

Univerzita Palackého v Olomouci

**Filozofická fakulta**

**Katedra psychologie**



# **SMYSL ŽIVOTA U ZÁVISLÝCH NA ALKOHOLU**

**MEANING OF LIFE FOR PEOPLE ADDICTED TO ALCOHOL**

Magisterská diplomová práce

Bc. Dominika Samková

Vedoucí práce: PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.

Olomouc 2012

**Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně. Uvedla jsem všechny literární prameny a publikace, ze kterých jsem čerpala.**

V Olomouci dne .....

.....

podpis

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucímu mé diplomové práce PhDr. Martinovi Dolejšovi Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce a za ochotu při poskytování materiálů a rad, které mi byly při psaní této práce velkou oporou.

Dále bych také ráda poděkovala Psychiatrické léčebně v Praze Bohnicích, primáři MUDr. Karlovi Nešporovi, CSc., sestřám na odděleních 31 a 35 a všem pacientům, kteří se ochotně zúčastnili výzkumu.

# OBSAH

I. Úvod .....	5
II. Teoretická část.....	6
1. Závislost na alkoholu .....	6
1.1. Teorie a příčiny vzniku závislostí .....	7
1.1.1. Biologické teorie .....	7
1.1.2. Sociologické teorie.....	8
1.1.3. Psychologické teorie .....	9
1.1.4. Integrativní modely .....	11
1.1.5. Společenské příčiny a jiné faktory .....	11
1.2. Typologie abúzu.....	13
1.3. Vývojová stádia závislosti podle Jellinka .....	14
1.4. Poruchy spojené s užíváním alkoholu.....	15
1.5. Sociální důsledky závislosti na alkoholu .....	17
1.5.1. Selhání v profesní roli .....	18
1.5.2. Selhání v rodinném a partnerském zázemí.....	18
1.5.3. Kriminální činnost spojená s užíváním alkoholu .....	21
2. Smysl života z pohledu existenciální analýzy a logoterapie .....	24
2.1. Definice smyslu života.....	24
3. Logoterapie .....	27
3.1. Hodnoty v logoterapii .....	27
3.2. Popis osobnosti v logoterapii .....	29
3.3. Práce s klientem v terapii .....	30
3.3.1. Svoboda a odpovědnost.....	31
3.3.2. Techniky v logoterapii .....	32
3.4. Logoterapie při léčbě u drogově závislých .....	34
4. Využití terapeutické komunity v léčbě závislostí a základní formy protialkoholní léčby .....	39
4.1. Druhy protialkoholní léčby .....	39
4.2. Komunity v léčbě závislostí.....	41
4.3. Socioterapeutické kluby .....	42
4.4. Profil klienta v terapeutické komunitě .....	44
4.5. Role klienta v komunitě .....	45
5. Výzkumy zabývající se tematikou smyslu života .....	47
III. Výzkumná část.....	50

6.	Cíle výzkumu .....	50
7.	Charakteristika výzkumného vzorku a organizace výzkumu.....	52
8.	Popis použitých metod .....	54
8.1.	Demografický dotazník.....	54
8.2.	Logo-test .....	54
8.3.	Dotazník životní spokojenosti.....	56
8.4.	NEO pětifaktorový osobnostní inventář.....	57
8.5.	Existenciální škála.....	58
8.6.	Deník vývoje smyslu života.....	59
9.	Porovnání skupin čistých alkoholiků a alkoholiků s jinou přidruženou závislostí .....	60
10.	Základní výsledky z použitých diagnostických nástrojů.....	63
10.1.	Výsledky z NEO pětifaktorového inventáře .....	63
10.2.	Výsledky z Dotazníku životní spokojenosti.....	65
10.3.	Výsledky z Existenciální škály .....	67
11.	Vyhodnocení Logo-testu.....	68
11.1.	Čistí alkoholici .....	68
11.2.	Alkoholici s přidruženou závislostí.....	69
12.	Kvalitativní zhodnocení deníku smyslu života .....	70
13.	Diskuze.....	75
14.	Závěr .....	84
15.	Souhrn .....	86
16.	Použitá literatura .....	89

Abstrakt

Seznam tabulek a grafů

Přílohy

## **I. Úvod**

Závislost na alkoholu je v naší společnosti problémem s velkou závažností a její následná léčba může být pro klienty velmi složitou životní cestou. Odborníci přicházejí s různými poznatky a způsoby, jak závislost vyléčit a jak s takovými klienty pracovat. Jedním ze směrů, který pracuje se závislostmi, může být také logoterapie se svým pohledem na důležitost smyslu a existence života.

Při mé práci se závislými pacienty v PL Bohnicích jsem se s pacienty často bavila o tom, co je při léčbě z jejich pohledu důležité, co jim při ní pomáhá a jaký to má účinek. Pacienti často naráželi na téma smysluplnosti toho, co dělají a z jakého důvodu se vlastně léčí. Došla jsem tedy k závěru, že smysl života a jeho existenciální vnímání je jedno z nejdůležitějších témat, se kterými se klienti při léčbě setkají. Zajímalo mě, jakým způsobem mohou klienti tyto otázky zpracovávat a jak je vnímají. Proto jsem chtěla do této problematiky proniknout více odborně a hlouběji. Zjištění míry prožívání smysluplnosti u mužů, kteří se léčí ze závislosti, se tak stalo cílem našeho výzkumu v této diplomové práci.

## II. Teoretická část

### 1. Závislost na alkoholu

Naše republika patří mezi země, kde konzumace alkoholu je součástí určitých kulturních zvyklostí, a proto jeho spotřeba není nejnižší. Podle českého statistického úřadu činila v roce 2010 spotřeba alkoholických nápojů na jednoho obyvatele 170,9 l. Největší spotřebu již tradičně vykazovala spotřeba piva, a to 144,4 l na jednoho obyvatele (staženo z: [http://www.czso.cz/csu/dyngrafy.nsf/graf/cr\\_od\\_roku\\_1989\\_alkohol](http://www.czso.cz/csu/dyngrafy.nsf/graf/cr_od_roku_1989_alkohol)). Tato čísla určitě poukazují na bohatou historii našeho národa spojenou s alkoholem. Např. obliba piva a medoviny byla jednou z hlavních příčin prvního „protialkoholního“ zákona, který vyhlásil Břetislav I. roku 1039. Tento zákon postihoval opilce, ale i krčmáře, kteří jim nalévali. V dávných dobách se alkohol používal např. i při zvláštních náboženských obřadech nebo jako léčebná látka (Popov, in Kalina a kol., 2003). Z dob slovanského osídlování se dochovaly informace o tom, že oblíbenými nápoji byly zkvašený med či pivo z obilného kvasu. S prožíváním různých tradic, hodokvasů a jiných rituálů byla spojená i konzumace těchto nápojů. Jako zajímavost z literatury uvádíme i poukázání na úpadek krále Václava IV, který byl spojován s větší mírou užívání alkoholu a jeho králův konec poukazuje již na znaky alkoholické duševní poruchy. Z této bohaté historie našich předků tak získal národ mnoho tradic spojených s konzumací alkoholu (Řehan, 2007).

Alkohol ve formě vína je lidem znám už více jak osm tisíc let. Můžeme se o něm už dočíst např. v Eposu o Gilgamešovi, který je ze 3. - 4. tisíciletí. Čistý alkohol získali poprvé na jihu Itálie v 11. století. Dostal název „al kuhul“, což v arabštině znamená „něco nejlepšího“ (Šedivý, Válková, 1988).

Jak vysvětlujeme **samotný pojem závislost na alkoholu**? Podle Hoska (1998, s. 10) „závislost na alkoholu znamená, že pití alkoholických nápojů vychází z tělesné potřeby jeho konzumenta. Rozhodujícím motivem pití alkoholu ve všech svých modifikacích není např. žízeň, společenská událost rozmluva s přáteli atd., ale nutnost získat pro své tělo vnitřně odměřenou dávku alkoholu. Po jejím dosažení nastane jakýsi vrchol spokojenosti, který pak lze menšími dávkami udržovat poměrně dlouhou dobu, jež zpravidla uzavírá potřeba spánku.“ Jinými slovy můžeme říci, že závislost na alkoholu lze chápat jako onemocnění, které se postupně rozvinulo u jedince, který byl původně zdravý a vykazuje

určitou řadu příznaků, podle kterých je možno tuto diagnózu určit (Hosek, 1998). **MKN 10** diagnostikuje závislost tehdy, pokud se v průběhu roku projeví alespoň 3 z těchto kritérií:

- craving, tedy silná touha po látce
- snížená sebekontrola při užívání alkoholu
- tělesný odvykací stav, pokud je látka vysazena nebo pokud je její hladina menší
- zvyšující se spotřeba a tolerance dávky, aby dotyčný dosáhl žádoucího stavu
- zanedbávání zájmů
- pokračování v užívání i přes důkazy o škodlivých následcích

## 1.1. Teorie a příčiny vzniku závislostí

Při hledání příčin, které způsobují závislost, narazíme na hlubší motivace a potřeby, které k tomu mohou přispět. Mezi ně patří potřeba vyhnout se bolesti a najít zklidnění. Dále potřeba cítit se energický, výkonný či euforický. V neposlední řadě sem patří i potřeba sebezpřekročení a pocit jednoty se sebou samým nebo Bohem (Kalina, 2008a).

Pokud se zeptáme na příčinu vzniku závislostí, nebude nám na odpověď stačit pouze jedno vysvětlení. Naopak se nám nabídne hned několik teorií, které se zabývají vznikem a vývojem závislostí. Řehan (2007), Heller a Pecinová (1996), Vágnerová (2008) řadí mezi základní výkladové koncepty o vzniku závislosti tyto teorie, o které se v následujícím textu opírám.

### 1.1.1. Biologické teorie

Predispozice k závislosti v tomto případě vytvářejí biologické znaky. Tato teorie vnímá závislost na alkoholu jako nemoc. Jde tedy ruku v ruce s medicínským konceptem o vrozené biologické bázi. **Mezi biologické teorie se řadí: genetická teorie, enzymové teorie, dopamin-endorfinová teorie a neurobiologický model závislosti.**

- **Genetické teorie-** podle této teorie obsahuje genetický kód dispozici, která podmiňuje vznik závislosti a rozvíjí jí. Genetická věda hovoří o tzv. „genu závislosti.“ Zajímavé výzkumy o genetických teoriích uvádí v odborném časopise Alkoholismus a drogové závislosti Novotný (2010). Autor poukazuje



na zjištění, že v rodinách, kde je závislý otec, mají jejich děti vyšší sklon k alkoholismu v těchto procentech: 27 % mužských potomků a 4,9 % ženských potomků. V tzv. rodinných studiích ( familiárných slovensky) zjistila Cottonová (1979 in Novotný 2010), až 6ti násobný výskyt alkoholismu v rodinách alkoholiků.

- **Enzymové teorie** - u jedinců, kteří vykazovali znaky abúzu, byl zjištěn izoenzym pí ADH. Proto se poukazuje na příčinný vztah mezi abúzem a tímto izoenzymem.
- **Dopamin endorfinová teorie** - tato teorie se opírá o tvrzení, které říká, že při požití alkoholu vznikají izochinolinové alkaloidy a ty obsahují opiátové receptory. Ty pak nahrazují endorfíny, které mohou chybět již primárně nebo jsou eliminovány izochinolinovými alkaloidy. Ty vznikají při požívání alkoholu. Pokles těchto alkaloidů vede pak k dalšímu požití alkoholu.
- **Neurobiologický model alkoholové závislosti** - tato teorie je postavena především na zvláštностech uspořádání mozku, na obecném modelu působení alkoholu na mozek a dalších specifických vlastnostech alkoholu působících na mozek. Důležitou součástí této teorie jsou mozkové funkce (psychologická úroveň, buňky, receptory, synapse, úroveň jaderná a vnitrobuněčné informační kaskády).

### 1.1.2. Sociologické teorie

Sociologické teorie hledají příčinu závislosti v makrosociálních proměnných. Z této teorie plyne, že jedinec je součástí společnosti, a proto podléhá zákonitostem jejího fungování (Řehan, 2007).

Jednou ze sociologických teorií jsou **klasické studie**. Ty poukazují na zvyšující míru napětí a sociálních tlaků ve společnosti, která se mění. Mění se i pracovní podmínky, vytvářejí se nové profese a nová technika, což nese i jiné nároky na společnost. Ne každý je schopen se těmito novým podmínkám přizpůsobit a tak vzniká tzv. sekundární negramotnost. Výzkumem klasických studií se věnoval Bales (1946, in Řehan, 2007). Ten analyzoval 4 základní typy požívání alkoholu:

- Abstinentní-alkohol je chápán jako ohrožení základních sociálních norem

- Rituální-v tomto případě je alkohol chápán jako součást rituálů
- Konviviální-alkohol upevňuje vztahy ve společnosti
- Utišňující-konzumace alkoholu pomáhá k osobnímu uspokojení

K doplnění uvádím další dvě zajímavé teorie spotřeby alkoholu (Řehan, 2007). Jsou teorie distribuce spotřeby a teorie anomie. **Teorie distribuce spotřeby** vychází z Ledermannovy křivky distribuce spotřeby. V podstatě se zabývá vztahem mezi celkovým objemem spotřeby a procentem alkoholických problémů. Vidí tak např. korelaci mezi úmrtností na cirhózu jater a spotřebou alkoholu.

**Teorie anomie** potvrdily předpoklad, že anomie (destrukce dosud platných norem např. ve válkách, revolucích či tyraniích) má vliv na spotřebu alkoholu ve společnosti. Pokud nemá určitá část společnosti prostředky pro zajištění svých cílů, pak v této společnosti narůstá procento problémů s alkoholem. Dnes můžeme tento stav přirovnat k nejchudším částem společnosti.

### 1.1.3. Psychologické teorie

Psychické faktory, které zapříčiní vznik závislosti, mohou pramenit z individuálních potřeb člověka, ale důležitým faktorem je i sociální tlak. Může se jednat například o tlak z vrstevnické skupiny. Nejčastěji jde o potřeby jako (Vágnerová, 2008):

- Snaha uniknout něčemu negativnímu
- Dosáhnout pozitivního uspokojení
- Potřeba sociální konformity

Řehan (2007) uvádí **několik základních psychologických příčin vzniku závislosti**. Jedna z tradičních teorií je **teorie redukce tenze**, kterou formuloval Masserman. Ten předpokládal, že drogové účinky alkoholických nápojů redukují tenzi. Pod pojem tenze zahrnoval strach, úzkost, stres a frustraci.

**Teorií inklinací k moci** se zabýval McClelland. Podle něj muži, kteří více aspirovali na zvýšení moci, pili excesivněji, což mělo změnit jejich pocity o vlastní nedostačivosti. Mohli si tak v alkoholické ebrietě odehrát svůj pocit o žádanou pozici moci.

Zajímavý pohled na řešení alkoholismu vytvořil, E. **Berne** s tzv. **transakční analýzou** a „hrou na alkoholika“, do které vstupuje celé rodina jako systém a každý člen rodiny má v této hře svou roli a postavení se kterým může pracovat. Schémata scénářů tak Berne interpretuje do rodinných a sociálních systémů rolí.

Mezi nejvýznamnější psychologické směry, které se zabývaly vznikem a vývojem závislosti na alkoholu však patří především tyto (Řehan, 2007):

- **Hlubinná psychologie** - zaměřuje se především na oblast lidské motivace. Závislost chápe jako problém založený na nějakém konfliktu osobnosti. Nepracuje s mírou závislosti a zaměřuje se spíše na “vyléčení“ primárního problému. V průběhu rozvoje závislosti nebere v potaz možnou deformaci nebo jiný vývoj osobnosti, ale osobnostní ukazatele bere jako věc, která má své kořeny v dětství. Hlubinná psychologie je tak v této oblasti velmi svázána svou doktrínou. I sami hlubinní psychologové říkají, že práce se závislými není s hlubinnou terapií příliš efektivní.
- **Behaviorální psychologie a teorie učení** - behaviorální psychologie bere chování člověka jako nějaký naučený vzorec. Říká, že chování alkoholika je také naučený vzorec a je tedy možné ho „odučit“. Samotné „odučení“ bylo postavené na tom, aby pacient začínal jakoby od začátku a mohl se tedy naučit pít v mezích tolerované konzumace. Tyto pokusy se však ukázaly jako nemožné. Žádoucím výsledkem pro udržení forem chování se stala abstinence.
- **Humanistická psychologie** - příčinu závislosti hledají humanisté v deformaci seberealizačních tendencí, které byly pro jedince přirozené. Závislost vysvětlují jako formu neautentického žití či jako pozvolnou deformaci kognitivních schémat o sobě samém a sociálním prostředí. Stejně tak i V. E. Frankl vidí příčinu alkoholismu ve ztrátě životního smyslu a prohlubující se existenciální frustrace.

#### 1.1.4. Integrativní modely

Zásadním stanoviskem integrativních modelů je funkční skloubení působení různých intervenujících proměnných. Jeden z nejznámějších modelů je **Urbanův integrační model**. Urban však navázal model tří intervenujících proměnných od Kielholze, který rozšířil o čtvrtou proměnnou a vznikl tak tetraedr – propojený systém faktorů, které se podílejí na vzniku závislosti. Jsou to **faktory** (Řehan, 2007).:

- **Farmakologický („droga“)**
- **Environmentální („prostředí“)**
- **Somatický a psychický („onanismus“)**
- **Provokující („podnět“)**

#### 1.1.5. Společenské příčiny a jiné faktory

V předchozích odstavcích uvádíme základní teorie, které zkoumají vznik závislosti. Mezi další významné podněty spojené se vznikem závislosti je jistě i společnost. Konzumace alkoholu doprovázejí různé společenské události, jako jsou večere, různá setkání či oslavy atd. Pokud je alkohol konzumován v nevhodném prostředí, množství a nevhodném věku, tak dochází k zneužívání (misúzu) alkoholu. V této souvislosti zde zmiňuji výzkum Natalie Castellanos a Patricie Conrod (2006), které se zaměřily na výzkum osobnostních rysů u adolescentů, které mohou souviset s jejich psychopatologickým chováním. Účastníci výzkumu byli rozděleni do dvou skupin. Jedna skupina absolvovala kognitivně-behaviorální intervenci zaměřenou na osobnost a druhá skupina byla pouze kontrolní. Autorky zjistily, že účinky kognitivně-behaviorální intervence, které byly zaměřené na prevenci zneužívání alkoholu, mohou také redukovat závažné psychologické problémy u mládeže, jako jsou záškoláctví, abúzus látek a depresi.

**Společenské příčiny**, vedoucí ke zneužívání alkoholu rozdělil Skála (1988, s. 35) takto:

- **„Sbližující účín alkoholu**, který v sobě nese podceňované riziko pro některé jedince.

- **Nedostatečná připravenost** lidí a institucí na správné využívání volného času a nevhodná forma jeho trávení, doprovázená konzumací alkoholických nápojů, především u mladých lidí.
- **Nedodržování zákonných opatření** a požívání, resp. podávání alkoholických nápojů dětem, mladistvým, podnapilým apod.
- **Absence hlubšího životního smyslu**, což vede v době hospodářské hojnosti spíše ke „konzumaci“ života, než k jeho tvůrčímu naplnění.“

K absenci hlubšího životního smyslu bych ráda navázala výzkumem Slabého (2007), který ve své výzkumné práci potvrdil, že závislost spočívá ve ztrátě svobody. Tím také ovlivňuje svobodné rozhodování člověka a omezuje plnost a smysluplnost života.

K uvedeným příčinám řadí Skála (1988 s. 36) také **individuální sklony** vedoucí k závislosti:

- „**Důsledky nepříznivého rodinného prostředí** a nepříznivých zážitků v dětství, mající za následek citovou nezralost a nevyrovnanost jedince (vyznačujícího se psychickou křehkostí a zranitelností), se uplatňují i vůči alkoholu.
- **Výskyt** zneužívání alkoholických nápojů u nejbližších **rodinných příslušníků**, především u otce; jeho špatný příklad vede spíše k napodobování, než aby odrazoval.
- **Zkušenost**, že nepříjemné stavy psychiky (úzkost, napětí, nezdary) se dají rychle a výrazně upravit i nepřilíš velkou dávkou alkoholu, která ovšem v průběhu času postupně stoupá.
- **Mimořádné životní situace**, které alkohol jako by, pomáhají nést, třeba jen dočasně.“

Mezi **další důležité faktory** vzniku závislosti řadí Heller a Pecinová (1996) také:

- Struktury osobnosti postiženého
- Tolerující postoje společnosti
- Dostupnost drogy
- Podnět-startér
- Vznik a opakování situací, v nichž dotyčný dosáhl uspokojení pomocí návykové látky.
- Nepřítomnost jiných dostupných alternativ k řešení situací.

Mezi **sociální faktory**, které zvyšují tendenci užívání psychoaktivních látek, řadí Vágnerová (2008) **společnost, prostředí města, rodinu, sociální skupinu, nižší úroveň vzdělání a sociální deprivaci**.

