (Ed.) *Skupiny s blízkými závislého (77-84)* Praha: Úřad vlády ČR.
9. Göhlert, F. CH., Kühn, F. (2001). *Od návyku k závislosti*. Praha: IKAR.
10. Helus, Z. (2004). *Dítě v osobnostním pojetí*. Praha: Portál.
11. Hendl, J. (2005) *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
12. Hubínková, Z. a kolektiv. (2008) *Psychologie a sociologie ekonomického chování*. Praha: Grada Publishing.
13. Kalina, K., (2008). *Terapeutická komunita – Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada publishing.
14. Kalina, K. a kolektiv (2008) *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

15. Kudrle, S. (2003). Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup. In: Kalina, K. a kolektiv (Ed.) *Psychopatologie závislosti a codependence*. (107-114) Praha: Úřad vlády ČR.
16. Matějková, E. (2009). *Řešíme partnerské problémy*. Praha: Grada Publishing.
17. Matoušek, O. (1993). *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství.
18. Miller, A. (2001). *For Your Own Good: Hidden Cruelty in Child-Rearing and the Roots of Violence*. New York: Farrar&Straus&Giroux.
19. Nechanska, B a kolektiv (2011). *Uživatelé alkoholu a jiných drog ve zdravotnické statistice od roku 195*. ÚZIS: Praha.
20. Nešpor, K. (2007). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
21. Profous, J. (2011). *Průvodce alkoholovou závislostí*, Praha: Galén.
22. Skála, J. (1986). *Novinky v medicíně*. Praha: Avicenum.
23. Skála, J. a kolektiv. (1987). *Závislost na alkoholu a jiných drogách*, Praha: Avicenum.
24. Strauss, A., Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert.
25. Subby, R. (1984). *Codependency: An emerging Issue*. Pompano Beach: Health Communications.
26. Truhlářová, Z., Smutek, M. (2006). *Riziková mládež v současné společnosti*. Hradec Králové: Gaudeamus.
27. Venglářová, M. (2008). *Průvodce partnerským vztahem*, Praha: Grada Publishing.
28. Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál.
29. Whitfield, Ch. L. (1991). *Co-dependence: healing the human conditions*. Deerfield Beach: Health Communications.

30. Zášková, H. (1998). *Psychosociální problémy adolescentů*. České Budějovice: JU, ZF.

Časopisecké zdroje

31. Laskovská, Š. (2007). Kodependencia. *Psychiatrie pro praxi*, 4, 162-164.
32. Novotný, M. (2008). Koho máme před sebou, krizové stavy spoluzávislého. *Magazín pro poradenství*, 2, 3-4.

Internetové zdroje

33. Boučková, M., *Alkoholismus – Rodinná nemoc* [online]. ©2007 [cit. 5. 1. 2012].
Získáno z: <http://www.codependency-info.com/treatment-program.htm>
34. McGinnis P., B., *Codependency-Abandonment of Self* [online]. ©2009 [cit. 10.1. 2012]. Získáno z: <http://www.dr-mcginnis.com/codependency.htm>
35. Plocová, M., *Spoluzávislost* [online]. ©2007 [cit. 5. 1. 2012]. Získáno z <http://www.monikaplocova.cz/clanky/specifika-zavislosti/spoluzavislost.html>.

Ostatní zdroje

36. Interní zdroje Al-Anon
37. Al-Alteen – skupina Al-Anon určená pro náctileté

PŘÍLOHY

Příloha č.1 - Dotazník

Příloha č.2 - Rozhovor s členkami Al-Anon

Příloha č. 3 – Spotřeba alkoholu na osobu ve srovnání ČR a EU

Příloha č.1 - Dotazník

Dotazník

Vážení,

dovoluji si Vám předložit dotazník, který slouží ke zpracování mé diplomové práce a je zaměřen na analýzu vlivu původní rodiny na kodependenci a na důležitost skupiny AL ANON. Tento dotazník je zcela anonymní a výsledky tohoto dotazníkového šetření nebudou žádným způsobem zneužity. Poslouží pouze pro účely diplomové práce.