## 1.2. Typologie abúzu

**Abúzus** vysvětlujeme jako nadužívání alkoholických nápojů, které působí poškození v oblasti psychické i somatické díky dlouhodobému užívání alkoholu (Hartl a Hartlová, 2000).

Vývojem abúzu se zabýval americký psychiatr českého původu **E. M. Jellinek**. Jeho vývojová stádia a 5 základních typů abúzu používáme ještě dnes. **Základní typy abúzu** stanovil podle vnitřních souvislostí Jellinek takto (Kvapilík, 1985; Skála, 1987):

- **Typ Alfa**

Vyskytuje se u lidí s nevyváženou psychikou. Člověk tohoto typu má většinou problémy s vnitřními konflikty. Alkohol tedy užívá především pro jeho anxiolytické účinky odstranění úzkosti. Díky alkoholu se může také lépe sblížit s druhými lidmi. Tento typ závislosti je tedy podmíněn psychogenně. Tento typ abúzu se nevykazuje fyzickou závislostí či progresí. Z alfa typu může vzniknout typ gama.

- **Typ Beta**

Lidé tohoto typu jsou více sociálně konformní. Tento typ abúzu je tedy podmíněn sociogenně. Většinou se jedná o příležitostné požívání alkoholu v nějaké společnosti. Jedinec se přidává k pracovnímu nebo popracovnímu pití, protože se nechce lišit od ostatních, i když sám by neměl potřebu se napít. Jeho motivací je, aby se neodlišoval od ostatních. Většinou nevzniká fyzická závislost, ale je zde možný přechod k typu delta.

- **Typ Gama**

Má také primárně sociální charakter, ale už zde vzniká progresse a závislost na alkoholu, i když jde zprvu o fyzickou závislost. Během gama typ abúzu ke kvalitativním změnám i metabolicky podloženým. Typickými rysy jsou nespolehlivost a poruchová kontrola v konzumaci alkoholu. Dříve byl označován jako anglosaský druh pití alkoholu. Většinou převažuje u mužů.

- **Typ Delta**

V tomto typu se už vytváří somatická závislost na alkoholu. Bývá také označován jako alkoholická toxikománie. Vyznačuje se neustálou konzumací alkoholu s vysokým rizikem poškození (cirhóza, delirium tremens). Jedná se o samotářské pití typické spíše pro ženy. Bývá často dlouho utajován, a proto uniká pozornosti okolí.

- **Typ Epsilon**

Jedná se o typ abúzu, který je označován jako epizodický se změněnou kontrolou. Jinak ho také nazýváme jako kvartální pití, či dipsomanie. Po dlouhé abstinenci či úzu se objeví rozjezd abúzu a ten trvá několik dnů i týdnů. V této chvíli pak dotyčný uživatel alkoholu ztrácí schopnost docházet pravidelně do práce, odchází od rodiny, většinou vše propije a často se zadlužuje.

Vágnerová (2008) rozděluje také závislost na dva typy a to na závislost somatickou a závislost psychickou.

- **Somatickou závislost** lze podle autorky definovat jako stav, kdy se příslušné biologické funkce adaptují na psychoaktivní látku, což může způsobit i zvyšující toleranci. Při vysazení drogy se dostaví abstinční syndrom (Berkow a kol., 1996; Rahn a Mahnkopf, 2000 in Vágnerová 2008).
- **Psychická závislost** se projevuje silnou touhou vzít si dávku drogy, která je těžce přemožitelná. Potřeba vzít si svou dávku se opakuje. Stačí, pokud má uživatel představu, že by svou dávku neměl a už jen ta u něj vyvolává úzkost. Závislý se tak naučil, že mu droga něco přináší (Dögner a Plog, 1999 in Vágnerová 2008).

### **1.3. Vývojová stádia závislosti podle Jellinka**

V této kapitole navazujeme na předchozí typy abúzu. Toto Jellinkovo rozdělení vývojových stádií závislosti se vztahuje především k typům alfa a gama. Skála (1988) popisuje vývojová stádia podle M. E. Jellinka takto:

- **Stádium počáteční** (prealkoholické): V této fázi uživatel poznává účinky alkoholu jako drogy. Zvyšuje frekvence dávky alkoholu pro dosažení „dobré nálady“. V této fázi udržuje uživatel hladinu alkoholu natolik, aby se neopil, ale

zůstal v dobré náladě. Neuvědomuje si, že je v této fázi pro něj alkohol závislostí.

- **Stádium varovné:** Zde dochází už k občasné opilosti, která ale ještě stále není pro konzumenta dostatečným varovným znamením. Mění se způsob a dávky alkoholu. Těmto dávkám se organizmus ještě dovede přizpůsobit. V tomto stádiu je typické pití ve skupinách, kde se odpovědnost za pití lépe „schová“.
- **Rozhodné stádium (krucální):** Do tohoto stádia se dostane každý 7. - 10. závislý uživatel alkoholu. V této fázi se již uživatel stává závislým a přestává ovládat kontrolu nad svým pitím. Typické pro toto stádium je objevování tzv. okének – mezery ve vzpomínkách na to, co se odehrálo předchozí den a s tím je spojená nejistota. Čím dál více se stává, že se piják opije 2 - 3sklenicemi piva či vína. Pokud mu jeho okolí naznačí, že by měl přestat pít, zkusí vydržet bez pití pár dnů či týdnů a nabude znovu ztracenou sílu vůle. Většinou však znovu začne pít a shání důvody pro to, proč to udělal. Vinu přisuzuje svému okolí. Toto stádium trvá léta a někdy i desetiletí.
- **Konečné stádium:** Aby byl závislý schopen pracovat, musí mít tzv. „ranní doušek“, během dne hladinu alkoholu doplňuje. „Tahy“ někdy trvají 2 - 3dny a dochází tak k úplnému fyzickému a finančnímu zničení. Nejvýznamnější je však snížení odolnosti vůči alkoholu. Zvyšující dávky alkoholu způsobí poškození jater a nervového systému. Pro to, aby se dotyčný opil, stačí už ale velmi malá dávka alkoholu. Objevuje se typický třes rukou, křeče, pomočování a jiné příznaky nastupujícího deliria tremens. V této fázi si už většinou každý uživatel většinou uvědomí, v jaké bezvýchodné situaci se nachází. Bez alkoholu to nejde a s alkoholem také ne.

#### 1.4. Poruchy spojené s užíváním alkoholu

V naší společnosti je alkohol jednou z nejvíce užívaných látek s psychoaktivními účinky. Působí na náš organismus tak, že v něm vyvolává útlum a má účinky na centrální nervový systém. Díky tomu může docházet také k onemocněním, které jsou s konzumací



alkoholu spojené přímo nebo nepřímo. Šedivý a Válková (1988) uvádějí, že až 70 % hospitalizovaných pacientů, léčících se na syndrom závislosti na alkoholu, mají některé z následujících tělesných onemocnění. Existuje několik dělení těchto poruch.

Smolík (1996) rozděluje **poruchy spojené s alkoholismem všeobecně** do dvou skupin takto:

- **Poruchy, které souvisí s přímým účinkem alkoholu na CNS** (alkoholová intoxikace, odvykací stav, halucinóza, amnestický syndrom, demence, Wernickerova encefalopatie)
- **Poruchy způsobené chováním spojené s užíváním alkoholu** (abúzus alkoholu, syndrom závislosti)

**Rozlišení poruch spojených s užíváním alkoholu rozlišuje MKN 10:**

F 10.0 – Akutní intoxikace alkoholem

F10.07- Patologická intoxikace alkoholem

F10.2 – Závislost na alkoholu

F10.3 – Alkoholový odvykací stav

F10.4 – Alkoholový odvykací stav s deliriem

F10.52 – Alkoholová halucinóza

Mezi nejvyskytovanějšími onemocněními spojené s užíváním alkoholu řadíme **delirium tremens, alkoholickou halucinózu, alkoholickou epilepsii, Korsakovovu alkoholickou psychozu, alkoholickou paranoidní psychozu, amnestické alkoholové porucha demence**. Alkohol však také devastuje osobnost člověka, což se může odrazit v utváření smyslu života (Řehan, 2007; Nešpor a Csémy, 2001; Vágnerová, 2008).

**Delirium tremens** je alkoholické duševní onemocnění a životu ohrožující stav. Mezi základní příznaky deliria patří třes těla, pocení, problémy se spánkem, celkové vyčerpání a zvýšená teplota, halucinace, narušení orientace místem a časem. V některých případech se může objevit i porucha paměti. V dnešní době již zaznamenáváme velký pokrok v léčbě a to se snížením úmrtnosti. Dříve popisovaly studie až 15 % úmrtnost při deliriu. Novější

postupy pomáhají k tomu, že se nyní pohybuje úmrtnost při deliriu do 1 %. (Mayo-Smith et al., 2005 in Nešpor, 2009).

**Akutní intoxikace** je přechodný stav po požití alkoholu či jiné psychoaktivní látky. Jeho následkem jsou poruchy vědomí, poznávání, vnímání a emotivit či jiných psychofyziologických funkcí (Nešpor, Csémy 2001).

**Škodlivé užívání** má za následek akutní poškození duševní či somatické (Nešpor, Csémy 2001).

**Syndrom závislosti** je diagnóza, která poukazuje na změny v oblasti fyziologické, behaviorální a kognitivní. Užívání návykové látky má v tomto případě u klienta větší přednost než to, čeho si dříve cenil více (Nešpor, Csémy 2001).

**Alkoholická halucinóza** je onemocnění, jehož typickým jevem je pozvolný nástup této poruchy. Hlavním příznakem je sluchová halucinace zpočátku podobná šumu. Nemocný může mít i děsivé sny (Vágnerová, 2008).

Onemocnění **alkoholická epilepsie** závisí na tom, do jaké míry je porušena CNS. Při menším poškození může dojít k jednomu či dvěma záchvatům. Pokud je však porušení mozkové hmoty větší, může být onemocnění trvalé a pacientovi je naordinována antiepileptická léčba (Heller, Pecinovská, 1996).

**Korsakovova alkoholická psychóza** se objevuje při opakovaném deliriu tremens a dlouhodobém abúzu. Dochází při ní k velkému narušení paměti s výskytem konfabulací (Řehan, 2007).

Abúzus alkoholu však může způsobovat i **psychické změny**. Na tyto změny pokazuje Vágnerová (2008). Mohou to být změny **emočního prožívání**, **změny v oblasti kognitivních procesů** (ztráta náhledu, narušené sebehodnocení), **změny v chování** (změny v agresivitě, zvýšená dráždivost) a **osobnostní změny**.

## 1.5. Sociální důsledky závislosti na alkoholu

Důsledky užívání alkoholu jsou jistě ve velké míře zdravotní či psychické, ale neměli bychom zapomínat ani na sociální úpadky, které závislý člověk bez pochyby prožije a musí je řešit. Většinou se tyto sociální obtíže „otevrají“ po ukončení léčby, když se klient vrací

z léčebného procesu již do svého domácího prostředí. Problémy se týkají oblasti rodinné, partnerských vztahů, pracovních povinností. Neměli bychom zapomínat ani na oblast přátel a kamarádů klienta, kteří často mohou mít také sklony k pití. Je tedy na motivaci klienta, jak se s těmito obtížemi vyrovná a jakým způsobem je vyřeší. Samotná společnost toleruje tzv. „společenské pití“, pokud je v určité normě přijatelného chování. Pokud se však alkoholik chová svým typickým způsobem, který je společnosti nepřijatelný, není svým okolím ani společností akceptován. Alkoholik bývá většinou odmítán a vystaven opovržení (Vágnerová, 2008).

### **1.5.1. Selhání v profesní roli**

Pod vlivem alkoholu dochází k častým absencím, upadá pracovní výkonnost a nedodržují se základní požadavky, které jsou od pracovníka požadovány. Člověk závislý na alkoholu trpí také nedostatkem motivace k tomu, aby si hledal novou práci. S tím je spojený úpadek závislého, který bývá při pracovních pohovorech odmítnut, zůstává déle nezaměstnaným a jeho profesní role se ztrácí (Vágnerová, 2008).

Agentura Comservis v roce 2010 provedla výzkum o užívání alkoholu na pracovišti. Výzkum zjistil, že pití alkoholu na pracovišti, jako důvod k propuštění z pracovního poměru se proti roku 2009 dostal z osmnáctého místa na šesté. Je tedy patrné, že tato problematika narůstá (Menšíková, 2011).

### **1.5.2. Selhání v rodinném a partnerském zázemí**

Člověk závislý na alkoholu ničí svou rodinu materiálně, psychicky i sociálně. V takové rodině dochází ke změně rolí, protože závislý neplní své povinnosti a bývá ke svému partnerovi a dětem bezohledný. Často své rodině lže a ztrácí tak svou úctu a důstojné postavení. Členové rodiny k závislému většinou chovají city jako je nenávisť, opovrženost. Často se za něj stydí nebo se ho bojí. U alkoholiků se mění také sexuální apetence a potence, což ovlivňuje také partnerské soužití manželů. Manželský partner závislého často trpí víc, než dotyčný alkoholik. Partner bývá často využíván, ponižován, trpí pocity úzkosti, bezmocnosti a depresemi. Celkově snižuje alkoholik sociální status celé rodiny. Především v malých městech, kde není tak velká anonymita a lidé z okolí si tohoto problému lehce všimnou. Rodina strádá také materiálně, protože alkoholik je v častých

případech vyhozen z pracovního poměru a je těžké si po tom najít dobrou práci. Začít pít mohou i ostatní členy rodiny, a to díky nápodobě a pomocí sociálního učení. Svou roli zde hraje i potřeba uniknout ze strašné situace. Většinou je pak úpadek rodiny velmi rychlý, protože o léčbu v rodině nikdo nestojí (Vágnerová, 2008).

Na **důležitost partnerského vztahu při abstinenci** alkoholika, poukazuje Řehan (2007, s. 90) „, Problematická je rovněž situace, kdy partner již rezignoval na možnost nápravy, je rozhodnutý k rozvodu (již podal žádost) a odmítne spolupráci. Odpadá tak jeden z nejvýznamnějších motivačních vlivů pro pokračování v terapeutické intervenci u klienta.“

Nešpor (2006) na tuto vztahovou myšlenku také navazuje. Podle něj dobré vztahy zvyšují odolnost vůči stresu a dávají pocit bezpečí. **Dobry vztah také dokáže motivovat k překonání závislosti** na alkoholu a dokážou závislého lépe podpořit při abstinenci. Což je dobrý materiál pro následnou manželskou nebo rodinnou terapii. Vztah může být ale také problém. Tzv. „sdílená závislost“ je jedním z nejnebezpečnějších druhů vztahů vůbec. Pokud se jeden z partnerů pokouší o abstinenci, druhý ho lehce může znovu stáhnout k pití. Pokud takovýto vztah končí rozchodem, je to jedna z lepších variant. Bohužel může také končit pro oba partnery katastrofou. Vztah „něco za něco“, kdy jeden z partnerů toleruje pití tomu druhému, ale závislý mu za to dopouští nevěru či hrubost, není také velkým motivačním činitelem pro ukončení závislosti. Dalším druhem vztahů u závislých může být sadistický a masochistický vztah, kdy je závislost záminkou k hrubému sadistickému jednání. Při abstinenci se takový druh vztahu spíše rozpadne. Posledním patologickým vztahem je ten, kdy jeden z partnerů je tzv. umožňovač. Partnera neustále všelijak omlouvá, platí za něj dluhy. Tímto postojem však závislost svého partnera pouze dále posiluje.

**Děti z rodin se závislým rodičem** často bývají touto „výchovnou zkušeností“ negativně ovlivněni. Stává se, že děti těchto rodičů více inklinují k závislostem. Heller a Pecinová (1996) se ve své publikaci zabývají výzkumy z této oblasti. Vyzdvihují především sociální výchovu, která má podle nich větší váhu, než genetické vlohy dětí. Děti alkoholických rodičů, vychovávané v náhradních rodinách, kde rodiče nepili, měly v dospělosti k alkoholu stejný vztah, jako jejich náhradní rodina a nestaly se závislými. Genetické vlohy jsou však nejdůležitější v tom případě, pokud je matka alkoholičkou. U těchto matek byl výskyt dcer alkoholiček až trojnásobně vyšší. Nehledě na možnost

organického poškození plodu u matek alkoholiček. Děti rodin se závislostí mívají také často diagnostikovány duševní poruchy. Mají problémy s prospěchem ve škole, jsou více nemocné, mají méně koníčků a neuplatňují se dobře ve společenském a pracovním životě. Vyskytují se u nich problémy s pozitivním přijetím rodičovských vzorů. Může být tedy ohrožen i jejich psychosexuální vývoj. U dětí může docházet také k tzv. „komplementární roli“. Vágnerová (2008) tento postoj k alkoholu přisuzuje těm dětem, které se nedovedou bránit a nechají se využívat. Mají většinou také nižší sebejistotu a sebehodnocení. Snaží si udržet svého rodiče, protože je to pro ně „normální“ jistota.

**Alkoholik v rodičovské roli**, není zcela schopen plnit svou rodičovskou povinnost. A to především z těchto důvodů (Vágnerová, 2008):

- Závislý rodič může ovlivnit i zdravotní stav svých dětí. Mnohdy nemůže svým dětem poskytovat správnou výživu a hygienickou péči. Důležitou kapitolou je u žen také alkohol v těhotenství a s ním spojený fetální alkoholový syndrom.
- Rodič alkoholik nepříznivě ovlivňuje i psychickou stránku vývoje dítěte. Existuje zde zvýšená možnost, že děti rodičů závislých, mohou trpět určitou formou deprivace. Neumějí často využít svou inteligenci, mají problémy s úspěchem ve škole, trpí různými adaptačními potížemi a poruchami chování. Pokud se dítě identifikuje s rodičem, který je alkoholik, může být jeho vývoj ohrožen a jeho budoucí chování bude problematické.

Důležitým prvkem při výchově dětí, které trpí tím, že mají jednoho rodiče alkoholika, je náhradní rodičovská postava. Takovou náhradní postavou může být prarodič, strýc, teta, rodinný přítel či starší sourozenec. Neměl by se v dětech také pěstovat pocit viny za to, že jejich otec či matka pije. Mohly by si pak takové pocity přenést do dalších vztahů. Naopak by se měl dětem problém srozumitelně vysvětlit poukázat na to, že je to problém, který musí vyřešit dospělí. Pocit dětí, že se mohou na někoho v rodině obrátit a spolehnout se na stabilní prostředí, by měl být nedílnou součástí v jejich životě (Nešpor, 1992).

Jako zajímavou kasuistickou ukázkou, která poukazuje na to, jaký mohou mít děti náhled na problém rodičů alkoholiků, uvádí ve své práci Csémy, Nešpor a Sovinová (2001) tento příklad: *„Máma říká, že táta zase pije. Táta říká, že nepije... Nemohu se v tom vyznat. Musím se snažit přijít na to, jak je tomu doopravdy.“*

Důležitá sociální oblast, která navazuje na předešlou oblast rodinnou, jsou **přátelé**. V tomto sociálním odvětví vidím problém především v tom, že se spousta alkoholiků nedokáže odloučit od svých „píjáčkých známostí“ a i po abstinenci se k nim vrací a může se stát, že znovu recidivují. Každý klient, který se vrací z léčby domů, má problém se začlenit znovu do této sociální role svých přátel. Ale stejný problém může mít i alkoholik, kterému se přátelé smějí za to, že pije. Nešpor (2006) říká, že je potřeba si v tomto položit **motivační otázku: „Co je pro mě důležitější?“**

- Mohou to být **povrchní přátelé**, pro které byl klient spíš kulisou pro popíjení všech u stolu? (Známí se dají ale nahradit lepšími)
- Nebo je důležitější **zdraví, rodina a zaměstnání?** (Hledat cestu k rodině je často více náročné, než si najít nové známé)

Pokud není otec alkoholik schopen vést výchovu, jeho děti přicházejí o dost podstatnou část svého rodinného zázemí. Pro dceru je její otec prvním mužem v jejím životě, ke kterému si může vybudovat pevný vztah. Pro syna je otec ukazatelem mužského světa v oblasti koníčků, sportů, strojů či boje. Bez otcova nadhledu a pomoci, je pro chlapce mnohem těžší se stát mužem a pro dívky je zas těžší vybudovat si nějaký vztah k mužům. O toto vše může alkoholik své děti v životě okrást (Hajný, 2001).

K zjištěním, které potvrzují sociální úpadek u alkoholiků, dospěla Doleželová (2006). Ve svém výzkumu došla k závěrům, že závislost na alkoholu ovlivňuje sociální vztahy. Především působí patologicky na partnerské soužití a na děti, které v tomto prostředí vyrůstají.