Své odpovědi prosím zakřížkujte. Pokud není uvedeno jinak, označte vždy jen jednu odpověď. Pokud byste chtěli k tématu, nebo k některým otázkám doplnit nějakou vlastní zkušenost, či poznámku, prosím použijte zadní stranu tohoto dotazníku. Předem děkuji za vyplnění.

I. Část

1. Pohlaví:

muž

žena

2. Věk:

3. Prosím uveďte své vzdělání

základní

odborné středoškolské – ukončeno výučním listem

úplné středoškolské – ukončeno maturitním vysvědčením

vysokoškolské

4. Jste věřící?

ano

ne

II. Část

1. Během dětství jsem žil s oběma rodiči:

ano

ne.....Co bylo důvodem?

rozvod rodičů

smrt

jeden z rodičů se nemohl podílet na výchově

nevím

jiný důvod – prosím

doplňte.....

2. Měl někdo z Vašich rodičů problém se závislostí?

ano

ne

3. Máte pocit, že Vám rodiče jako dítěti nevěnovali dostatek pozornosti?

ano

ne

4. Následující otázky se týkají Vaší výchovy:

- a. Zastráhovali Vás někdy Vaši rodiče? ano spíše ano spíše ne ne
- b. Ponižovali Vás rodiče? ano spíše ano spíše ne ne
- c. Opovrhovali Vámi? ano spíše ano spíše ne ne
- d. Jejich žádosti byli protichůdné? ano spíše ano spíše ne ne
- e. Izolovali Vás rodiče od přátel? ano spíše ano spíše ne ne

5. Následující otázky se týkají Vašeho vztahu k rodičům:

- f. Můžete s nimi počítat v případě, že máte problém? ano spíše ano spíše ne ne
- g. Svěřujete se jim? ano spíše ano spíše ne ne
- h. Pomáhali jste doma s běžnými domácími pracemi? ano spíše ano spíše ne ne
- i. Pomáhali jste s péčí o sourozence? ano spíše ano spíše ne ne
- j. Máte pocit, že na Vás vaši rodiče kladou vysoké požadavky? ano spíše ano spíše ne ne

6. Jako dítě jsem měl pocit, že mi nikdo nerozumí.

ano

ne

7. V mé původní rodině jsem se naučil potlačovat své vlastní pocity.

ano

ne

8. Cítil jste během dospívání ve Vaší rodině napětí?

ano

ne

9. Zažívali jste v období dětství hodně strachu?

spíše ano

spíše ne

10. Mívali jste během dospívání pocity studu za své rodiče?

ano

ne

III. Část

1. Jak dlouho jste, či jste byl ve vztahu se závislým?

Prosím uveďte.....

2. Máte vy sám sklony k závislostem, nebo jste sám byl závislým?

ano

ne

3. V následujících tabulkách prosím označte křížkem, jakým způsobem následující tvrzení charakterizují Váš vztah se závislým, ať už současný či uzavřený, (tabulka vlevo) a jak by dle Vás měl vypadat hezký vztah (tabulka pravou) Přičemž 1 znamená, že s tvrzením naprosto souhlasíte, 4, že nesouhlasíte vůbec.

	Vztah se závislým				Vztah, po kterém toužím			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Náš vztah je hluboký								
V našem vztahu je hodně vášně								
Jsme citliví na potřeby druhého								
Jsme otevření vůči druhému								
Jsme loajální vůči sobě								
Jsme si věrní								
Vzájemné dávání a brání je v rovnováze								
Mezi námi panuje vzájemná důvěra								
Jsme schopni kompromisu								
Máme respekt jeden ke druhému								
v našem vztahu není rutina ani nuda								
Vztah mě naplňuje pocitem bezpečí								
Trávíme společně mnoho volného času								
Vzájemně spolu komunikujeme								
Společně rozhodujeme při zásadních věcech								
Máme k sobě blízko								
Máme doma veselou atmosféru								

IV. Část

1. Jak dlouho navštěvujete skupinu AL-ANON? (2 měsíce, 4 roky apod.)

Prosím uveďte.....