### **1.5.3. Kriminální činnost spojená s užíváním alkoholu**

Alkohol je do jisté míry velkým spouštěčem agresivity a s tím je dále spojená i kriminální činnost. V některých případech si mohou závislí obstarávat alkohol i krádežemi nebo si mohou alkohol také nelegálně vyrábět sami. Kriminalita je tedy jeden z dalších sociálních důsledků s patologickým charakterem, které jsou spojené s alkoholismem.

Podle Šedivého a Válkové (1988) jsou to trestné činnosti páchané proti pořádku na veřejnosti, trestné činy hrubě narušující občanské soužití, trestné činy proti životu a zdraví, trestné činy proti svobodě a lidské důstojnosti. Tato kriminální činnost bývá spojena s emočně afektivním jednáním, agresivitou a pudovým chováním. Nejmarkantnější je

trestná činnost na poli dopravy. Velkou skupinu trestné činnosti tvoří také útoky proti majetku, zneužívání cizího motorového vozidla a trestný čin krádeže.

**Trestnou činnost spojenou s konzumací alkoholu můžeme kategorizovat do třech základních skupin (Útrata, 1986):**

- **Trestné činy a přestupky, kdy je konzumace alkoholu a jeho opatření** (za okolností v zákoně uvedených) **znakem skutkové podstaty** (např. trestný čin opilství, trestný čin nedovolené výroby lihu atd.).
- **Trestné činy a přestupky, které jsou spojené s potlačením sociálních a morálních zábran, a to díky konzumaci alkoholu** (slovní napadení, činy manifestující agresivní sklony pachatele, majetková trestná činnost atd.).
- **Trestné činy a přestupky, které jinak souvisí s nadměrnou konzumací alkoholu** (ohrožování výchovy mládeže, trestný čin příživnictví).

Zajímavou výzkumnou činností spojenou s kriminalitou a alkoholem se zabývá Poláčková (2008) ve své výzkumné práci *Nadužívání alkoholu, alkoholismus a kriminalita - psychologické, sociální a právní problémy*. Autorka poukazuje na zvyšování počtu nehod, které jsou způsobené pod vlivem alkoholu. Z tohoto výzkumu lze usoudit, že alkohol hraje v trestných činech velmi důležitou a bohužel častou roli.

Mezi trestné činy hrubě narušující občanské soužití řadíme **dopravní nehody spáchané pod vlivem alkoholu**. V roce 2010 bylo způsobeno 1554 nehod způsobených pod vlivem alkoholu do 1 %. Nad 1 % už to bylo však 3447 nehod, které zapříčinil vliv alkoholu (zdroj: Policie ČR, 2010a).

Následující tabulka ukazuje kriminální činnost způsobenou požitím alkoholu z roku 2011.

Tabulka č. 1: **Kriminální činnost pod vlivem alkoholu v České republice za rok 2011**

(zdroj: Policie ČR, 2011b)

Druh kriminálního činu	Počet skutků
Vraždy celkem	45
Násilné činy celkem	2471
Mravnostní činy celkem	120
Krádeže vloupáním celkem	266
Krádeže prosté celkem	700
Majetkové činy celkem	1393
Celková kriminalita	17168

Důsledky deviantního chování mohou být spojené s alkoholovým opojením. Alkohol tak ničí schopnost předvídat své chování. U některých sexuálních delikventů stačí pouze představa stimulujícího účinku alkoholu k odstranění posledních zábran, aniž by museli vypít žádoucí množství alkoholu. Roli však hraje fakt, zda jde u pachatele o dlouhodobý abúzus, či se jedná o jednorázové požití alkoholu. Naše společnost má spíše restriktivní přístup k problému s alkoholem. Drogová scéna v naší zemi se mění a trestných činů způsobených alkoholem a jinými psychotropními látkami bude přibývat (Brichcín, Spilková, 2002).



## 2. Smysl života z pohledu existenciální analýzy a logoterapie

Tato kapitola se zabývá otázkou smyslu života. Na takovou otázku si můžeme odpovědět mnoha způsoby či různými pohledy. Tímto pojmem se zabývá více psychologických směrů či škol a každá z nich má svou specifickou definici a význam tohoto slova. Nás však bude více zajímat existenciální pohled smysluplnosti člověka, který v souvislosti se smyslem života navazuje na hodnoty a cíle v životě člověka. Kapitola vysvětluje koncepty smyslu života ke sledované problematice.

### 2.1. Definice smyslu života

Na začátku této kapitoly se pozastavujeme nad samotným obecným významem slova smysl. Pokud se podíváme do Slovníku spisovné češtiny (Šmilauer, 1978 in Křivohlavý, 2006), tak zjistíme, že slovo smysl má hned několik významů. Mohou to být významy jako:

- Kladný nebo záporný **mysl otáčení** předmětu kolem hřídele
- Jeden z **pěti smyslů** (smyslové orgány)
- **Myšlenkový obsah určitého výrazu**
- Vyjádření **důležitosti** (mysl rozhodnutí vlády, mysl atentátu)
- **Vyjádření účelu nebo důvodu** (jaký je smysl toho, že stavíte dům na tomto pozemku)
- **Chápání a pochopení** (př. Má smysl pro spravedlnost, nemá smysl pro pořádek)
- **Zaměření lidské existence** (př. Má takový život smysl?)

Křivohlavý (2006) uvádí ve své publikaci několik dělení smyslu:

#### 1. Podle úrovně na:

- **Nižší úroveň smysluplnosti** - vztahuje se ke konkrétním vztahům, př. smysl učení se cizí řeči, smysl přípravy obědu, pokud jsem hladová
- **Vyšší úroveň smysluplnosti** – spojujeme ji s dlouhodobými a širokými vztahy

## 2. Podle vyjádření na:

- **Implicitní smysl** – tento druh smyslu většinou nebývá v řeči více vysvětlován, ale je spíše předpokládán, a proto se domníváme, že je u ostatních stejný, jako je i u nás a tedy obecně chápaný a apriorně daný. Např. smysl k manželství, být otcem, být rodičem či studentem.
- **Existenciální smysl** – jinak řečeno explicitní nebo smysl jednání a bytí. Jde především o pochopení životních událostí, které mají nějaký smysl a nějakým způsobem do života zapadají. Jde tedy o proces hledání a určování životního smyslu.

## 3. Smysl jako idea, smysl jako cíl:

- **Idea** – znamená hledání vlastní idey v životě, která se pojí např. s nějakou událostí (vstup do manželství, nastoupení do práce) nebo se zkušeností či zážitkem (zklamání v důvěře u někoho blízkého, úspěch v práci). Pak je možno smysluplnost života chápat jako interpretaci událostí spojenou s hledání idey.
- **Cíl** – v tomto případě jde o motivy a cíle, které jsou spojeny s dalším životem a událostmi. Jde o to, ujasnit si jaké cíle chci v životě mít, s čímž je spojené zamýšlení nad tím, co znamená žít život smysluplně.

„Smysl života je něco, co lze velmi obtížně definovat, ale co je přesto nutno vyhlížet, přijímat i prožívat“ (Heller, 2005, s. 163 in Křivohlavý, 2006). Raban (2008) popisuje **smysl života jako potřebu orientace v mezních situacích či životních křižovatkách**, kdy jsme nuceni stále se rozhodovat o dalším směřování naší cesty. Podle autora má smysl života větší důležitost, než je schopnost mluvit, myslet nebo chodit.

Nejnámější terapeutický směr, který se zabývá otázkou smysluplnosti života, je bezesporu logoterapie. Tomuto terapeutickému směru se věnuji v další kapitole. Centrem logoterapeutické terapie je otevřít otázku smyslu života a pracovat s ní. Tímto tématem se zabývá ve své publikaci Viktor E. Frankl (2006b). Podle něj je otázka po smyslu života specificky lidská, a proto není výrazem choroby. Pokud hledáme smysl života, je to důkaz lidského bytí vůbec. Frankl zde srovnává smysluplnost lidskou se zvířecí. I zvířata jistě

mají důvod, proč tu jsou, ale těžko by nějaké zvíře nadhodilo otázku smyslu svého života a dokonce ji uvádělo v pochybnost. Pouze člověk tak může zakusit celou problematiku otázky po své existenci. Otázka smyslu života se rozvíjí v průběhu celého našeho života. Pro mladého člověka v pubertě to může být otázka velmi důležitá a dokonce může takového člověka i velmi zdolat. Ale i v tomto případě to není žádný patologický úkaz. Spíše právě naopak. Sám autor poukazuje i na případy, kdy se sám ptal na smysl života při zkušenostech s otřesnými zážitky, které zažil při pobytu v koncentračních táborech. Tyto zážitky sepsal ve své knize „A přesto říci životu ano“ (1996). Jedná se o jednostrannou kritickou analýzu lidské genocidy ve 20. století, která určitým způsobem umožňuje pohled na lidské bytí a tedy také na “smysl”.

### 3. Logoterapie

Logoterapie jako jedna z terapeutických škol vznikla ve třicátých letech 20. století. Jejím zakladatelem byl **Viktor Emil Frankl**. Původně to byl antropologický směr, který doplňoval tehdy nejrozšířenější psychoterapii Freuda a Adlera. Logoterapie a existenciální analýza vnímá člověka jako bytost, která má možnost sama utvářet svůj život. Mezi stěžejní pojmy, které jsou pro tento směr typické, řadíme: **osobu, existenci, hodnoty, svobodu rozhodnutí, zodpovědnost a smysl** (Božuková, 2010 in Vybíral a Roubal, 2010).

Logoterapie je terapeutický přístup, který vychází z existenciální analýzy lidského bytí. Stěžejním základem je tzv. „vzdoromoc“ lidského ducha, tedy schopnost samostatného aktivního postoje. Naplnění života smyslem je v logoterapii hlavním krokem, na který navazují další rozборы hodnot, vztahů a jiných věcí (Balcar, 1995a).

#### 3.1. Hodnoty v logoterapii

Křivohlavý (2006) ve své publikaci „Psychologie smysluplnosti existence“ poukazuje na smysluplné pojetí hodnot, které vychází z pojetí cílesměrné aktivity člověka. Hodnoty můžeme vnímat jako určité zobecnění člověka, které má kořeny v jeho zkušenostech.

Podle Längleho (1997) hovoří existenciální nauka o hodnotách jako o důvodu, proč dává člověk přednost určitému jednání před jiným. Hodnoty můžeme vnímat jako určité výzvy, se kterými se má člověk spojit a má k nim uchovávat vztah (staženo z <http://www.slea.cz/index.php/odborne-texty-mainmenu-2/6-alfried-langle/8-alfried-langle-pritakani-zivotu>).

Důležitý a vzájemně se ovlivňující vztah mají mezi sebou **hodnota a cíl**. Cíl dává všemu, co směřuje k jeho dosažení, kladnou hodnotu a hodnota pak zase ovlivňuje volbu cílů, přičemž sám cíl dostává hodnotu od svého vyššího cíle, který je mu nadřazený (Křivohlavý, 2006).

Velice zajímavě píše Frankl (2006a, s. 61) o hodnotách ve své knize „Lékařská péče o duši“, ze které bych chtěla citovat tuto úvahu o hodnotách: „Jak často se přece stává, že nám některý z našich pacientů tvrdí, že jeho život nemá žádný smysl, že jeho činnost

postrádá vyšších hodnot. Takovému člověku musíme poukázat především na to, že je nakonec lhostejné, kde člověk stojí v povolání, co dělá; daleko spíše záleží na tom, jak pracuje, zda místo, na které byl jednou postaven, skutečně také zastává. Důležité tedy není, jak velký je jeho akční rádius; důležité je pouze, plní-li okruh svých úkolů. Jednoduchý člověk, který skutečně splnil konkrétní úkoly, které mu může ukládat povolání a rodina, je přes svůj „malý“ život „větší“, než třeba „velký“ státník, který může škrtnutím pera rozhodovat o osudu milionů, ale činí svá rozhodnutí nesvědomitě.“ Tato slova bychom také mohli spojit s problémy alkoholiků, kteří mají často problémy s vyššími hodnotami.

V logoterapii je smysl úzce svázán i s hodnotami. Frankl (2006a) mluví o hodnotách jako tzv. smyslových univerzáliích, které existují nad smyslem. Hodnoty souvisejí se svobodou a odpovědností (u alkoholiků se toto může vytrácet), kdežto smysl je vázán na jednorázovou a jedinečnou situaci. Autor rozlišuje 3 hlavní hodnoty, které vedou ke smyslu. Jsou to **hodnoty tvůrčí, hodnoty zážitkové a hodnoty postojové**.

- **Hodnoty tvůrčí** - jsou založené na tvůrčí činnosti, kterou člověk má. K uskutečnění tvůrčí hodnoty dochází pomocí práce. Souvisí to především s tím, co člověk chce dát nebo odkázat světu (zde můžeme vidět zajímavou souvislost, protože alkoholici často ztrácejí zaměstnání, a tudíž mohou mít problémy s těmito hodnotami).
- **Hodnoty zážitkové** - se uskutečňují v prožívání a přijímání světa. Můžeme je prožít, pokud se setkáme s nějak krásou, např. v přírodě či umění a vychutnáme si jedinečnost okamžiku s aktuálním smyslem (zde znovu vidíme souvislost s problémy alkoholiků, kteří ztrácejí krásu prostředí díky tomu, že tráví spoustu času v restauracích, bytech nebo žijí i na ulici). Takový okamžik pak může dát smysl celému životu. Příkladů o zážitkových hodnotách můžeme ve Franklových knihách najít hodně. Jeden ukázkový příklad zážitkové hodnoty nám autor popisuje ve své knize „A přesto říci životu ano“ (Frankl, 1996), jak se vězňové a kápoové scházejí na improvizovaném večerním divadelním představení: „A večer přijdou ti, kdo to mají v lágru poměrně dobré, například kápoové nebo ti, kdo nemusejí na práce mimo lágr. Ti přicházejí, aby se trochu zasmáli nebo si trochu poplakali, ale každopádně, aby trochu zapomněli. Zpívá se pár písniček, recituje se několik básní, padne několik vtipů i se satirickou tendencí na život v táboře. To všechno má pomoci k zapomnění. A pomáhá dokonce natolik, že jednotliví neprominentní,

obyčejní vězňové, kteří se přes denní strádání odebírají do kabaretu, riskují to, že přijdou o příděl polévky.“

- **Hodnoty postoje** - tyto hodnoty souvisí s tím, jak se člověk vyrovná s osudem, který mu je dán (zde opět vidíme problém alkoholiků, kteří hledají dost často problém mimo sebe). Vnímá tento postoj k hodnotám jako kříž, který je potřeba nést, jako statečnost v utrpení nebo důstojnost v záhubě a ztroskotání. Ukazuje se tak, že lidská existence nemůže být nikdy bezsmyslná. Život má svůj smysl, až dokud člověk dýchá a tak až do této chvíle nese odpovědnost vůči hodnotám, i když je jejich uskutečnění omezené.

Lukasová (1998, s. 49) se vyjadřuje k postojům takto: „Postoj člověka k určitému stavu věci není ve skutečnosti určován povahou věci, ale samostatnou osobností postiženého, a ta propůjčuje určité objektivní podstatě její subjektivní relevanci. Pozorovatel sám určuje svým postojem emocionální zabarvení svého okolí a jeho postoj zase zpětně ovlivňuje jeho psychický stav.“

### 3.2. Popis osobnosti v logoterapii

Frankl vnímá člověka především jako celek. Podle jeho pojetí je osobnost nedělitelná a působí jako jednotné tělesné duševní individuum. Franklova teorie osobnosti je trojdimenzionálně rozdělena (Balcar, 1997 in Timuřák, 2006):

1. Somatické-zachování
2. Psychické-adaptace
3. Duchovní-naplnění smyslu

Hlavním tématem Franklovy teorie osobnosti je také proces nacházení smyslu v různých životních etapách. Člověka vnímá jako bytost, která má moc svůj život sama utvářet, rozhodovat o něm a hledat tak v životě smysl svého konání. Nacházení smyslu života je v logoterapii jednou z nejdůležitějších a nejhlubších motivací člověka (Božuková, 2010 in Vybíral a Roubal, 2010).

### 3.3. Práce s klientem v terapii

Logoterapie při práci s klientem využívá především pojmy: svoboda vůle, vůle ke smyslu, trojí způsob nalézání smyslu, postoje pomáhající se vyrovnat s utrpením, pojmy existencionální vakuum a nedělní neuróza.

Mezi základní **základní cíle léčby** v logoterapii řadíme (Balcar, 1997 in Timuľak, 2006):

- **Hodnotové ukotvení**
- **Sebeodstup a sebezpřesah**

Logoterapie je vnímána ve svém praktickém uplatnění při terapii spíše jako strategie vedení klienta. Terapeut pro klienta vystupuje jako odborně kvalifikovaný průvodce při řešení životních situací. Vede jak jeho prožívání, tak i uvažování. Objevování a přisvojování hodnot smyslu probíhá v rozhovorech, výtvarných technikách, tvůrčích psaních či psychodramatických výstupech. Při těchto technikách poskytuje terapeut podporu, pomáhá docílit porozumění, racionálnímu přemýšlení, ale jindy může i provokovat. Snaží se při tom o mobilizaci pacientovy motivace, aktivity a odvahy, což by mělo vést k hodnotově podložené změně při jednání a smýšlení. Jednou z důležitých situací je však experimentální konečné vyzkoušení. To má v logoterapii dovést klienta ke konkrétnímu jednání při konkrétních situacích, což má zpočátku formu experimentu. Ten je připravován při vzájemné spolupráci klienta a terapeuta. V potaz berou i životní situace a osobní možnosti klienta. U takového procesu terapeut pomáhá při volbě, která by měla být co nejvíce realistická. Dále se terapeut snaží klientovi pomoci tak, aby se uskutečnily naplánované záměry. Aplikaci logoterapeutické strategie terapeut ukazuje klientovi pomocí vlastního postoje k určitým událostem. V průběhu procesu terapie tak toto vše realizuje při argumentaci a v praktickém jednání v situacích. Může tak ukázat klientovi svobodu činit rozhodnutí a uskutečňovat svou vlastní vůli. Důležitým bodem při terapii je také postoj k odpovědnosti. Terapeut má tedy ukazovat klientovi, že by měl nést za své postoje a činy odpovědnost.

Logoterapeutické principy při práci s klientem v terapii můžeme rozdělit jednoduše do těchto tří fází: diagnostická fáze, terapeutická fáze a postterapeutická fáze. Jak lze v jednotlivých fázích pracovat nám ukazuje následující tabulka (Lukasová, 1998, s. 31):

Tabulka č. 2: **Logoterapeutické principy v psychologické poradě**

<b>Diagnostická fáze</b>	<b>Terapeutická fáze</b>	<b>Postterapeutická fáze</b>
Zabránit iatrogenním neurózám, použít specifické logoterapeutické techniky (v závislosti na daných symptomech).	Provést nespecifickou modulaci postoje u psychicky nejzdravějších typů postoje (nezávisle na momentální symptomatice) Jistota orientace mezi více hodnotami.	Objasnit individuální možnosti smyslu. Působit proti hyperreflexi (vzhledem k symptomům).

### 3.3.1. Svoboda a odpovědnost

Mezi důležité body v logoterapii patří odpovědnost a svoboda. Obě tyto složky mají v mnohých psychoterapeutických přístupech různý smysl, postavení a důležitost. V logoterapeutickém přístupu je jejich postavení dominantní a důležité.

**Odpovědnost** člověka je v úzkém vztahu s jednorázovostí a jedinečností lidské existence. Souvisí také s konečností existence (Frankl, 2006a). Důležitým bodem v terapii je vést pacienta k jeho vlastní odpovědnosti. Logoterapie má dávat člověku v terapii nejvyšší možné vědomí ve svou vlastní odpovědnost. Klade tak nejen důraz na odpovědnost člověka, ale i na jeho svobodu (Frankl, 2006b). Na úzký vztah odpovědnosti a svobody poukazuje také Längle (2002). Podle něj je odpovědnost záležitostí určitého vztahu, jak se vyrovnat s vinou.

Tím, že se člověk rozhodne pro určitý cíl, bere na sebe určitou odpovědnost (responsibility) za toto rozhodnutí. Aby došel až k cíli, který si vytýčí, musí jednat vytrvale a setrvat na cestě, kterou si určil. Cílesměrnost našeho jednání souvisí i s naší odpovědností, kterou na sebe bereme, pokud se rozhodneme pro určitý cíl (Křivohlavý, 2006).

Asi nejužitečněji popisuje **Franklovo chápání svobody** E. Lukasová ve své publikaci „I tvoje utrpení má smysl“ (1998). Navazuje na chápání determinismu např. v behaviorismu či hlubinné psychologii. Determinismus však Frankl zpochybňoval a mezi psychosociální rozměry vkládá ještě rozměr pro duchovní chápání člověka, a to rozměr svobody. „Franklovi nejde o svobodu, volnost od něčeho - člověk přirozeně není svobodný



od svých tělesných a psychických podmíněností. Franklovi jde více o svobodu k něčemu - totiž o svobodný postoj k těmto podmínkám a podmíněnostem. Jde mu o ono „a přece“, o možnost člověka svobodně volit odpověď na svůj osud. Po prvé v dějinách psychologie zde narážíme na opěrný bod, který trpícímu člověku slibuje útěchu a pomoc, ať je jeho osud jakkoli nezměnitelný.“ (Lukasová, 1998, s. 11)

### 3.3.2. Techniky v logoterapii

V průběhu logoterapie se můžeme setkat s různými technikami, které se při terapii používají. V této terapii jsou některé techniky velmi specifické a těžko se dají nahradit technikami z jiných škol. Nepostradatelná je tedy souvislost mezi logoterapeutickými principy a psychologickou praxí.

Mezi nejznámější techniky patří např. **dereflexe**, **paradoxní intence**.

- **Dereflexe** je odvádění pozornosti z nadměrného sebeprožívání na aktivitu přesahující „já“ (Timuřák, 2006). V tomto případě postupuje terapeut decentricky od symptomu, o který se zdánlivě nestará. Důležité je najít jiný myšlenkový obsah, který by byl pro pacienta tak důležitý a poutavý, aby svou pozornost odvedl od sebepozorování. Dereflexe se nejčastěji užívá při poruchách s usínáním, potencí a frigiditou, protože v těchto případech snaha o nějakou tělesnou reakci vyvolává opačnou reakci. Doporučuje se pacientovi, aby myslel na jiné věci, než na žádoucí reakci. Zdravé chování se pak dostaví především díky tomu, že nebylo vyvoláváno úmyslně. (Lukasová, 1998).
- **Paradoxní intence** - je v podstatě úzkost z nějaké očekávané události nebo činnosti. Paradoxně vyvolává to, čeho se někdo obává. Symptom vytváří fobii, která zas symptom posiluje. Takto utvrzený symptom pak utvrdí pacienta ve fobii. Jedná se o bludný kruh a je potřeba proti němu bojovat jak při somatické stránce, tak i psychické. Při terapii se používá právě paradoxní intence, což znamená, že by si měl pacient přát právě to, čeho se bojí. Jinými slovy se doporučí aktivita, která je předmětem obav a očekávané úzkosti je tak vzat vítr z plachet (Frankl, 2006b).

Paradoxní intence je skvělým příkladem pro mobilizaci. Pokud pacient trpí přehnaným strachem a nutkavostí, pak je veden k tomu, aby se tomuto strachu vysmál. To

dokáže tím způsobem, že si paradoxně přeje předmět svého obávaného strachu. Jako příklad uvádí Lukasová, že pokud se bojíme toho, abychom u důležité zkoušky nekoktali, je třeba si paradoxně představit, že budu u zkoušky ten největší koktal. Zesměšněn pak není klient, ale naopak jeho symptom. Je-li klient duchovně zralý, může se mu postavit, a pokud se dokáže strachu zasmát, znamená to, že se ho nebojí. Důležitým a zajímavým faktorem, který při těchto metodách pomáhá, je humor. Nejrychlejšího úspěchu dosáhli ti pacienti, kteří se uměli od úzkosti distancovat a spojit ji s humorným nadhledem. Lukasová tuto techniku využívala s pacienty, kteří měli problémy při jízdě autobusu, výtahem, metrem nebo byli ve velké tlačnici. Paradoxní intence je tedy vybočení z očekávaného a znovu se vracejícího chování. Takovéto vybočení je imponující pro klienta i pro jeho okolí (Lukasová, 1998).

Další zajímavou technikou je v logoterapii tzv. „**kopernikový obrat**“. Např. klient stanoví otázku „Co mohu ještě čekat od života?“ avšak terapeut takovou otázku obrátí na: „Co ještě život čeká od tebe?“ Frustrující pocit nesmyslnosti může klient překonat, pokud dá přednost sebezpřesahujícím hodnotám (vedou ho k hledání užitečnosti vlastního života) a upustí od hodnot sebestředných (hledání jen vlastního štěstí či uspokojení). To vše probíhá na úrovni konkrétních životních situací a v praktických rozhodnutích.

Charakteristickou technikou v logoterapii je také **oddělení osudových faktorů a svobodného postoje či rozhodování (jednání)**, i když obojí vstupuje do taktiky terapie. Klientův problém můžeme zmírnit tím, pokud obrátíme jeho pohled směrem k jeho volnočasovým aktivitám, kde se může ještě se svým osudem vyrovnat. Neměl by se tak soustředit na nezměnitelné skutečnosti, ale naopak by měl snažit najít východisko. Pokud posuneme klientův úhel pohledu ze závislé oblasti do nezávislé, můžeme navodit pozitivní postoj podle jejich vlastní volby (Lukasová, 1998).

Ráda bych poukázala na zajímavou **kasuistiku Lukasové (1998)**, ve které poukazuje na **využívání svobodného rozhodnutí při terapii s alkoholičkou**. Dotyčná klientka, která měla za sebou protialkoholní léčbu, která dobře dopadla, dostala výpověď ze zaměstnání. Byla to pro ni velká rána, a protože se terapeutka bála možné recidivy, udržovala s ní denně kontakt. Terapeutka poukazovala na to, jak nebylo těžké oddělit u klientky **prostor osudový a prostor pro svobodné jednání**. Osudovou částí byla výpověď klientky a prostor pro svobodné rozhodnutí bylo, jestli začne znovu pít nebo ne. Potíže začaly, když se klientka ptala na to, proč nemá začít znovu pít a proč si má hledat znovu práci. Dále

uvádím přesný popis, jak Lukasová postupovala: „Byla jí položena otázka po smyslu a cíli, ke kterému se má dopracovat, po hodnotě, pro niž stojí za to se ještě jednou namáhat. Přiznávám, že to byl těžký zápas, ale společně se nám podařilo najít i v této situaci smysl. Cílem, pro který se vyplatilo bojovat, totiž bylo podat důkaz, že se zaměstnavatel zmýlil. Když už měla klientka práci, potřebovala z počátku podporu. Byly dny, kdy mě ráno volala, aby mi řekla, že nemá chuť vstávat a donutit se jít do práce. Řekla jsem jí, že si může udělat příjemné dopoledne v posteli, a tím svému dřívějšímu zaměstnavateli přiznat, že skutečně nejste schopna řádného výkonu, jak předpokládal, nebo se teď můžete ze svého vlastního svobodného rozhodnutí přemoci, a tím podat nepopíratelná důkaz, že vám dal výpověď na podkladě falešné prognózy. Dnes už nepotřebuje tento cíl, neboť má radost z nové práce a našla životní rovnováhu“(Lukasová, 1998, s. 16-17).

### **3.4. Logoterapie při léčbě u drogově závislých**

Nalezení životního smyslu může být u závislých jednou z motivací k léčbě. Mnohdy tuto tematiku životního smyslu objeví klienti až v průběhu léčby. Někteří mají problémy s naplněním životního smyslu už při vzniku své závislosti.

Frankl (2006b) poukazuje na to, že smysl svého života nemusíme nacházet pouze ve zdravém a úspěšném životě. Svůj smysl života lze nalézt i v neúspěchu či nějaké nemoci. Smysl života může člověk najít v každém okamžiku díky své svobodné vůli. Mohou to být chvíle trápení, zklamání. Mnohdy to mohou být chvíle spojené s bolestí a utrpením. Což autor popisuje sám ve svých publikacích, kdy takové chvíle prožil v koncentračních táborech. Každá životní situace může mít svůj smysl a účel v životě. Důležité je také dát smysl své minulosti, kterou klient prožil, a tím se tak může lépe se svou minulostí vypořádat.

Halama (2003) říká, že člověk je tvor s biologickým a psychologickým rozměrem. Je k němu potřeba ale přidat i rozměr duchovní (noetický). V něm pak člověk prožívá svůj život jako hodnotný a smysluplný. Noetický rozměr umožňuje, abychom se zaměřili na hodnoty, které nejsou spojené s psychickou a fyzickou stránkou. Člověk by pak měl dojít až k sebetranscendenci. Může se však stát, že cesta k nalezení smyslu života je zablokována. V takovém případě člověk neví, jak svůj smysl naplnit nebo ho najít. Dochází tak existencionálnímu vakuu. S tímto jevem je podle Frankla (1997, in Halama 2003) spojená i

závislost. Frankl považoval drogovou závislost za projev frustrace spojenou se smyslem života. Drogově závislý, který svůj smysl života postrádá, užívá drogu proto, že mu tuto smyslovou prázdnotu vynahrazuje. I když to není skutečný smysl života, ale jen pocit, který dotyčného v tu chvíli uspokojí. Frankl tento stav vyzkoušel na pokusu s krysami, kterým byly dány do mozku elektrody, které se aktivovaly stiskem tlačítka. Elektroda tak vyvolala u krys sexuální rozkoš či pocit uspokojení z hladu. Krysy se pak naučily toto tlačítko používat, aby se mohly uspokojovat. Nezajímala je pak skutečná potrava ani skutečný potencionální sexuální partner. Závislý člověk se takto podobně uspokojuje. Ze smyslové prázdnoty uniká do svého subjektivního pocitu smyslu, což ale nemá nic společného s reálnými hodnotami. Závislí se často setkávají s prázdnotou svého života, nedostatkem životních cílů, s apatií a nezájmem o jiné věci než o drogu. Pocit prázdnoty se u závislých často dostaví po detoxifikaci. Na tento pocit prázdnoty se může také napojit pocit závislého, že chce ukončit všechny vazby, které souvisejí s jeho závislostí. Ať už se jedná o vazby rodinné či o specifický životní styl. Důležité je, aby terapeut zachytil tento jev a pomohl dotyčnému najít nové vazby, a to vše spojené konkrétními kroky. Je dobré také klienta povzbuzovat ke konkrétním činům, protože taková aktivita může poskytovat silný zážitek spojený se smyslem a s prožitím hodnot. S délkou pobytu roste u klienta zodpovědnost k vykonání konkrétních činů, a tím může dojít také k pocitu radosti z vlastního úspěchu. Je také na místě, aby klient sám mohl připravovat volnočasové aktivity a programy. V terapii je důležitým faktorem příklad životního stylu komunity a jejich starších členů. Otázka smyslu života je důležitá jistě v průběhu celé terapie, ale je také dost podstatná při ukončování terapie. Pro život, před vstupem do léčby, byla droga hlavním životním cílem a náplní. Na konci terapie je klient už odkázaný na sebe a znovu se snaží najít smysl života. Jde už o zaměření do dalšího života.

Mezi základní techniky, které se využívají v terapii se závislými, řadíme **dereflexi**. Dále je možno využít **modelaci postoje**. Ta souvisí se změnou postoje k těm skutečnostem, které nemůže už klient změnit. Jsou to většinou skutečnosti, které vnímají klienti negativně. Mnozí z nich finančně zruinovali svou rodinu, dopustili se nejrůznějších trestných činů nebo ublížili jiným způsobem svým blízkým. Pocity viny či studu jsou pak častou reakcí. Klient by měl změnit svůj postoj ke skutečnému stavu a měl by ho změnit tak, aby mohl z takové zkušenosti čerpat. Zde by měl terapeut naučit klienta získat pozitivní vztah k těmto skutečnostem. Technika **paradoxní intence** se v terapii se závislými příliš nedoporučuje (Halama, 2003).

## Existencionalně analytická skupinová terapie

Slabý (2007) uvádí jako jednu z forem skupinové terapie existencionalně analytickou terapii Längleho (in Slabý, 2007). Tato terapie se zaměřuje na naplnění čtyř základních motivací. Základní motivace jsou:

- **Moci být** - tato motivace je zaměřena na bytí ve světě, ve kterém klient existuje. Stanovuje si podmínky svého bytí a vytváří si tak prostor pro život. Skupina pracuje se čtyřmi rovinami:
  - a) být přijat – základní otázky, které se v této rovině využívají, jsou: např. „*Na kterém místě se mohu cítit bezpečně?*“, „*Kdo mě přijímá?*“, „*Co mi dává oporu?*“, „*Co pro mě znamená být přijímán?*“
  - b) přijetí - např. „*Kterého člověka mohu přijmout?*“, „*Co ve svém životě mohu a co nemohu přijmout?*“, „*Mohu odpočívat?*“
  - c) sebezpřijetí - „*Při jakých úkolech mám pocit, že práci vykonávám dobře?*“, „*Mohu opravdu přijmout svůj svět?*“
  - d) mluvení o strachu - „*Jak zvládám strach?*“, „*Jak se vyrovnávám se strachem?*“
- **Chtít být hodnotou** – tato motivace je zaměřena na život, protože ten dává člověku sílu a díky němu může existovat. V určitém smyslu však život znamená i zátěž. Čtyři roviny, které se ve skupině probírají, jsou:
  - a) náklonnost – „*Co mi dává vřelost, která je projevena ostatními lidmi?*“ „*S kým jsem rád?*“
  - b) projevit náklonnost – „*Co se mi na sobě líbí?*“ „*Komu projevuji náklonnost?*“
  - c) přijmout sám sebe – „*Které úkoly jsou pro mne hodnotné?*“ „*Chci opravdu žít?*“
  - d) mluvení o depresi – „*Jak často zažívám pocit deprese?*“ „*Cítil jsem se někdy zcela bezmocný?*“

- **Smět být takový** – tato motivace se zabývá osobností člověka. Má tak možnost zaujmout vztah sám k sobě a díky tomu získá člověk svou jedinečnou identitu. Skupina se zabývá těmito rovinami:
  - a) začít vidět – „*Znám lidi, kteří jsou jako já?*“, „*Co mi dává sebeúcta?*“, „*Co pro mě znamená úcta k člověku?*“
  - b) projevit úctu – „*Kterým lidem projevuji úctu?*“, „*Mohu odstoupit od sebe?*“
  - c) přijmout sám sebe – „*Kdy prožívám pocit, že úkoly mohu uskutečnit?*“, „*Smím být takový, jaký jsem?*“
  - d) mluvení o hysterii – „*Jak často zažívám pocit úzkosti?*“, „*Cítil jsem se někdy ztracený a zoufalý?*“
  
- **Smysluplně žít** – cílem této motivace je porozumět souvislostem, které vyplývají z konkrétních situací. Toto porozumění pak člověku ukazuje směr a smysl jeho bytí. Terapeutická práce se zaměřuje na následující čtyři roviny:
  - a) existenciální změna – „*Co cítím, když jsem tázán?*“, „*Co prožívám jako smysluplné?*“, „*Co by pro mě mohlo být smyslem života?*“
  - b) zodpovědné jednání - „*Jaké otázky mi život klade?*“, „*Žiji v souladu s požadavky a možnostmi, které v životě mám?*“
  - c) přijmout život – „*Jaké úkoly shledávám jako smysluplné?*“, „*Proč jsem přišel na tento svět?*“, „*Snáším se smysluplně žít?*“
  - d) existenciální prázdnota – „*Jak zacházím s pocitem prázdnoty?*“, „*Zažil jsem někdy pocit zoufalství?*“

Během ústavního léčení jsou každé motivaci věnovány cca dva týdny. V průběhu týdne se doporučuje zvyšovat počet hodin na terapeutickém sezení. Začíná se první den dvěma hodinami a každý den se přidává jedna hodina navíc. Pátým dnem se završuje sezením, které trvá celý den. Šestý a sedmý den pak mají klienti volno. Na sezení si skupina alkoholiků zvolí svého vedoucího, který je odpovědný za strukturu skupiny, pomáhá

objasňovat některé otázky, dbá na správný průběh a dodržování stanovených pravidel. Měl by také zakročit, pokud by došlo k ohrožení.

## 4. Využití terapeutické komunity v léčbě závislostí a základní formy protialkoholní léčby

Tato kapitola se zabývá problematikou komunitního léčení závislých. V naší zemi je celkem velká nabídka možností léčby závislých a má zde také své tradice. Jednou z možností může být právě léčba v komunitě, kterou také využívají v léčebně, kde byl prováděn výzkum této diplomové práce. Proto je tato kapitola zaměřena na význam komunity a na její principy.

### 4.1. Druhy protialkoholní léčby

Základními druhy protialkoholní léčby jsou **ambulantní léčba, ústavní léčba a denní stacionář**. Níže uvádím jejich základní popis (Nešpor, 2006):

**Ambulantní léčba** se vyskytuje převážně ve specializovaných zařízeních. Tento druh léčby nevyžaduje od klienta pracovní neschopnost, protože většina těchto zařízení má pracovní dobu přizpůsobenou klientům tak, aby mohli docházet do svého zaměstnání, což je jistě výhodou. Ambulantní léčba má i své omezení. Není například vhodná pro klienty, kteří pijí dál. V jejich případě by byla účelnější forma ústavní léčby. V ambulancích nabízejí individuální terapie, psychoterapeutické skupiny, socioterapeutické kluby a pracují i s ostatními rodinnými příslušníky závislých.

**Ústavní léčba** bývá indikována pacientům s těžkou zdravotní či psychiatrickou komplikací spojenou užíváním alkoholu. Spolupracuje s interním, psychiatrickým a neurologickým oddělením. Délka léčby bývá v některých zařízeních stanovena pevně a jinde může být individuální. Při navrhování délky léčby je dobré pracovat s těmito činiteli:

- Stav pacienta při přijetí (čím je stav horší, tím je délka léčby delší)
- Životní situace (čím horší situace, tím delší léčba)
- Délka předchozí abstinence a délka trvání recidivy
- Duševní a fyzická kondice
- Schopnost využívat ambulantní léčby



**Výhodou ústavní léčby** je bezpečnější zvládnutí případné zdravotní komplikace. Bývá také intenzivnější. Využívá techniky skupinové terapie, určité principy terapeutické komunity, různé druhy relaxačních technik, rodinnou terapii a socioterapeutické kluby.

**Denní stacionář** je forma léčby, kdy pacient dochází na léčbu do stacionáře cca v 7:30 h a odchází odpoledne. Většinou tak nemůže docházet do práce a je v pracovní neschopnosti. Denní stacionáře jsou zřízeny samostatně, ale i jako součást ambulantních zařízení. **Výhodou** je větší kontakt s rodinou. U těžších komplikací se stacionář nedoporučuje.

### **Náplň léčby při závislosti na alkoholu**

Nešpor (2006) popisuje metody, které se využívají v průběhu léčby. Léčba může podle něj zahrnovat tyto prvky:

- Tělesné vyšetření, léčba fyzických a duševních problémů
- Psychoterapie
- Léčebný kruh, kde se setkávají lidé s cílem překonat obtíže s alkoholem
- Relaxační techniky a jóga, které pomáhají překonat nepříjemné stavy duše
- Léčba disulfiramem (antabus), kdy si pacient vytvoří zdravější způsoby pro překonání nebezpečných a obtížných situací. Pokud je tento lék v těle a dojde k požití alkoholu, dotyčný člověk trpí nevolností, bolestmi hlavy a jinými somatickými obtížemi. Léčba antabusem je supervidovaná, takže by ji pacient neměl brát bez dozoru lékaře.
- Využívají se také látky, které zmenšují pocit bažení. Jsou to campral nebo naltrexon.
- Terapeutická komunita
- Různá cvičení, běh, turistické výlety a jiná tělesná aktivita, která přináší zdravý způsob života.

## 4.2. Komunity v léčbě závislostí

Tato kapitola je věnována komunitní léčbě závislostí, která má v naší zemi hlubokou tradici. Mezi průkopníky komunitní léčby závislostí patří především MUDr. Jaroslav Skála, který zavedl známého Apolináře a v něm klub KLUS. Mezi další odborníky věnující se problematice komunitní léčbě je MUDr. Karel Nešpor, vedoucí primář detoxifikačního oddělení a následné péče v Psychiatrické léčebně v Bohnicích, kde jsem prováděla výzkumnou část své diplomové práce. Mnohé znaky, které jsou následně uvedeny, jsou také využívány v oddělení závislostí, kde jsem výzkum prováděla.

Terapeutické komunity věnující se léčbě závislostí se začaly šířit v 60. letech 20. století. Tyto první komunity se nazývaly tzv. „concept houses“. Od té doby však tyto komunity prošly různými změnami, až do dnešní podoby komunit s těmito rysy (Kalina, 2008b):

- **Prostředí bez drog**
- **Organizační stupeň s vysokou autonomií** (využívané v logoterapii)
- **Komunity jsou od vnějšího světa oddělené**
- **Prvek svépomoci klientů při každodenním provozu TK jako součást léčebného procesu** (využívané v logoterapii)
- **Tým složený jak z profesionálů, tak z bývalých uživatelů-absolventů**
- **Důraz na strukturu a pravidla chování**
- **Závislost pojímaná jako porucha celé osobnosti s návazností na proces léčby celé osoby**
- **Rozvržení pobytu do etap, stupňů a fází**
- **Pozice, role a pracovní pozice klienta vyplývá z pokroku v léčbě**
- **V programu je kladen význam na vzdělávání, výchovu a práci**

Z těchto rysů je patrné, že komunity zabývající se závislostí, jsou zaměřené především na **strukturu, samostatnost, svépomoc a autonomii**, což jsou prvky, které úzce souvisejí s logoterapií. Tím se liší od komunit, které se zabývají jinou klientelou.