2. Jak často navštěvujete skupinu AL-ANON? (1x týdně, 2 x týdně apod.)

Prosím uveďte.....

3. Proč jste pro svou „léčbu“ zvolili právě tuto skupinu?

Prosím uveďte.....

4. Máte pocit, že Vám AL –ANON pomáhá při řešení Vašich problémů?

- ano
 spíše ano
 spíše ne
 ne

5. Komunikujete se členy skupiny i mimo sezení?

- ano
 ne

6. V čem Vám skupina pomohla?

- mám vyšší sebevědomí než když jsem skupinu nenavštěvovala
 poskytují mi rady v případě, že nevím jak situaci řešit
 poskytují mi psychickou podporu
 dává mi naději v lepší budoucnost
 mám pocit, že někam patřím
 jiné - prosím uveďte.....

7. Změnila se nějak Vaše rodinná situace po návštěvách této skupiny?

- ano ...uveďte prosím jak:
 opustila jsem partnera
 zlepšila se komunikace mezi mnou a partnerem
 nevím
 jiný důvod – prosím

doplňte.....

- ne

8. Co Vás motivuje k tomu navštěvovat další sezení?

- možné zlepšení situace v mé rodině
 vědomí, že v této situaci nejsem sama
 zvýšení mého vlastního sebehodnocení
 jiné.....prosím uveďte

Příloha č.2 - Rozhovor s členkami Al-Anon

Popiš mi prosím situaci, ve které jsi vyrůstala.

R1: Naši se rozvedli, když mě bylo 8.. Táta byl alkoholik, pamatuju si na něj docela dobře. Dneska už s ním nemám žádné styky. Máma se po rozvodu vdala, druhý táta je fajn. Mám dvě sestry, já jsem prostřední. Když byla mladší v pubertě, mamka to nezvládla a začala pít taky. Na tohle období fakt nerada vzpomínám.....Ted už je to dobré dostala se z toho.

R2: Já se narodila jako chtěné milované dítě a myslím, že brácha taky. Rodiče nás brávali na lyže, k vodě, jezdívало se na dovolené k příbuzným na Slovensko. Nemůžu říct, že bych měla něčeho nedostatek. Jenže táta dostal výpověď, to mi bylo asi 10. Ze začátku se moc snažil, ale vůbec se nedařilo, doma stouplо napětí, protože máma mu začala vyčítat, že se málo snaží, začali se častěji hádat a táta pak chodíval z kdejakých pohovorů (nebo co tím myslel) čím dál později a taky čím dál víc namol. Tak se to táhlo pár let, až když máma měla nehodu a strávila dlouhou dobu v nemocnici a táta se měl o nás postarat. Tehdy mu nějak došlo, že je úplně k ničemu. Domluvil se tehdy po nějaké době svého marného snažení s naší mámou a taky babičkou, která se o nás tehdy postarala, než máma dorazila z nemocnice, a šel na léčení a díky bohu to vyšlo, už abstínuje víc jak 15 let.

V dotazníku jste v otázce č. 4, ta se týkala Vaší výchovy, dávaly především kladné odpovědi, můžete mi dát nějaký příklad toho jak to u Vás doma probíhalo?(zastrašování, ponižování, opovrhování, izolace od přátel, protichůdné žádosti)

R1: To můžu, ty protichůdné žádosti u nás byly běžné....tím že jsem byla prostřední se často stávalo, že pokud jsme něco řešili, tak ani moc nezáleželo na tom, kdo to proved. Abys rozuměla....být prostřední bylo za trest. Nikdy jsem nevěděla, co po mě mamka chce, jednou jsem byla starší sestra a měla jsem se chovat dospěle, a jít příkladem, a na druhý den, při stejné situaci, jsem byla mladší sestra a bylo mi řečeno, že jsem ještě dítě a musím starší sestru poslouchat.