Typy terapeutických komunit pro závislé členy Nešpor (2011) do těchto kategorií:

- Komunity v zařízeních, které poskytují léčbu od několika týdnů až do 4 měsíců

- Specifické komunity, které (např. ve vězení) mají specifické pacienty (mohou mít i jinou duševní nemoc)
- Klasické terapeutické komunity (amerického stylu), které pracují s klientem v léčbě i více jak jeden rok. Dělí se na úvodní stadium (do 60 dní), stadium primární léčby (2 - 12 měsíců) a na stadium návratu do společnosti (13 - 24 měsíců i s doléčováním ambulantním).

### **4.3. Socioterapeutické kluby**

Jeden z nejstarších socioterapeutických klubů pro závislé vznikl u nás v roce 1984, a to především zásluhou docenta Skály. Tento klub byl známý pod označením „Apolinář“. Podle jeho vzoru u nás vznikaly další takové kluby v ambulantních i léčebných ústavech. Po roce 1989 se však u nás tradice takových klubů spíše snížila (Nešpor, 2011).

#### **Výhody socioterapeutických klubů (Nešpor, 2011):**

- Stěžejním cílem socioterapeutických klubů je udržet si střízlivost. Tím kompenzuje negativní vliv okolí na klienty.
- Kluby, které dobře fungují, mohou do jisté míry kompenzovat nedostatečné sociální vztahy klientů, kteří se museli rozejít se svými známými.
- Důležitým prvkem při léčbě jsou pozitivní modely lidí, kteří svou závislost v socioterapeutickém klubu překonávají. Aktivní spolupráce pacientů v léčbě zvyšuje motivaci.
- Dalším pozitivním prvkem socioterapeutických klubů je zvyšování morálky a sebedůvěry u pacientů.
- Socioterapeutické kluby také pomáhají udržovat dlouhodobější kontakty mezi klienty.

#### **Témata, se kterými by měl terapeut pracovat v rámci motivace (Nešpor, 2011):**

- Komu působila závislost problémy v rodině, v práci, komu způsobila zdravotní a psychické problémy či problémy se zákonem?

- Žilo by se někomu lépe, kdyby překonal problém se závislostí?
- Proč se vám bude žít lépe bez návykové látky v abstinenci?
- Jaký byl nejhorší zážitek spojený s návykovou nemocí?
- Otázky, které mohou vycházet z MKN 10.
- Fantazie o alkoholu ve vztahu ke skutečnosti.
- Kdy jsem se nejvíce styděl za své chování při závislosti?
- Na co se nejvíce těším, až překonám problém se závislostí?

Zajímavým principem komunity jsou také **Anonymní alkoholici**. Můžeme je vnímat jako jednu z možností, jak po léčbě docházet mezi lidi, kteří mají stejnou zkušenost. V jejich zásadách lze také spatřit určité prvky logoterapie a existenciálního směru. Nešpor (1992, s. 84) uvádí jejich dvanáct zásad:

1. „ Přiznali jsme svoji bezmocnost vůči alkoholu – naše životy začaly být neovladatelné.
2. Dospěli jsme k víře, že síla, větší než naše, obnoví naše duševní zdraví.
3. Rozhodli jsme se předat svoji vůli do péče Boha tak, jak ho sami chápeme.
4. Provedli jsme důkladnou a nebojácnou inventuru sami sebe.
5. Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb.
6. Byli jsme zcela svolni s tím, aby Bůh odstranil všechny tyto naše charakterové vady.
7. Pokorně jsme ho žádali, aby naše nedostatky odstranil.
8. Sepsali jsme listinu lidí, kterým jsme ublížili a kterým to chceme nahradit.
9. Rozhodli jsme se provést tyto nápravy ve všech případech, kdy to situace dovolí, s výjimkou, kdy toto počínání by jim nebo jiným uškodilo.
10. Pokračovali jsme v provádění morální inventury, a když jsme pochybili, pohotově jsme to přiznali.
11. Pomocí modlitby a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý styk s Bohem, jak jsme ho chápali my, a modlili se pouze za to, aby se nám dostávalo poznání jeho vůle a síly ji uskutečnit.

12. Výsledkem těchto kroků bylo, že jsme se duchovně probudili a v důsledku toho jsme projevíli snahu předávat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto principy ve všech záležitostech.“

#### **4.4. Profil klienta v terapeutické komunitě**

V této kapitole se snažím poukázat na určitý profil klientely, která se vyskytuje v léčbě závislosti. Většina klientů, kteří nastupují do terapeutické komunity, mají za sebou různé patologické životní zkušenosti a pocházejí z určitých sociálních podmínek, i když ne vždy tomu tak nutně musí být. Samozřejmě se vyskytují i výjimky, které potvrzují pravidlo. Existují však studie, které se však tímto poukazem zabývají.

Jednou z těchto studií byl zjištěn sociální profil klientů, kteří jsou přijímáni do terapeutických komunit. Tento profil popsali Galanter a Kleber (1999, in Kalina 2008b), kteří uvádějí, že většina těchto klientů pochází z rodinného prostředí, které je rozpadlé, více jak dvě třetiny mají nebo měli problém se zákonem a méně jak třetina je v posledním roce před přijetím do komunity zaměstnána. NIDA (2002, in Kalina 2008b) poukazuje na to, že klienti komunit mají problémy se závislostí na více drogách, konají trestnou činnost, vyskytuje se u nich nedostatek pozitivní sociální podpory a mají problémy s duševním zdravím.

Profil klienta, který se nejčastěji vyskytuje v terapeutické komunitě, popsal Kalina (2008b) takto:

- U klienta se vyskytuje vysoká možnost relapsu, akutní intoxifikace nebo rozvoj abstinčních příznaků.
- Klient potřebuje při motivaci k léčbě podpořit a upevnit.
- Nepříznivé okolní prostředí klienta neumožňuje léčbu bez toho, aby se klient z toho prostředí vzdálil (většinou jde o toxické prostředí či prostředí se špatnými vztahy).

Každý klient je ve své podstatě specifický a také potřebuje takový druh léčby, který je pro něj přijatelný a užitečný. Ne pro každého je terapeutická komunita vhodná cesta k léčbě. Klienti vhodní pro dlouhodobý pobyt v terapeutické komunitě jsou nejčastěji (Nešpor, 2011):

- Klienti, u kterých závislost dosáhla určitého stupně závislosti. Klienty s lehčí formou závislosti lze léčit méně náročně.
- Klienti, kteří jsou takovou léčbu schopni zvládnout ze stránky duševní a somatické.
- Klienti, kteří nemají rodinné zázemí či přátele a kratší doba léčby by byla vystavena i většímu možnému výskytu recidivy.
- Klienti, kteří mají motivaci proto, setrvat dlouho v léčbě. Mohou to být klienti po krátkodobé či střednědobé léčbě.

#### 4.5. Role klienta v komunitě

Tato kapitola vypovídá o postavení klientů v komunitě, jelikož i respondenti z našeho výzkumu byli také v komunitní léčbě. Terapeutická komunita klade značný důraz na strukturu a řád. Tento systém se udržuje díky denním programům, pravidlům a jejich dodržování, jasnými etapami léčby, definováním rolí, hranic a požadavků, které stimulují klienta k sociálnímu učení. Komunita vede klienty k určité zodpovědnosti za sebe sama a za své chování a pomáhá jim hledat jiný smysl než alkohol a drogy (Kalina, 2008b).

Důležitými aspekty pro roli klienta jsou (Kalina, 2008b):

- **Odpovědnost** - je potřeba, aby si klient uvědomil odpovědnost za své činy, za svou závislost a za své chování „tady a teď“ v prostředí komunity. Sám rozhoduje za svůj růst a změnu. Tento aspekt je často využíván i v logoterapii.
- **Respekt a tolerance** - klient je jako lidská bytost respektován. Sankce mu jsou udělovány za jeho chování. Jako člověk není znehodnocován a jeho lidská rozmanitost má být přijímána.
- **Aktivita** - klient musí při léčbě zaujmout aktivní roli, program komunity nelze přijímat pasivně. Podle Kooymana jde o princip „můžeš růst, nebo jít“. Z toho lze usoudit, že účast na terapeutických programech je povinná. Princip aktivní role je také jednou z důležitých technik v logoterapii.
- **„Jednej jako by“** - klient vlastní aktivitou a úsilím urychlí zapojení do komunity. Klient je a priori pokládán za odpovědného a jednoduše „jednat jako by“ byl zodpovědný, jelikož tím se učí zodpovědným. Nemá se bát počínat si jednat jinak, než byl zvyklý, má překonávat své obavy a strach.

- **Zájem o druhé a vzájemná pomoc** – v komunitě se očekává, že klient má projevit zájem o druhé z komunity. Potřebuje podporu ostatních, ale může si pomoci i tím, že pomáhá jiným. Může se stát i vzorem pro nově příchozí klienty a upevnit tak své pozitivní chování a sebedůvěru. Důležitým pojmem je v tomto bodě „odpovědný zájem“, což znamená uvědomění si společného prostředí, nálady, postojů, chování ostatních a ochotu dávat zpětnou vazbu v situacích, kdy je jednání v rozporu s pravidly komunity.
- **Role člena komunity** – klienti mají nést odpovědnost za správné fungování komunity a za udržování jejích hodnot. Pravidla a normy si klient internalizuje, pokud se naučí rozumět své roli v komunitě. Pak cítí i odpovědnost za udržování a předávání norem.

## **5. Výzkumy zabývající se tematikou smyslu života**

### **Hodnocení smyslu života v průběhu psychoterapie osob závislých na návykových látkách, Naděžda Nath Tumpachová (2005)**

Cílem výzkumu bylo zjistit, jakou roli hraje smysl života, jeho naplnění a životní hodnoty při léčbě a následné rehabilitaci u klientů, kteří jsou závislí na návykových látkách. Cílem bylo také zjistit, zda se liší alkoholici a klienti zneužívající nealkoholové psychoaktivní návykové látky ve smyslu života a životních hodnotách.

Výzkumný vzorek byl 40 probandů. Z toho bylo 20 alkoholiků a 20 závislých na nelegálních návykových látkách. Diagnostické metody, které byly ve výzkumu použité, byly Logo-test E. Lukasové, dále byl použit test smysluplnosti Crumbaugh a Maholica dotazník osobnostní orientace Everetta L. Shostroma. Tyto metody byly probandům předloženy na začátku léčby, a poté na konci. V průběhu léčby bylo sledování klientů doplněno o řízený rozhovor, který byl uskutečněn třikrát během léčby. Při statistickém zpracování byly sledovány dva faktory, čímž byl druh drogy a efekt léčby. U obou souborů bylo zjištěno na konci léčby zlepšení v prožívání smysluplnosti a životních hodnot. Naopak se však nepotvrdil předpoklad existenciální frustrace závislých osob.

### **Smysl života v kontextu závislosti na alkoholu (Kavenská, 2008)**

Cíl této studie je zaměřený na otázku, do jaké míry prožívají závislí na alkoholu pocit smysluplnosti života a zda se v tomto liší od běžné populace. Výzkum se také zaměřil na problematiku kvantitativních změn v prožívání smysluplnosti života během ústavní léčby.

Výzkumu se zúčastnilo 62 respondentů, kteří se léčili pro závislost. Výzkum proběhl na léčebnách ve Štemberku, Kroměříži, Jihlavě, Opavě, a Muránské Huti. Pro zjištění dat byl použit Logo-test. Pro účely výzkumu byly sejmuty i hodnoty pro běžnou populaci u 121 studentů vysoké školy. Výsledky výzkumu ukázaly, že závislí na alkoholu se zpočátku léčby velmi lišili v prožívání smysluplnosti života od respondentů z běžné populace. 27 % respondentů prožívá špatné naplnění smyslu života, což se odrazilo i na úspěšnosti průběhu léčby. Byl také zjištěn rozdíl v prožívání smysluplnosti na začátku a konci léčby. Ke



zlepšení prožívání smyslu života došlo u 39 % pacientů, u 13 % došlo ke zhoršení a 48 % pacientů zůstalo bez změny.

### **Smysl života a závislost na alkoholu v kontextu adiktologie v pojetí existenciální analýzy Alfreda Längleho (Slabý, 2007)**

Mezi další výzkumy, zabývající se problematikou smyslu života, jsem zařadila i tuto diplomovou práci zaměřenou více na pojetí A. Längleho. Výzkumným cílem bylo zjistit, jak se projevuje míra alkoholové závislosti na prožívání smysluplnosti v existencionálním pojetí. Výzkum proběhl u pacientů, kteří se léčili z alkoholové závislosti na léčebnách ve Štemberku a v Kroměříži. Výzkumu se účastnilo 53 respondentů. K výzkumným metodám byl použit dotazník závislosti AUDIT, Existenciální škála (ESK) Alfreda Längleho, Ch. Orglerové a M. Kundiho.

Z dotazníků ESK a AUDITU se zjistilo, že lidé závislí na alkoholu subjektivně prožívají nižší míru smysluplnosti a vyšší míru závislosti na alkoholu. Dále bylo zjištěno, že závislost spočívá především ve ztrátě svobody a také v následcích, které díky ní vznikají. Závislost tedy omezuje svobodné jednání člověka. Nejdůležitějším poznatkem však bylo zjištění, že čím vyšší je subjektivní míra závislosti na alkoholu, tím nižší je podle vlastního sebeposouzení schopnost smysluplně utvářet svou existenci. Autor tak potvrzuje Franklovu teorii, že závislé osoby prožívají existenciální prázdnotu.

Růst úrovně smysluplnosti při léčbě zkoumal Bolek (2007). V jeho výzkumu bylo cílem zjistit, zda během terapie v komunitě dochází u klientů k růstu míry smysluplnosti života. 86 respondentů bylo zkoumáno z šesti terapeutických komunit a pěti doléčovacích center v ČR. Výzkumnou metodou byl test neodynamiky od polského psychologa Popielskiewa. Výsledky výzkumu prokázaly signifikantně vyšší míru prožívání smysluplnosti života u klientů, kteří se nacházeli na konci léčby. Klienti na jejím počátku měli úroveň smyslu života nižší.

Dalším zajímavým výzkumem v této problematice je práce Jacobsona, Rittera a Muellera (1977). V tomto výzkumu autoři použili diagnostické metody PIL (Purpose in Life Style) a SOV (Allport-Vernon-Lindzey Study of Values). Výzkumu se zúčastnilo 49 závislých mužů a 8 žen v průběhu hospitalizace. I když tento výzkum nepotvrdil výskyt existencionální frustrace či vakua u závislých, jak bychom nejspíše čekali, poukazuje ale však na účelnost a důležitost smyslu života při léčbě závislých.

Halama a Timuřák (2004; in Kavenská 2008) zjistili, že respondenti, kteří užívali drogy, pociťovali vnitřní prázdnotu a bezcílnost. Kubáčková (2007) ve svém výzkumu zjistila, že existencionální frustrace u drogově závislých v léčebně v Kroměříži je nadprůměrná oproti běžné populaci.

Nejvíce se výzkumy s problematikou smyslu života u nás zabývá Balcar, který provedl standardizaci Logo-Testu na vzorku českých studentů (Balcar, 1995b).

### III. Výzkumná část

#### 6. Cíle výzkumu

Cílem našeho výzkumu je zjištění míry prožívání smysluplnosti u mužů, kteří se léčí ze závislosti na alkoholu v Psychiatrické léčebně v Praze Bohnicích. Zajímá nás, zda se tato skutečnost liší od míry prožívání smysluplnosti mužů, kteří se léčí ze smíšené závislosti v téže léčebně. Zaměřili jsme se proto na zkoumání smysluplnosti a existencionální frustrace pomocí Logo-testu.

Dále jsme se zaměřili na zjištění životní spokojenosti, osobnostních faktorů a vnímání existence u našich respondentů.

Jedním z cílů výzkumu bylo zjistit, zda jsou skupiny čistých alkoholiků a skupina alkoholiků s jinou přidruženou závislostí rozdílné ve výše vybraných problematikách (životní spokojenosti, osobnostních faktorech a vnímání své existence) mezi sebou. Nadále bylo našim cílem zjistit, zda se pacienti liší i v těchto problematikách od běžné populace.

Z teoretické části a především z některých výzkumů uvedených v kapitole 5 předpokládáme, že míra prožívání smysluplnosti závislých bude spíše v nižším pásmu. Zjistit, jaká bude míra prožívání smyslu života, je jedním z cílů této diplomové práce. Protože nás zajímalo, zda se budou respondenti lišit od běžné populace v osobnostních faktorech, životní spokojenosti a existenciální schopnosti, zformulovali jsme proto tuto obecnou hypotézu, která se mění podle sledované charakteristiky:

#### **Hypotéza**

##### **H1**

„Klienti léčící se ze závislosti na alkoholu se statisticky významně liší ve škále **neuroticismu** od běžné populace.“

Hypotézy jsme si stanovili na základě použité testové baterie a měřených proměnných. Je nutno říci, že škály v hypotéze (označené tučně) se mění podle škál v testových bateriích na:

- NEO 5 škál a) neuroticismus b) extraverze c) otevřenost vůči zkušenosti d) přívětivost e) svědomitost
- DŽŠ 12 škál a) zdraví, b) práce a zaměstnání c) finance d) volný čas e) manželství a partnerství f) vztah k vlastním dětem g) vlastní osoba h) sexualita ch) přátelé, známí a příbuzní i) bydlení j) celková hodnota
- ESK 8 škál a) sebeodstup b) sebezřehav c) svoboda d) odpovědnost e) personalita f) existencialista g) existenciální naplnění (celkový skór)

V kvalitativní části deníku smyslu života jsme si kladli výzkumné otázky:

- „Jaký byl smysl Vašeho života před tím, než jste začal být závislý na alkoholu?“
- „Nyní se nacházíte ve stádiu léčby či abstinence. Změnil se Váš smysl života, a pokud ano, tak jak?“
- „Co si myslíte, že bude Vaším smyslem života v den ukončení léčby?“
- „Když jste opustil léčebné zařízení, jakým způsobem se změnil Váš smysl života?“
- „Jaký si myslíte, že bude Váš smysl života za 5 let?“

V rámci výzkumu jsme chtěli také zjistit **pásmo smyslu života** u čistých alkoholiků a alkoholiků s jinou přidruženou závislostí, přičemž jsme využili **Logo-test**.

## 7. Charakteristika výzkumného vzorku a organizace výzkumu

Data do svého výzkumu jsem sbírala v období od července 2011 do listopadu 2011 v Psychiatrické léčebně v Bohnicích na pavilonech pro léčbu závislostí u mužů. Konkrétně jsem navštívila pavilon 31, což je příjmové oddělení pro muže léčících se ze závislosti na návykových látkách. Toto oddělení je rozděleno na tři části. Svůj výzkum jsem prováděla na režimovém oddělení. Další pavilon, který jsem v rámci svého výzkumu navštívila, byl pavilon 35. Jedná se o režimové oddělení následné péče pro nemocné muže trpící závislostí na návykových látkách. Na těchto odděleních jsem měla vždy povolení k zadávání testů od primáře.

Pacienti byli k vyplnění testů a dotazníků vždy sezváni do společenské místnosti či jídelny. Všem pacientům jsem zdůraznila, že účast na výzkumu je dobrovolná a pokud se výzkumu nechtějí zúčastnit, tak mohou odejít. Dále jsem je seznámila s cílem mého výzkumu a jeho hlavním posláním. Vysvětlila jsem jim průběh výzkumu, vyplňování všech dotazníků a testů a zodpověděla případné dotazy. Také jsem pacienty obeznámila s tím, že vše, co vyplní, je anonymní. Poprosila jsem je, aby si vymysleli svůj „kód“, pod kterým budou testy vyplňovat z důvodu následného spárování. Zdůraznila jsem také, že poskytnuté informace jsou pouze pro účely výzkumu. Pacientům jsem pak rozdala demografický dotazník, a když všichni dotazník vyplnili, pokračovala jsem pak postupně dalšími diagnostickými metodami. Po vyplnění všech testů jsem každému rozdala deník smyslu života. Na vyplnění tohoto deníku měli pacienti jeden týden. Deníky mohli po vyplnění odevzdávat na sesterně, kde jsem si pak všechny vyzvedla.

U všech pacientů jsem se vždy zeptala na druh závislosti, ze které se léčí. Vznikly tak **dvě skupiny respondentů**. V jedné skupině byli **pacienti léčící se závislosti na alkoholu a druhou skupinu tvořili pacienti léčící se se smíšenými závislostmi na alkoholu, toxické závislosti a gambling**. Šlo tedy o záměrný výběr zaměřený na psychiatrickou instituci.

**Výzkumu se zúčastnilo celkem 21 pacientů (mužů). Z toho 14 se léčilo ze závislosti na alkoholu a 7 pacientů ze závislosti na alkoholu a jinou přidruženou závislost. Průměrný věk čistých alkoholiků je 46 let a u alkoholiků s přidruženou závislostí 30,7 let.**

Tabulka č. 3: **Charakteristika souboru**

Rodinný stav	Počet respondentů
• Rozvedený	7
• Ženatý	8
• Svobodný	6
Vzdělání	Počet respondentů
• ZŠ	5
• SŠ	6
• SOU	8
• VOŠ	1
• VŠ	1
Profese	Počet respondentů
• Černá řemesla	13
• Profese s VŠ	1
• Student	1
• Administrativa	6
Počet léčení	Počet respondentů
• prvoléčba	13
• druhá léčba	6
• třetí léčba	2
Délka abstinence	Počet respondentů
• do 30 ti dnů	8
• do 60 ti dnů	7
• do 90 ti dnů	4
• více jak 90 dnů	2

## 8. Popis použitých metod

### 8.1. Demografický dotazník

K prvotním informacím o pacientech jsem použila dotazník „**Demografické údaje**“. Tento dotazník jsem zkonstruovala na základě údajů, které jsem od pacientů potřebovala zjistit. V dotazníku jsem se ptala na tyto údaje:

- Věk
- Rodinný stav
- Nejvyšší dosažené vzdělání
- Profese
- Do jakého zaměstnání se pacient vrací
- Zda se jedná o prvoléčbu a případně pokolikáté se klient léčil
- V jakém stádiu léčby se pacient aktuálně nacházel
- Jak dlouho trvá abstinence
- Z jakých důvodů klient podstoupil léčbu

### 8.2. Logo-test

Jako výzkumnou metodu, která zkoumá smysl života, jsme zvolili „**Logo-test**“ od Elisabeth S. Lukasové (Lukasová, 1986). Tento test slouží jako zkouška k **měření prožívané smysluplnosti a existencionální frustrace**. Důvodem pro výběr tohoto testu bylo jeho úzké zaměření a srozumitelnost.

E. Lukasová, která test vytvořila, byla jednou z přímých žákyň V. E. Frankla a navázala tak na jeho odkaz. Tento psychometrický nástroj ukazuje také na možnost hodnotit míru existencionální zabezpečení a ohroženosti jedince. Do češtiny převedl Logo-test Karel Balcar (1992).

Stěžejním účelem Logo-testu je rychlé rozpoznání potíží spojených se smysluplností člověka a jeho existencionální frustrací. Je tak možné začít včas indikovat potřebnou léčbu. Dotazník slouží pro lékaře, psychology, pedagogy, sociální pracovníky a duchovní, kteří mohou u svých klientů zjistit jejich existencionální zabezpečení a dále s nimi

pracovat. Dále je možno tuto metodu používat pro posouzení suicidálního jednání, recidivy onemocnění po propuštění z léčby a trestné činnosti. V neposlední řadě je Logo-test vhodným měrným nástrojem pro výzkumné účely. Proto jsme si ho také vybrali jako jednu z testových metod (Balcar, 1992).

#### **Test je rozdělen do tří částí:**

- **První část** obsahuje 9 otázek a kategorií smyslu života. Dotyčný pacient má odpovědět „ano“, „ne“ či „nevím“ podle toho, jak se ho určitá otázka dotýká a do jaké míry dotyčného charakterizuje.
- **Druhá část** je složena ze 7 položek. Zkoumaná osoba má zakřížkovat u každé otázky vždy tu možnost, která nejlépe vystihuje, jak často dotyčný prožíval určité situace a zážitky. Zkoumaný si vybírá z nabídky odpovědí „velmi často“, „občas“ a „nikdy“.
- **Třetí část** je rozdělena na dvě části. První z nich obsahuje tři životní příběhy. Po přečtení těchto příběhů si zkoumaný vybere mezi odpověďmi: „Který muž je nejšťastnější?“ a „Který muž nejvíce trpí?“. Ve druhé části je zkoumaný požádán o vylíčení svého případu: „Prosím, vylíchte nyní několika větami svůj vlastní „případ“ tak, že vzájemně porovnáte, co jste v životě chtěl a oč jste se snažil, co z toho jste docílil a jak toto vše nyní pro sebe hodnotíte.“

#### **Hodnocení Logo-testu**

Logo-test lze hodnotit třemi způsoby: kvantitativně, kvalitativně a podle celkového skóru.

**Kvantitativní hodnocení** je spojené s množstvím bodů v součtu všech tří částí testu. Vysoký počet bodů ukazuje na ohrožení duševního zdraví. Ve třetí části testu, s vylíčením svého vlastního příběhu, je možno použít **kvalitativní hodnocení**. Důraz je zde kladen na vyčtení poukazů, které můžeme využít při hodnocení „naplnění prožívání smyslem“. Nejsou zde důležité prožitky úspěchu nebo selhání. Mezi póly naplnění smyslu a zoufalství jde při rozboru obsahu o hodnocení výpovědi na **5ti stupních: a) vynikající naplnění smyslu (0); b) dobré naplnění smyslu (1); c) průměrné naplnění smyslu (2); d) chudé naplnění smyslu (3); e) chybějící naplnění smyslu** (Balcar, 1992).

**Celkový skór** testu můžeme vypočítat, pokud sečteme hodnoty všech skóru v jednotlivých částech. Vypočtená hodnota nám tak ukáže pásmo ( Q1 - Q4), ve kterém se dotyčná zkoumaná osoba nachází (viz následující tabulka o vyhodnocení Logo-testu).



Tabulka č. 4: **Vyhodnocení Logo-testu** (Balcar, 1992)

<b>Pásmo/Věk</b>	<b>16 - 29</b>	<b>30 - 39</b>	<b>40 - 49</b>	<b>50 - 59</b>	<b>60 -</b>
<b>Q1</b>	0 - 10	0 - 10	0 - 7	0 - 7	0 - 9
<b>Q2 + Q3</b>	11 - 17	11 - 16	8 - 13	8 - 13	10 - 14
<b>Q4</b>	18	17	14	14	15
<b>D9</b>	19 - 21	18 - 21	15 - 18	15 - 18	16 - 18
<b>D10</b>	22 - 32	22 - 32	19 - 32	19 - 32	19 - 32

**Vyhodnocovací pásma celkového skóru jsou** (Balcar, 1992):

- **Q1** = velmi dobrá úroveň naplnění smyslu, stálost duševního zdraví
- **Q2+Q3** = střední úroveň naplnění smyslu, průměrná duševní stabilita bez přítomnosti ohrožení
- **Q4** = naplnění smyslu je zhoršené
- **D9** = naplnění smyslu je špatné a je přítomná existenciální frustrace, která může ohrozit zdraví
- **D10** = velmi špatné naplnění smyslu s pravděpodobným výskytem noogéní neurózy či deprese

### **8.3. Dotazník životní spokojenosti**

Jako další metodu jsme si vybrali Dotazník životní spokojenosti (Rodná a Rodný, 2001), která s tématem smyslu života jistě souvisí. Český dotazník vznikl z původní německé verze (Fahrenberg et al., 1986). Tuto metodu jsme použili především díky jejímu jednoduchému vyhodnocení a celkem rychlé administraci.

Dotazník životní spokojenosti je diagnostická metoda, která měří individuální spokojenost v různých oblastech života. Životní spokojeností je v dotazníku míněno individuální posouzení minulých a současných životních podmínek a náhledu do budoucnosti. Původně vznikl dotazník v rámci výzkumného projektu, který se zabýval psychologickou a lékařskou rehabilitací u pacientů s nemocemi srdce. Dnešní podoba dotazníku má deset škál a celkovou hodnotu DŽS. Každá škála je hodnocena vždy sedmi položkami. **DŽS obsahuje tyto škály: a) zdraví; b) práce a zaměstnání; c) finanční**

**situace; d) volný čas; e) manželství a partnerství; f) vztah k vlastním dětem; g) vlastní osoba; h) sexualita; ch) přátelé, i) známí a příbuzní; j) bydlení.**

Při **vyhodnocení DŽS** se sečtou všechny individuální odpovědi v každé škále. Toto hodnocení se převádí na staniny a ty uvádí výsledek v procentech. Zjednodušeně lze říci, že vyšší hodnoty v jednotlivých položkách znamenají vyšší spokojenost.

#### **8.4. NEO pětifaktorový osobnostní inventář**

K otázce smyslu života nás zajímaly osobnostní faktory, které mohou s tímto tématem také souviset. Proto jsme pro tuto část výzkumu použili NEO pětifaktorový osobnostní inventář. Oslovila nás časová nenáročnost této metody a jasný přístup při vyhodnocení. České vydání zpracovali Martina Hřebíčková a Tomáš Urbánek (2001) z původního vydání testu NEO FFI (Costy, McCrae, 1989 a 1992).

Tento osobnostní inventář **měří pět základních osobnostních dimenzí: a) neuroticismus** (zjišťuje míru přizpůsobení, emoční nestability, náchylnost k psychickému vyčerpání či psychickou odolnost), **b) extraverzi** (zjišťuje kvalitu a kvantitu interpersonálních interakcí, aktivační úroveň a potřebu stimulace), **c) otevřenost vůči zkušenostem** (zjišťuje aktivitu při vyhledávání nových zážitků, toleranci k neznámým zkušenostem a jejich objevování), **d) přívětivost** (zjišťuje kvalitu interpersonální orientace od soucítění po nepřátelskost) **e) svědomitost** (zjišťuje úroveň při organizování, motivovanosti a vytrvalosti k cíli zaměřenému chování). Inventář lze využít při zjištění míry individuálních odlišností v klinické praxi, v poradenství a v organizační psychologii (Hřebíčková a Urbánek, 2001).

**Vyhodnocení** inventáře se provádí **pomocí šablony** pro vyhodnocení, kdy se zjišťují hrubé skóry jednotlivých škál a ty se pak porovnávají s normami ve formě percentilů. To znamená, že hrubému skóru u dané škály odpovídá procento osob příslušného věku a pohlaví. Zjednodušeně lze říci, že čím vyšší je daný percentil, tím více proband inklinuje k určité dimenzi.

## 8.5. Existenciální škála

Jako další metodu, která by pomohla ukázat existenciální možnosti a problémy člověka jsme si vybrali ESK – Existenciální škálu od Längleho, Orglerové a Kundiho (2000). Do českého vydání ho přeložil a upravil Karel Balcar (2001). Tato škála je zaměřena na smysl života a vypovídá především o tom, jak se daří člověku svými silami smysluplně utvářet svou existenci. Jinými slovy **měří kompetenci osoby zacházet se sebou a se světem**, což lze označit jako „**schopnost člověka k existenci**“. Základ testu tvoří znovu logoterapeutický směr V. Frankla.

**ESK se používá** především pro zkoumání smyslu v oblasti klinické psychologie, psychoterapeutické, preventivní a výzkumné. Další využití má ESK při praxi v existenciální analýze a v logoterapii. ESK můžeme využívat jak individuálně, tak skupinově (Balcar, 2001).

ESK má 46 položek, na které lze odpovídat pomocí šestibodové stupnice. Škála zjišťuje vlastnosti spojené se smysluplným žitím: „Sebeodstup“ (SO), „Sebepřesah“ (SP), „Svobodu“ (SV) a „Odpovědnost“ (OD). Z prvních dvou lze zjistit „Personalitu“ (P) a zbytek nám může ukázat faktor „Existenciality“. Popis 4 základních stupnic, 2 faktorů vyššího řádu a celkového skóru uvádím níže v tabulce (Balcar, 2001, s 19).

Tabulka č. 5: **Popis 4 základních stupnic, 2 faktorů vyššího řádu a celkového skóru**

Stupnice/ faktor	Název	Zjišťování	Popis
SO	Sebeodstup	Vnímání objektivní skutečnosti	Schopnost poodstoupit od sebe samého
SP	Sebepřesah	Vycítění/vnímání hodnoty	Schopnost vyjít za hranice sebe sama a vstoupit do citového vztahu k něčemu či někomu jinému
SV	Svoboda	Volba z možností/rozhodování se	Schopnost rozhodnout se pro možnosti podle jejich subjektivního ocenění
OD	Odpovědnost	Vstup do situace angažovaným činem	Schopnost aktivně jednat a nést důsledky

P	Personalita	Součet SO + SP	Otevřenost vůči sobě a hodnotám
E	Existencialita	Součet SV + OD	Rozhodná angažovanost
CS	Celkový skór	Součet P + E	Osobní, smysluplná existence

**Vyhodnocení** se provádí pomocí šablony. Po vypočtení hrubých skórů lze pomocí tabulek s normami zjistit standartní skóry pro percentily. Čím vyšší je daný percentil, tím více proband inklinuje k určité dimenzi.

## 8.6. Deník vývoje smyslu života

Deník vývoje smyslu života jsme s vedoucím diplomové práce zkonstruovali sami pro kvalitativní část výzkumu. Deník je kvalitativně orientovaný nástroj zaměřený na vývoj smyslu života u závislých na alkoholu. Hlavní okruhy, na které se v deníku ptáme, jsou:

- Jaký byl smysl Vašeho života před tím, než jste začal být závislý na alkoholu?
- Nyní se nacházíte ve stádiu léčby či abstinence. Změnil se Váš smysl života, a pokud ano, tak jak.
- Co si myslíte, že bude Vaším smyslem života v den ukončení léčby?
- Když jste opustil léčebné zařízení, jakým způsobem se změnil Váš smysl života? (Tato otázka měla být pro účastníky výzkumu, kteří už léčbou a komunitou prošli).
- Jaký si myslíte, že bude váš smysl života za 5 let?

Deník jsem rozdala respondentům po ukončení testové baterie. Na jeho vyplnění měli respondenti jeden týden. Deník mohli odevzdat sestrám na příslušném oddělení, kde jsem si je pak vyzvedla. Množství napsaných informací nebylo omezeno.

## **9. Porovnání skupin čistých alkoholiků a alkoholiků s jinou přidruženou závislostí**

Abychom zjistili, zda se průměry skupin statisticky liší v jednotlivých charakteristikách (neuroticismus, extraverte, otevřenost atd. – viz řádky tabulky), jsme použili k porovnání t-test, přičemž nulová hypotéza (H0) předpokládá rovnost průměrů obou souborů v jednotlivých charakteristikách, alternativní hypotéza (H1) předpokládá rozdílnost průměrů a tedy rozdílnost souborů. Data byla zpracována pomocí počítačového programu Microsoft Excel 2010. Výsledky uvádíme v následující tabulce.

Tabulka č. 6: Porovnání dvou skupin

SKALY V TESTECH	Průměr (1)	Průměr (2)	t	sv	p	Počet odpovědnů (1)	Počet odpovědnů (2)	SD (1)	SD (2)	F-poměr (Rozptyly)	p (Rozptyly)
NEO - NEUROTICISMUS	25,5000	26,0000	-0,19694	19	0,845963	14	7	5,31688	5,83095	1,202721	0,728682
NEO - EXTRAVERTZE	26,4286	27,5714	-0,47414	19	0,640802	14	7	5,43088	4,68534	1,343567	0,751479
NEO - OTEVŘENOST VŮČI ZKUŠENOSTI	25,8571	25,5714	0,15869	19	0,875588	14	7	4,12976	3,30944	1,557191	0,608595
NEO - PŘIVĚTIVOST	26,5714	33,1429	-3,01118	19	0,007182	14	7	4,18264	5,69879	1,856365	0,329127
NEO - SVĚDOMITOST	27,5000	29,1429	-1,05660	19	0,303944	14	7	3,93700	1,46385	7,233333	0,023182
DŽS - ZDRAVÍ	31,7857	32,0000	-0,04997	19	0,960666	14	7	8,61286	10,53565	1,496334	0,508757
DŽS - PRÁCE A ZAMĚSTNÁNÍ	31,1429	33,2857	-0,49930	19	0,623300	14	7	10,02195	7,38725	1,840516	0,466611
DŽS - FINANCE	24,9286	23,5714	0,26006	19	0,797612	14	7	11,82868	9,96422	1,409242	0,703675
DŽS - VOLNÝ ČAS	29,0000	25,2857	0,94929	19	0,354395	14	7	7,81517	9,69045	1,537484	0,483822
DŽS - VOLNÝ ČAS	31,5000	31,4286	0,00980	19	0,992285	14	7	14,71655	17,78442	1,460385	0,531621
DŽS - VZTAH K VLASTNÍM DĚTEM	26,3571	13,4286	1,71499	19	0,102612	14	7	15,75098	17,38637	1,218435	0,714847
DŽS - VLASTNÍ OSOBA	29,6429	31,4286	-0,54934	19	0,589173	14	7	7,36527	6,21442	1,404676	0,706880
DŽS - VLASTNÍ OSOBA	32,7143	36,1429	-0,87233	19	0,393922	14	7	8,88758	7,55929	1,382308	0,722836
DŽS - PŘÁTELE, ZNÁMÍ A PŘÍBUZNÍ	32,2857	26,1429	1,69562	19	0,106284	14	7	8,83549	4,98092	3,146612	0,167598
DŽS - BYDLENÍ	32,2143	24,5714	1,56745	19	0,133514	14	7	9,13302	13,06212	2,045495	0,263170
DŽS - CELKOVÁ HODNOTA	210,7143	199,1429	0,53514	19	0,598764	14	7	49,28946	40,56858	1,476143	0,658626
ESK - SEBEODSTUP	29,0714	27,1429	0,67501	19	0,507801	14	7	5,74408	7,01020	1,489425	0,513071
ESK - SEBEPŘESAHA	62,5000	55,1429	1,47286	19	0,157162	14	7	10,23381	11,90838	1,354039	0,605567
ESK - SVOBODA	44,7857	45,2857	-0,07907	19	0,937806	14	7	7,86598	21,37533	7,384483	0,002674
ESK - ODPOVĚDNOST	51,7857	42,1429	2,18102	19	0,041954	14	7	9,52065	9,61645	1,020226	0,908532
ESK - PERSONALITA	91,5714	76,0000	1,86978	19	0,077004	14	7	13,36306	25,25866	3,572800	0,051538
ESK - EXISTENCIÁLNÍ	96,5714	80,0000	2,13387	19	0,046105	14	7	15,89734	18,53825	1,359843	0,601276
ESK - EXISTENCIÁLNÍ NAPLNĚNÍ	188,1429	162,2857	1,90864	19	0,071532	14	7	26,46873	34,55775	1,704609	0,394929
VĚK	46,0714	30,7143	2,81957	19	0,010946	14	7	12,08600	11,04105	1,198242	0,871190
LOGOTEST	10,92857	14,57143	-1,86955	19	0,077038	14	7	2,921124	6,133437	4,408671	0,023979

Skupiny jsme porovnali nejprve mezi sebou, abychom zjistili, zda jsou mezi nimi rozdíly či ne a mohli je pak případně sloučit. Porovnávání skupin jsme provedli pomocí průměrů z jednotlivých škál a rozdělili jsme je proto na skupinu alkoholiků (průměr 1) a skupinu alkoholiků s jinou přidruženou závislostí (průměr 2).

V prvním kroku jsme rozhodovali o rozdílnosti souborů na základě hodnoty  $p$ . V případě, že  $p$  bylo nižší nebo rovno 0,05 rozhodli jsme o přijetí  $H_1$  o rozdílech průměrů souborů. Takto zjištěné charakteristiky jsou v tabulce označeny červeným písmem.

Z tabulky je zřejmé, že skupiny se vzájemně liší pouze v **přívětivosti** (NEO pětifaktorový osobnostní inventář), v **odpovědnosti** (ESK), v **existencialitě** (ESK) a ve věku.

Zde uvádíme pouze ty hodnoty, kde jsou rozdíly průměrů statisticky významné. Ve škálách přívětivost, odpovědnost a existencialita tedy můžeme zamítnout  $H_0$  o rovnosti průměrů a přijímáme  $H_1$  o rozdílech souborů.

Pokud se podíváme na **přívětivost** (NEO inventář), zjistíme, že **přívětivější je skupina alkoholiků s přidruženou závislostí**. Z manuálu testu víme, že položka přívětivost zjišťuje kvalitu interpersonální orientace od soucítění po nepřátelskost. Hřebíčková a Urbánek (2001, s. 44) charakterizují škálu přívětivosti takto: „Nejvýznamnější charakteristikou osob dosahujících vysokého skóru na této škále je altruismus. Takoví lidé mají pro druhé pochopení a porozumění, projevují jim přízeň, chovají se k nim laskavě a vlídně. Jsou vždy ochotni pomáhat a jsou přesvědčeni, že ostatní zase budou pomáhat jim. Mají sklon důvěřovat druhým lidem a dávají přednost spolupráci. Charakteristiky tvořící pozitivní pól dimenze přívětivost jsou sociálně žádoucí, proto budou přívětiví lidé oblíbenější než ti, kteří s druhými nespolupracují.“

Ve škále **odpovědnosti** (ESK) je **odpovědnější skupina čistých alkoholiků**. Manuál testu říká, že odpovědnost měří (Balcar, 2001, s. 42): „schopnost a ochotu odhodlat se a rozvážně, popř. s vědomím povinnosti, se angažovat pro osobní úkoly a hodnoty. Člověk jedná s vědomím závaznosti. Důsledky, které z toho vyplývají, nese s pocitem jistoty, že činí to, co je správné. Vědomí povinnosti může kompenzovat vlastní nejistotu. Žitá odpovědnost je základem pro vytvoření stabilního sebehodnocení.“ Lze tedy říct, že čistí alkoholici se při vstupu do situace více angažují a jsou schopnější aktivně jednat a nést důsledky.