R2: Když táta pil, býval agresivní, stalo se, že i mámu uhodil. Bála jsem se ho tolik, že jsem měla strach chodit domů. Takže u nás vládl, řekla bych, všeobecný strach z toho v jakém stavu dojde domů, jakou náladu bude mít, co se mu zase nebude líbit. Byly to hrozné roky.

S rodiči jste tedy asi neměli zrovna ideální stav, i přesto pokud by jste měly problém šla, bys za nimi? A měli by vůbec tu snahu, aby ti pomohli?

R1: Mamka by asi měla snahu mi pomoci, ale nějak nemám zapotřebí za ni jít. Nikdy jsme si nějak zvlášť nepovídaly. Naopak jsem spíš měla pocit, že jsem se musela starat já o ni.

R2: Dnes už ano. Šla bych i za mámou i za tátou. Nejsme zrovna typ rodiny, co by si denně volali nebo se navštěvovali, ale myslím, že bychom si pomohli. Oni mě i já jim.

Sourozence jste měli obě. Hlídali jste je často?

R1: Dokud s námi bydlela starší sestra, tak to spíše byla její práce, po tom co se odstěhovala pak já. Je o sedm let mladší, takže jsme se dostali do fáze, kdy jsem ji spíše vychovávala.

Vychovávala? A co tvoji rodiče?

R1: Druhý táta byl často pracovně pryč, a mamka pokud nebyla v práci, tak se utápěla v sebelítosti a opíjela se svojí „nejlepší kamarádkou.“ Mladší ségru jsem tedy měla na starosti já. Moc nechápala co se doma děje, myslím, že jsem se ji tehdy od toho snažila chránit a vymýšlela pro mamku nejrůznější omluvy typu „že ji není dobře, že je unavená“ apod. Až později, když byla starší, pochopila sama.

A ty? Hlídala jsi bratra často?

R2: No, ono často je asi relativní pojem. Každý to má nejspíš jinak. Starost o bratra...hm... Já to pocítila nejvíc, když byla máma v nemocnici. Než táta šel na léčení a my k babičce. Brácha byl v té době prcek, takže příprava jídla, oblečení do školy, pomáhání s úkoly, vodění do kroužků apod. byla moje starost, musela jsem zastat mámu. U babičky to už pak bylo lepší, tak jako dříve asi. Vyzvednout brácha z družiny to byl vždycky můj úkol a třeba na koupaliště taky chodíval se mnou. Takové běžné hlídání mladšího sourozence.

V dotazníku byly otázky zaměřené na napětí v rodině, jak se to vnímaly vy?

R1: Přišlo mi, že u nás se přesouvali problémy na neurčito, i když všichni věděli, že tam jsou. Výmluvy na všechno možné a svádění viny jeden na druhého byly na běžném pořádku. Nikdo nechtěl nic řešit a na venek to vypadalo, že je vše v pořádku. Když máma pila, mí přátele to zezáčátku nevěděli, všichni si mysleli jak je prima. Jenže tutlat to věčně nešlo, byla jsem chvílkami strašně unavená z toho všeho, co se kolem děje.

R2: U nás to bylo asi stejné a hlavně těžko můžete dělat, že se nic neděje před okolím, když je u vás každý druhý den kravál, vy jste nevyspaná nebo jdete druhý den do školy napuchlá, protože jste to v noci obrečela. Musím říct, že v té době jsem měla za nejlepší kamarádku spolužačku, která měla doma obdobný problém.....

Co bylo hlavní příčinou strachu, který jste v dětství zažívali?

R1: Ze začátku jsem se strašně bála, že se někdo dozví, jak to u nás vypadá, jako že máma pije, strašně jsem se za to styděla. Postupem času jsem se pak začala bát i o její zdraví.

R2: bála jsem se o mámu, když táta býval zlý.....

Je nějaká situace, kdy ses za svoje rodiče fakt styděla?

R1: Pamatuju si, jak jsem mamku jednou potkala úplně opilou v hospodě, kam jsem šla s přáteli. Narazila hlavou do dveří, netrefila se do nich, když šla na záchod.