Ve škále **existencialita (ESK)** má větší hodnoty skupina čistých alkoholiků. Tato škála poukazuje na rozhodnou angažovanost, tudíž je možno říci, že čistí alkoholici mají větší sklon se angažovaněji rozhodnout.

Obecně lze říci, že se skupiny významně statisticky neliší, a proto je v následujících analýzách spojuji.

## 10. Základní výsledky z použitých diagnostických nástrojů

Tato kapitola se zaměřuje na přijetí či zamítní hypotézy H1, kterou najdeme v první kapitole empirické části o cílech výzkumu. K odpovědi na danou hypotézu jsem použila tuto testovou baterii:

- NEO pětifaktorový osobnostní inventář (Hřebíčková a Urbánek, 2001)
- Existenciální škálu (Balcar, 2001)
- Dotazník životní zkušenosti (Rodná a Rodný, 2001)

Výsledky z jednotlivých testů uvádím v následujících podkapitolách.

### 10.1. Výsledky z NEO pětifaktorového inventáře

Tabulka č. 7: Vztah NEO inventáře k hypotézám

Položky v NEO inventáři	Výběrový soubor					Populace z manuálů testů			Výsledky		
	Počet respondentů	Průměr výběrového souboru	SD výběrového souboru	Počet pod průměrem populace	Počet nad průměrem populace	Počet respondentů v manuálu	Průměr populace	SD populace	P přesný výsledek	P zaokrouhlené	Vztah k hypotéze
NEUROTICISMUS	21	25,67	5,35	17	4	417	20,83	8,06	0,007	0,01	H1 přijímáme
EXTRAVERZE	21	26,81	5,11	4	17	417	30,92	7,55	0,017	0,05	H1 přijímáme
OTEVŘENOST VŮČI ZKUŠENOSTI	21	25,76	3,79	12	9	417	26,11	6,78	0,815	0,82	H1 zamítáme
PŘÍVĚTIVOST	21	28,76	5,58	10	11	417	28,14	6,37	0,662	0,67	H1 zamítáme
SVĚDOMITOST	21	28,05	3,37	7	14	417	27,29	7,49	0,644	0,64	H1 zamítáme

Z tabulky č. 7 vyplývá, že klienti léčící se ze závislosti na alkoholu se statisticky významně liší ve škále **neuroticismu** (P 0,01) a **extraverze** (P 0,05) od běžné populace. **V těchto dvou položkách tedy hypotézu H1 přijímáme. V položkách otevřenost vůči zkušenosti, přívětivosti a svědomitosti hypotézu H1 zamítáme.** Klienti se v nich tudíž od populace v normě testu neliší.

V kapitole 8. 4. poukazuji na interpretaci jednotlivých položek, které NEO inventář obsahuje. Při interpretacích vycházím z manuálu testu (Hřebíčková a Urbánek, 2001).



V položce **neuroticismus** vidíme, že náš výzkumný vzorek alkoholiků je **nadprůměrný** v porovnání s normou NEO dotazníku. Vyšší skóre v této položce poukazují na psychickou nestabilitu. Lidé s vyšším skórem v této položce se snadno nechají přivést do rozpaků, intenzivně prožívají strach, obavy a smutek. Představy těchto lidí, v našem případě alkoholiků, nekorespondují s realitou a mají omezenou možnost zvládat stresové situace a kontrolovat se.

V položce **extraverze** je náš výzkumný vzorek **podprůměrný** oproti normám NEO inventáře. Výsledky poukazují, že alkoholici v našem vzorku jsou tedy méně sebejistí, méně hovorní a méně aktivní.

**Otevřenost vůči zkušenosti** ukazuje, že se náš výzkumný vzorek od normy v testu **neliší**. Tato škála postihuje zájmy a míru zaujetí pro nové zkušenosti. Aktivita při vyhledávání nových zážitků je tedy u našeho výzkumného vzorku stejná jako u normy testu.

U škály **přívětivost** bylo také zjištěno, že výzkumný vzorek alkoholiků se oproti normám v testu **neliší**. Přívětivost charakterizuje interpersonální chování a zjišťuje kvalitu interpersonální orientace. Naši respondenti mají tedy stejný průměr s normami v testu.

I v položce **svědomitost** vidíme, že výzkumný vzorek alkoholiků se **neliší** od vzorku v normě testu. Podstatou svědomitosti je určitý druh sebekontroly, která souvisí s aktivním procesem plánování a realizací úkolů. V tom je tedy náš výzkumný vzorek stejný jako průměr normy v testu.

## 10.2. Výsledky z Dotazníku životní spokojenosti

Tabulka č. 8: Vztah DŽS k hypotézám

Položky v DŽS	Výběrový soubor					Populace z manuálů testů			Výsledky		
	Počet respondentů	Průměr výběrového souboru	SD výběrového souboru	Počet pod průměrem populace	Počet nad průměrem populace	Počet respondentů v manuálu	Průměr populace	SD populace	P přesný výsledek	P zaokrouhlené	Vztah k hypotéze
ZDRAVÍ	21	31,86	9,03	15	6	1292	38,59	7,3	0,001	0,001	H1 přijímáme
PRÁCE A ZAMĚŠTNÁNÍ	21	31,86	9,10	13	8	861	35,73	8,8	0,0469	0,05	H1 přijímáme
FINANCE	21	24,48	11,01	16	5	1292	33,93	8,84	0,001	0,001	H1 přijímáme
VOLNÝ ČAS	21	27,76	8,43	17	4	1292	36,12	8	0,001	0,001	H1 přijímáme
MANŽELSTVÍ	21	31,48	15,35	15	6	1008	40,17	7,15	0,001	0,001	H1 přijímáme
VZTAH K VLASTNÍM DĚTEM	21	22,05	17,06	17	4	832	38,58	7,13	0,001	0,001	H1 přijímáme
VLASTNÍ OSOBA	21	30,24	6,90	19	2	1292	38,91	5,59	0,001	0,001	H1 přijímáme
SEX	21	33,86	8,44	10	11	1292	35,43	7,71	0,3555	0,36	H1 zamítáme
PŘÁTELÉ, ZNÁMÍ A PŘÍBUZNÍ	21	30,24	8,18	16	5	1292	36,97	6,05	0,001	0,001	H1 přijímáme
BYDLENÍ	21	29,67	10,91	16	5	1292	37,63	7,08	0,001	0,001	H1 přijímáme
CELKOVÁ HODNOTA	21	206,86	45,87	17	4	1292	257,57	34,47	0,001	0,001	H1 přijímáme

Z tabulky č. 8 zjistíme, že klienti léčící se ze závislosti na alkoholu se statisticky významně liší ve škále zdraví, práce a zaměstnání, finance, volný čas, manželství, vztah k vlastním dětem, vlastní osoba, přátelé, bydlení a celková hodnota. V těchto položkách lze hypotézu H1 přijmout. V položce sex hypotézu H1 zamítáme. Klienti se v této položce od populace neliší.

Při interpretacích jsem vycházela z manuálu DŽS (Rodná a Rodný, 2001).

Ve škále **zdraví** je náš výzkumný vzorek alkoholiků **pod průměrem** normy v DŽS. Při nízké spokojenosti se zdravím je vlastní vliv na udržení si zdraví také považován za malý. Mohou se vyskytovat i tělesné potíže, zvýšená emocionalita, depresivní základní ladění a nízká sociální potence.

Ve škále **práce a zaměstnání** jsou alkoholici také **podprůměrní**. Nižší spokojenost v této položce poukazuje na spíše depresivní základní ladění, nižší sociální potenci a rezonanci.

**Podprůměrnost** našeho vzorku ve škále **finance** ukazuje na nespokojenost respondentů se svým příjmem, s čímž také souvisí finanční zajištěnost rodiny. Souvislost můžeme najít s nespokojeností ve škále práce a zaměstnání.

Ve škále **volný čas** byl náš výzkumný vzorek rovněž **podprůměrný**. Osoby s nižší hodnotou v této škále nejsou příliš spokojeni s prožíváním svého volného času. Celková pestrost volného času je u našich respondentů spíše nižší.

Škála **manželství** vykazuje u našeho výzkumného vzorku také **podprůměrnost** ve srovnání s normou DŽS. Nižší spokojenost s manželským životem poukazuje na tělesné obtíže, spíše depresivní základní ladění, nízkou sociální rezonanci a potenci. Vyskytují se také více interpersonální problémy.

**Vztah k vlastním dětem** je škála, kde opět vidíme **podprůměrnost** našeho výzkumného souboru. Náš výzkumný vzorek může mít nižší vztah k dětem také proto, že je odmítali jejich vlastní rodiče, což nízká hodnota v této škále vyjadřuje. U osob s nižší hodnotou v této škále se vykytuje také více interpersonálních problémů.

Ve škále **vlastní osoba** vykazuje náš výzkumný vzorek rovněž **podprůměrnost**. Vyšší spokojenost s vlastní osobou se vyskytuje především u lidí s vyššími příjmy. Při nízké spokojenosti s vlastní osobou je zmiňováno více tělesných obtíží, depresivní ladění a nízká sociální rezonance a potence.

Ve škále **sexualita** se naši respondenti od populace v normě DŽS **neliší**. Tento výsledek může souviset i s tím, že spokojenost se sexualitou je vyšší u mužů.

Ve škále **přátelé známí a příbuzní** byl náš výzkumný soubor **podprůměrný**. Při menší spokojenosti v této položce se vyskytují tělesné obtíže a depresivní ladění. S tím souvisí i vztah k prožívanému výchovnému stylu rodičů. Náš výzkumný vzorek má tedy menší kvalitu přátelských a rodinných vztahů.

Ve škále **bydlení** se náš výzkumný vzorek také nevyhnul **podprůměrnosti**. Osoby s nižší hodnotou v této škále nejsou spokojeni se svými bytovými podmínkami a s obecným standardem bydlení. Nespokojenost s bydlením vykazuje také nepatrné souvislosti s rysy osobnosti.

**Celková životní spokojenost** je u našeho souboru také **podprůměrná**. U osob s nižší životní spokojeností se vyskytuje horší zdravotní stav a základní ladění je spíše negativní. Emoční stabilita je u našich respondentů na nižší úrovni.

### 10.3. Výsledky z Existenciální škály

Tabulka č. 9: Vztah ESK k hypotézám

Položky v ESK	Výběrový soubor					Populace z manuálů testů			Výsledky		
	Počet respondentů	Průměr výběrového souboru	SD výběrového souboru	Počet pod průměrem populace	Počet nad průměrem populace	Počet respondentů v manuálu	Průměr populace	SD populace	P přesný výsledek	P zaokrouhlené	Vztah k hypotéze
SEBEOdstup	21	28,43	6,09	17	4	1028	35,31	6,78	0,001	0,001	H1 přijímáme
SEBEPřesah	21	60,05	11,10	16	5	1028	71,22	10,2	0,001	0,001	H1 přijímáme
SVOBODA	21	44,95	13,32	16	5	1028	50,59	9,64	0,009	0,01	H1 přijímáme
ODPOVĚDNOST	21	48,57	10,41	17	4	1028	57,09	11,12	0,005	0,01	H1 přijímáme
PERSONALITA	21	86,38	19,08	17	4	1028	106,53	15,62	0,001	0,001	H1 přijímáme
EXISTENCIALITA	21	91,05	18,21	16	5	1028	107,65	19,65	0,001	0,001	H1 přijímáme
EXISTENCIÁLNÍ NAPLNĚNÍ	21	179,52	31,14	17	4	1028	214,18	33,03	0,001	0,001	H1 přijímáme

Z tabulky č. 9 vyčteme, že klienti léčící se ze závislosti na alkoholu se statisticky významně liší ve všech položkách DŽS. Proto hypotézu H1 v těchto položkách přijímáme.

Většina respondentů je v položkách tohoto testu pod průměrem v porovnání s populací v manuálu ESK. Význam jednotlivých položek najdeme v tabulce č. 5. Při interpretaci položek jsem postupovala dle manuálu (Balcar, 2001).

V položce **sebeodstup** má tedy náš výzkumný soubor **nižší** (podprůměrnou) schopnost podstoupit od svých citů či představ. Respondenti z našeho vzorku nedokáží vnímat určitou situaci tak objektivně, jako ji vnímá populace v manuálu ESK.

V položce **sebepřesah** má náš výzkumný vzorek **nižší** (podprůměrnou) schopnost vycítění a vnímání hodnoty.

Položka **svoboda** nám říká, že alkoholici mají **podprůměrnou** schopnost rozhodování se.

Následující položka **odpovědnost** pak ukazuje na **podprůměrnou** schopnost aktivního jednání a vypořádání se s důsledky u našeho vzorku.

U položky **personalita** vidíme větší uzavřenost vůči hodnotám a sobě, v položce **existencialista** menší angažovanost.

**Z existenciálního naplnění (celkový skóre testu) lze usoudit, že smysluplná existence našeho výzkumného vzorku, kterou jsem porovnála s průměrem normy ESK, je podprůměrná.**

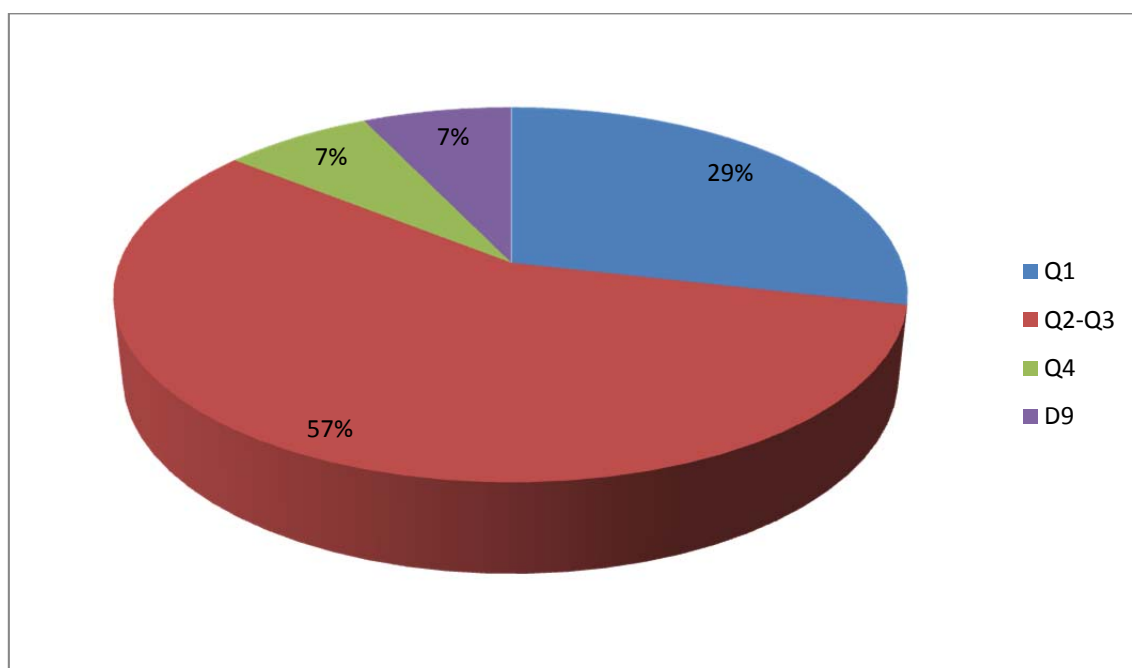
## 11. Vyhodnocení Logo-testu

Při vyhodnocení v Logo-testu jsem postupovala podle manuálu, kdy jsem vypočítala celkový skóre, který jsem následovně porovnála s věkem respondentů a s vyhodnocovací tabulkou Logo-testu.

### 11.1. Čistí alkoholici

Výsledky alkoholiků vidíme procentuálně v následujícím grafu. Respondentů v této skupině čistých alkoholiků bylo celkem 14.

Graf č. 1: Výsledky Logo-testu u alkoholiků



Z grafu je zřejmé, že **největší část respondentů (57 % respondentů) patří do pásma Q2 - Q3. Toto pásmo vypovídá o střední úrovni naplnění smyslu a průměrné duševní stabilitě bez přítomnosti ohrožení.**

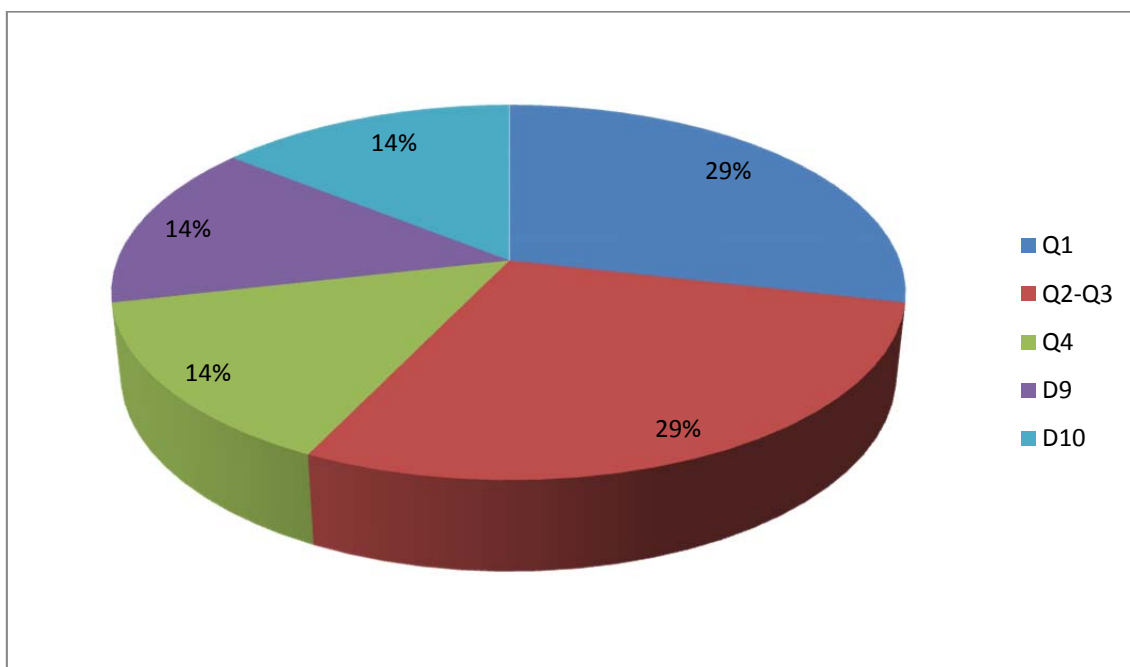
29 % respondentů patří do pásma Q1. Toto pásmo vypovídá o velmi dobré úrovni naplnění smyslu jako ukazateli stálosti duševního zdraví.

Nejmenší zastoupení má pásmo Q4 a D9. Každé pásmo má v zastoupení 7 %. Q4 znamená zhoršení naplnění smyslu, nutnou opatrnost při hodnocení duševní stability. D9 pak špatné naplnění smyslu, přítomnost existenciální frustrace ohrožující zdraví.

## 11.2. Alkoholici s přidruženou závislostí

V následujícím grafu ukazují rozložení výsledků z logo-testu pro alkoholiky s jinou přidruženou závislostí. Při vyhodnocování bylo postupováno stejně jako u alkoholiků u předchozího grafu. Respondentů v této skupině bylo celkem 7.

Graf č. 2: Výsledky Logo-testu u alkoholiků s jinou přidruženou závislostí



Graf prezentuje skutečnost, že **největší počet respondentů spadá do pásma Q1 a Q2 - Q3**. Obě tato pásma mají 29 % v zastoupení. Pásma **Q1** vypovídá o **velmi dobré úrovni naplnění smyslu jako ukazateli stálosti duševního zdraví** a pásma **Q2 - Q3** vypovídá o **střední úrovni naplnění smyslu a průměrné duševní stabilitě bez přítomnosti ohrožení**.

Pásma Q4, D9 a D10 mají každé 14 % v zastoupení. Pásma Q4 znamená zhoršení naplnění smyslu, nutnou opatrnost při hodnocení duševní stability. Pásma D9 představuje špatné naplnění smyslu, přítomnost existenciální frustrace ohrožující zdraví. Pásma D10 vypovídá o velmi špatném naplnění smyslu, pravděpodobnost noogenní neurozy nebo deprese s chorobným vývojem.