R2: když mě táta překvapivě přišel vyzvednout ze sboru, byl jak dělo, nebyl schopný jít rovně a ještě mě chtěl objímat a „dělat“ skvělého tatínka...musela jsem se tehdy studem scvrknout aspoň o půl metru.....

Při představě svého partnera, který byl závislý, co na něm nejvíce oceňuješ a co právě naopak?

R1: Zezačátku jsem na něm oceňovala především smysl pro zodpovědnost, jeho charisma a vtíp. Když jsme se potkali poprvé, hned mě zaujal. Bylo to na jedné akci z práce, bavil celou společnost a do toho stíhal ještě řešit nějaké pracovní problémy. Dneska když si na to vzpomenu, mám pocit, že je z něj úplně jiný člověk.

R2: Manžel s tím pořád bojuje. Oceňuji velmi, že se snaží. Zním ho jako vtipného, milého, romantického a starostlivého muže. Víím, že je to hodný člověk, děti má rád i mě, jen má slabou vůli, a to mě neuvěřitelně štve. Snažím se mu pomáhat, podporovat ho, aby věděl, že ho máme rádi, že se mu snažíme pomoci, ale někdy jsou holt špatné dny a někdy zas ty lepší

Pokud si představíš ideální vztah, jak by měl vypadat?

R1: Hlavně zdravý, aby neleželo břímě rozhodování jen na jednom a aby se na jeho vývoji podíleli oba a ne jen jeden.

Můžeš mi nějak konkrétně přiblížit ten vývoj?

R1: Společně by měli rozhodovat o důležitých věcech, snaha o vyřešení problému by měla taky být z obou stran. U nás to tak třeba ke konci nebylo.....měla jsem pocit, že všechno řeším sama, placení složenek, nákupy, uklízení, návštěvy rodičů, dárky pro ně....prostě všechno. Navíc jsem si o tom ani neměla s kým promluvit. Styděla jsem se přiznat ostatním, že už nemůžu a že toho mám dost.

A tvůj ideální vztah?

R2: asi obdobně, myslím, Partneři by se měli navzájem podporovat, respektovat, naslouchat si, aby si mohli utvořit celek ze svých i partnerových pocitů a názorů a vytvořit tak kompromis.

Ve skupině Al-Anon jste obě poměrně dlouho, čím je pro vás tak důležitá?

R1: Mezi členy jsem konečně mohla mluvit o tom, co mě vážně trápí a nikdo mě neodsuzoval a ani se mi za to nevysmál. Naopak mám pocit, že mi konečně někdo rozumí. Máme hodně společného, pomáháme si navzájem, radíme si nebo probíráme vhodné varianty jak dál, je fajn když to člověk potom vidí i s jiné perspektivy, než jen z té svojí ...

R2: To je pravda, když myslíš, že jde o bezvýhodnou situaci je to zlé, ale když to probereš takhle s lidmi, nejen že se ti uleví, ale kolikrát si uvědomíš, že řešení existuje.

Členové v dotaznících často odpovídali, že se setkávají i mimo sezení

R2: Postupem času se z nás stávají přátelé. Není to tak, že by někdo přišel a šli bychom spolu hned na kafe, nebo tak nějak.....prostě to tak vyplyne ze situace. To, že máme podobné životní osudy, nás hodně sbližuje.

R1: Já mezi členy našla nové přátele. Hodně mi pomohli snad ve všech směrech. Nikdy jsem nebyla na tyhle typy sezení.....ale člověk se potřebuje ze svých pocitů vypovídat. A pokud mu u toho ještě někdo dodá sebedůvěru, je to jen dobře.

Změnila se nějak vaše rodinná situace po tom co jste začali navštěvovat Al-Anon

R1: Ano, začala jsem si vážit sama sebe....a díky tomu jsem opustila partnera.

R2: Ano, potkala jsem lidi, se stejnými a podobnými zkušenostmi, kteří mě poradili jak v určitých situacích reagovat, kdy se z toho nehroutit a jak se k němu chovat když je pod vlivem.

Příloha č. 3 – Spotřeba alkoholu na osobu ve srovnání ČR a EU