## 12. Kvalitativní zhodnocení deníku smyslu života

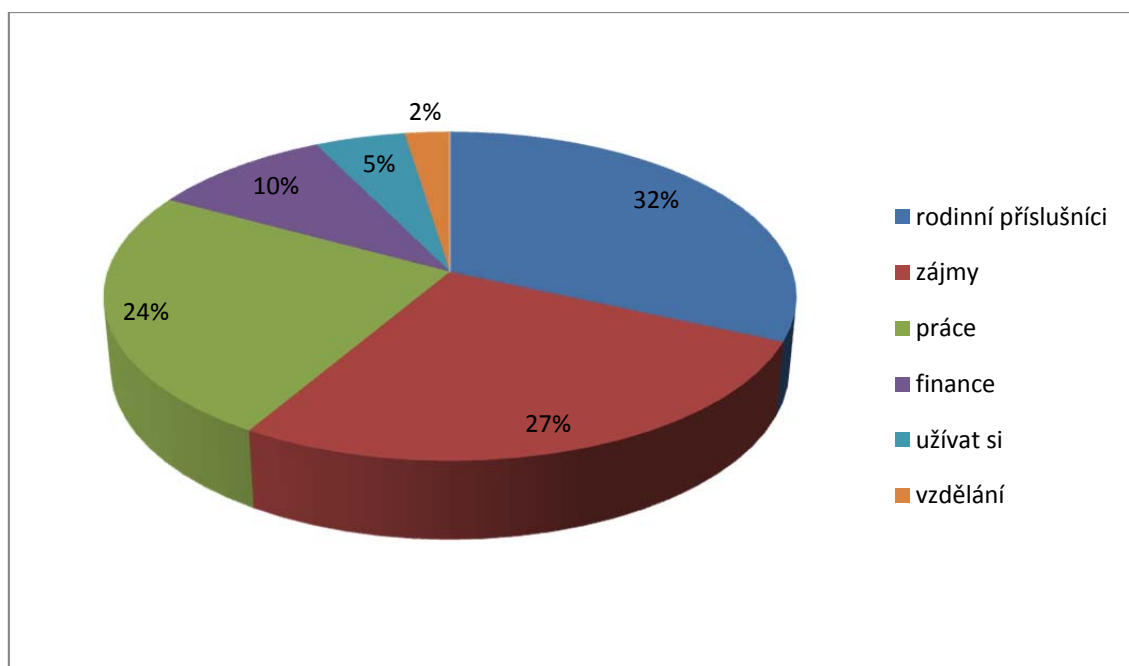
Při kvalitativním vyhodnocení deníku smyslu života jsme spojili soubory čistých alkoholiků a alkoholiků s přidruženou závislostí dohromady. Respondentů, kteří odevzdali deník, bylo celkem 18. Ke každé otázce se vyjadřují individuálně v následujících kapitolách.

### OTÁZKA Č. 1

Otázka č. 1 zní: „**Jaký byl smysl Vašeho života před tím, než jste začal být závislý na alkoholu?**“

Po přečtení deníků jsme zjistili, že se v otázce objevovaly tyto odpovědi: rodinní příslušníci, práce, zájmy, finance, užívat si, vzdělání. Rozdělení odpovědí uvádím v následujícím grafu.

Graf č. 3: **Zhodnocení otázky č. 1**



Z grafu je vidět, že **respondenti nejčastěji uváděli odpověď rodinní příslušníci**. Takto odpovědělo celkem 32 % respondentů. Druhá nejčastější odpověď byla zájmy (sport, cestování, hudba). Tato odpověď se vyskytla u 27 % respondentů. Naopak, **nejméně použitá odpověď byla vzdělání**, kterou použilo 2 % respondentů.

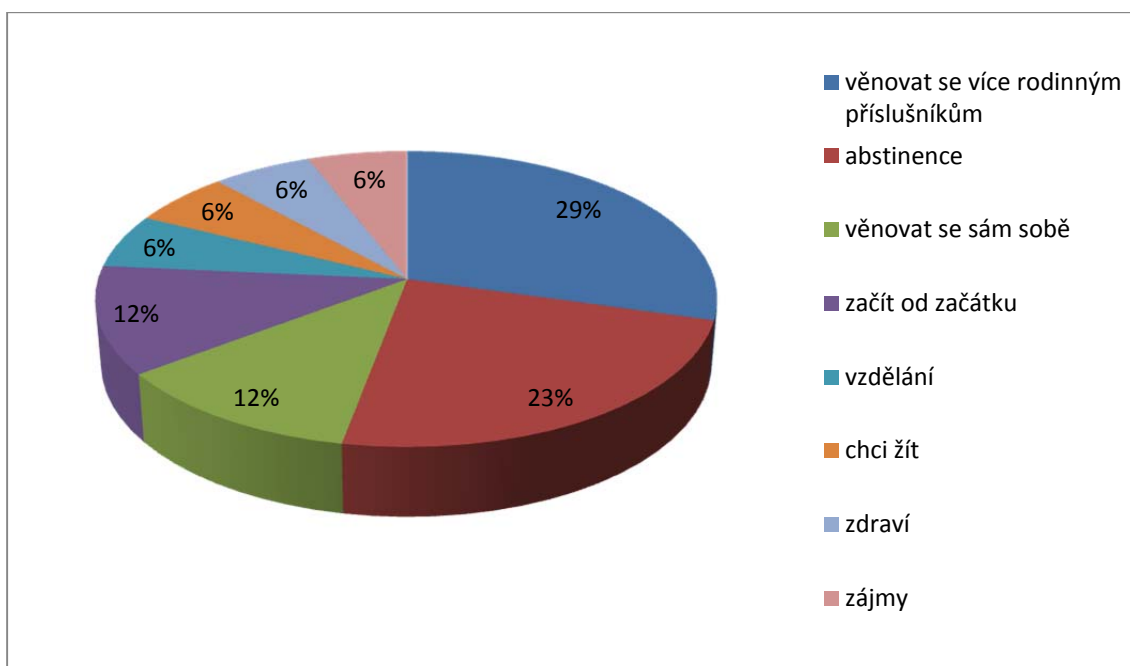
Jako příklad nejčastější odpovědi, kterou je „mí nejbližší lidé“, uvádím výpověď jednoho z respondentů: „Mít šťastnou a zdravou rodinu. Ze začátku se to v pohodě dařilo. Měl jsem hezkou ženu, se kterou jsem chodil 4 roky. Potom jsme se vzali a narodila se nám dcera. Byla mým smyslem života. Nikdy jsem jí neuhodil a naše manželství probíhalo v klidu. Měl jsem dobrou práci. Po 4 letech se narodil syn. Obě děti byly plánované. Chodili jsme na procházky. Se synem, který od malička hraje závodně fotbal, jsme jezdili na zápasy i do zahraničí. Prostě smysl života jsem spatřoval v rodinném štěstí.“

## OTÁZKA Č. 2

Otázka č. 2 zní: „Nyní se nacházíte ve stádiu léčby či abstinence. Změnil se Váš smysl života, a pokud ano, tak jak?“

Nejdříve se podívejme na to, u kolika respondentů se smysl života změnil a u kolika ne. Z celkového počtu 18 ti respondentů **změnu života registrovalo celkem 11 respondentů a 7 respondentů žádnou změnu života nezaregistrovalo.** V následujícím grafu je poukázáno, na jaké hodnoty se změnil smysl života u respondentů, kteří jeho změnu zaregistrovali. Odpovědi, které se ukazovaly k této otázce, byly: věnovat se více rodinným příslušníkům, zájmy, práce, finance, užívat si, vzdělání, abstinence, chci žít.

Graf č. 4: **Změna smyslu života u 2. otázky**





**Klienti nejčastěji použili odpověď věnovat se více rodinným příslušníkům**, a to ve 29 ti %. Druhá nejčastější odpověď byla abstinence. Takto odpovědělo celkem 23 % respondentů. **Nejméně použité odpovědi byly zájmy, zdraví, chci žít a vzdělání.** Každá odpověď měla zastoupení 6 %.

Uvádím i zde příklad výpovědi respondenta, u kterého se smysl života změnil na dvě nejčastější odpovědi: „*Smysl života se mi změnil. Uvědomil jsem si, jak jsem závislý a že do konce života jsem abstinent. Chci zase žít důstojný život a najít cestu zpět k dcerám.*“

### **OTÁZKA Č. 3**

Otázka č.3zní: „**Co si myslíte, že bude Vaším smyslem života v den ukončení léčby?**“ Odpovědi, které zazněly k této otázce, byly: rodinní příslušníci, věnovat se sobě, práce, náprava, abstinence, nezávislost, vzdělání, začlenění do společnosti, zdraví, finance, zájmy, spokojenost. Procentuální zastoupení odpovědí uvádím v následujícím výčtu:

- a) **28 % = rodinní příslušníci**
- b) **14 % = práce**
- c) **11 % = věnovat se sobě**
- d) **11 % = vzdělání**
- e) **8 % = zájmy**
- f) **6 % = abstinence**
- g) **5 % = začlenění do společnosti**
- h) **5 % = náprava**
- i) **3 % = zdraví**
- j) **3 % = finance**
- k) **3 % = nezávislost**
- l) **3 % = spokojenost**

**Nejčastější odpověď byla rodinní příslušníci**, kdy takto odpovědělo 28 % respondentů. Druhá nejčastější odpověď byla práce s 14 %. **Nejméně častou odpovědí byla spokojenost, nezávislost, finance a zdraví.** Tyto odpovědi byly použity ve 3 %.

Dále uvádím příklad výpovědi respondenta, který potvrzuje dvě nejčastější odpovědi: *„Mým smyslem života po léčbě bude rodina a práce. Práci sice mám, ale myslím, že mě propustí, až se vrátím z léčby. Chci se věnovat manželce a dětem, vychovávat a starat se o ně.“*

#### **OTÁZKA Č. 4**

Otázka č. 4 zněla: **„ Když jste opustili léčebné zařízení, jakým způsobem se změnil Váš smysl života?“** Tato otázka se týkala jen těch klientů, kteří už byli někdy předtím na léčení. Na tuto otázku nám však odpověděl jen jeden respondent takto: *„ Když si vzpomenu, tak se po prvním léčení můj smysl života dost změnil. Více jsem se věnoval rodině (místo hospodě) více aktivní v práci, čas na kolo a v zimě na hory.“*

U tohoto respondenta je zajímavé srovnání toho, co bylo jeho smyslem života před závislostí (otázka č. 1) a jak se změnil smysl života, když respondent ukončil své první léčení (otázka č. 4): *„Mým smyslem života před první léčbou (před 6ti lety) byl, že jsem chodil do práce, abych vydělával peníze a uživil svou rodinu. Manželka sice také vydělává, ale naše nároky byly docela vysoké. Máme 3 děti a rádi všichni lyžujeme a v létě kola a voda, ať v Čechách nebo v cizině. Při mé závislosti zde vznikaly samozřejmě problémy, určitým způsobem i finanční. Po léčení jsem asi 6 let abstinoval. Po koupi rodinného domu jsem při chození do práce a postupné rekonstrukci nedokázal unést únavu fyzickou i duševní a napil jsem se. Proto jsem se rozhodl zastavit recidivu a jsem zde bohužel podruhé.“*

#### **OTÁZKA Č. 5**

Otázka č. 5 zněla: **„ Jaký si myslíte, že bude Váš smysl života za 5 let?“** Odpovědi, které se vyskytovaly k této otázce, byly: rodinní příslušníci, zájmy, práce, věnovat se sobě, spokojenost, abstinence, nezávislost, zajistit si klid na stáří, finance a neví. Procentové zastoupení odpovědí uvádím v následujícím výčtu:

- a) 28 % = rodinní příslušníci
- b) 25 % = zájmy
- c) 11 % = neví
- d) 6 % = abstinence

- e) 8 % = práce
- f) 8 % = věnovat se sobě
- g) 5 % = spokojenost
- h) 3 % = nezávislost
- i) 3 % = zajistit si klid na stáří
- j) 3 % = finance

**Nejčastější odpovědí byla rodinní příslušníci.** Tuto odpověď použilo 28 % respondentů. Druhá nejčastější odpověď byla zájmy, kdy takto odpovědělo 25 % respondentů. Naopak **nejméně použitou odpovědí byly finance, zajistit si klid na stáří a nezávislost**, kdy takto odpovědělo vždy 3 % účastníků. Zajímavostí také je, že 11 % účastníků odpovědělo neví, což poukazuje na to, že se otázkou smyslu života do budoucnosti příliš nezabývají.

Zajímavým příkladem je výpověď, ve které respondent uvádí smysl života v jeho nejbližších lidech, zájmech a také v abstinenci: *„Jaký bude smysl život za 5 let? Šťastná rodina, procházky a výlety do přírody, rybaření, dovolená. Pomáhat rodičům a své sestře. A to hlavní úplná abstinence!!!“*

Z grafů a výčtů zjistíme, že u všech otázek byla na prvním místě vždy odpověď rodinní příslušníci. Mohli bychom je tedy označit za stěžejní smysl života u našich respondentů. Rodinní příslušníci mohou být velkou motivací při léčbě závislostí. Jejich zapojování do určitých etap léčby má jistě své opodstatnění. Léčit se s vidinou toho, aby klient znova mohl vychovávat své děti, být se svou ženou a starat se o své nejbližší, je jistě úctyhodné.

Odpověď „neví“, se vyskytla u otázky č. 5, kdy 11 % respondentů odpovědělo, že neví, jaký bude jejich smysl života za 5 let. Jako zajímavost uvádím příklady odpovědí: *„Chci toho hodně dosáhnout, ale nedokážu říct ani, co bude za týden, což za 5 let“*. *„Neodvažuji si představovat, jak to bude vypadat za 5 let.“* *„5 let je dlouhá doba. Nechci spekulovat.“* Je nápadné, že tito respondenti nemají vizi do budoucího života, jako má zbytek respondentů u této otázky. Ostatních 89 % respondentů vidí svůj smysl života do budoucna v rodině, zájmech, práci, abstinenci a jiných smyslech.

### 13. Diskuze

Cílem mé diplomové práce bylo zjistit, jakým způsobem prožívají smysl života lidé závislí na alkoholu a co vše může tuto problematiku ovlivňovat. Vzhledem k tomu, že jsem měla již pracovní zkušenosti s problematikou závislých mužů z psychiatrické léčebny v Praze Bohnicích, rozhodla jsem se to pro svůj výzkum využít. Zaměřila jsem se tedy na muže, kteří se léčili právě v této léčebně. Celkem bylo v našem výzkumu 21 respondentů, a to ve věku od 16 do 64 let.

Abych zjistila u respondentů míru prožívané smysluplnosti, zvolila jsem Logo-test od Lukasové (1986). Kladla jsem si mimo jiné otázku, jak s tématem smysluplnosti života souvisí životní spokojenost, osobnostní faktory a existenciální schopnost člověka. K tomuto zjištění jsem využila NEO pětifaktorový osobnostní inventář (Hřebíčková a Urbánek, 2001), Existenciální škálu (Balcar, 2001) a Dotazník životní zkušenosti (Rodná a Rodný, 2001). Součástí této otázky bylo zjistit, zda se naši respondenti liší ve výše vybraných problematikách od běžné populace v normách testů. Tyto výsledky jsem kvalitativně doplnila pomocí deníku smyslu života.

Protože jsem ale chtěla nejdříve zjistit, zda jsou rozdíly mezi respondenty závislých jen alkoholu a mezi respondenty závislých na alkoholu s jinou přidruženou závislostí, rozhodla jsem se tedy soubor rozdělit. Čistých alkoholiků bylo 14 s věkovým průměrem 46 let. Alkoholiků s jinou přidruženou závislostí bylo 7 s věkovým průměrem 30,7 let. Obě skupiny jsem porovnávala mezi sebou. Porovnávání skupin jsem provedla pomocí průměrů z jednotlivých škál, které jsou v testech. K tomuto zjištění jsem použila t-test, který ukázal, že obě skupiny se od sebe významně statisticky liší pouze v přívětivosti (NEO pětifaktorový osobnostní inventář), v odpovědnosti (ESK), v existencialitě (ESK) a ve věku. Ve všech ostatních položkách se mezi sebou skupiny statisticky významně neliší. Co se týká škály přívětivosti, t-test ukázal, že přívětivější je skupina alkoholiků s přidruženou závislostí. Položka vypovídá o tom, že tato skupina má větší sklon důvěřovat druhým lidem a dává více přednost spolupráci. To, že mají alkoholici s přidruženou závislostí větší sklon k přívětivosti, může být i proto, že jejich věkový průměr je nižší (30,7 let), a tudíž nemají takové životní zkušenosti, jako čisté alkoholici, a proto jednají více přívětivě, více důvěřují druhým a mají větší pochopení pro ostatní. Větší sklon ke spolupráci může souviset i s určitou nesamostatností (nevyznají se ve více věcech, neumí se v nich

orientovat). Zřejmě nemají také tolik negativních zkušeností a jejich altruismus je i proto větší. Ve škále odpovědnosti byla tentokrát odpovědnější skupina čistých alkoholiků. To, že tato skupina dokáže více jednat rozvážně a plnit určité úkoly a rozhodnutí, nepochybně souvisí s tím, že jsou starší (věkový průměr 46 let) a mají za sebou životní zkušenosti, které je takto usměrnily. Alkoholici s jinou přidruženou závislostí (s věkovým průměrem 30,7 let) mohou „trpět“ určitou mladickou „nerozvážností“, „nevybouřeností“ a nemají tolik vztahových zkušeností, a proto je jejich odpovědnost a schopnost nést důsledky, nižší. V této skupině je i více svobodných mužů, s čímž odpovědnost může také souviset (nemají odpovědnost za svou rodinu, nepotřebují tolik financí na její zajištění, nehledají si stálou práci s dobrým finančním ohodnocením). I proto může být jejich motivace pro odpovědnost nižší. Ve škále existencialita má větší hodnoty skupina čistých alkoholiků. Existencialitou rozumíme schopnost vstupovat odpovědně do dění a schopnost rozhodovat angažovaněji. Čistí alkoholici mají větší sklon se angažovaněji rozhodnout. I zde bych poukázala na to, co jsem zmínila v předchozí škále, a to sice, že čistí alkoholici jsou starší a mají větší životní zkušenosti, proto jsou angažovanější a dokáží se více rozhodovat a být samostatní.

Protože nám t-test ukázal, že se skupiny významně statisticky nelišily, spojila jsem je v dalších analýzách v jednu. Následující část výzkumu se zaměřuje na přijetí či zamítní hypotézy H1, která je uvedena v první kapitole empirické části o cílech výzkumu. V této části jsem tedy zjišťovala, zda se respondenti léčící ze závislosti na alkoholu budou statisticky významně lišit v jednotlivých škálách z testové baterie od běžné populace. Po srovnání našeho výzkumného vzorku alkoholiků s normami v testech jsem zjistila, že se náš soubor liší od populačních norem ve většině škál. Neliší se pouze ve čtyřech škálách a tím jsou škály: otevřenost vůči zkušenosti, svědomitost, přívětivost a sex. Hlavním důvodem toho, že se náš výzkumný soubor liší ve většině škál od běžné populace v normách testu, vidím jednoduše v tom, že jsou závislí. Logicky se tedy liší od běžné populace, která problémy se závislostí nemá.

V NEO inventáři jsem zjistila, že respondenti z našeho výzkumu jsou více nadprůměrní v neuroticismu a podprůměrní v extraverci. To, že nám položka neuroticismus říká, že je náš výzkumný vzorek alkoholiků nadprůměrný v porovnání s normou, může poukazovat na vyšší psychickou nestabilitu, větší prožívání stresu a menší míru sebekontroly, což jsou ukazatele, kteří korespondují s problémem závislosti. To, že jsou naši klienti neurotičtí, si mohou kompenzovat drogou a alkoholem. Může to však také být proto, že mají vrozené

(genetické) dispozice proto být neurotičtější. Stejně tak podprůměrnost v položce extraverte ukazuje na menší sebejistotu u alkoholiků a menší aktivnost. Lze z toho i usoudit, že alkoholici mohou hledat ve své závislosti určitý druh jistoty či si pomocí alkoholu a drog nahrazují svou menší extravertzi. Do budoucích výzkumů by tedy bylo zajímavé zjistit, zda je jejich vrozené dispozice ze škál extraverte a neuroticismus vedou k závislosti. V NEO dotazníku se náš soubor nelišil v položkách otevřenost vůči zkušenosti, přívětivost a svědomitost. V těchto položkách byla hypotéza zamítnuta. To, že se náš soubor neliší v otevřenosti vůči zkušenosti, může souviset s určitou touhou riskovat, poznat nepoznané a tedy i s určitou chutí zakusit alkoholové opojení či si prožít zážitky s drogou.

Zajímavým podnětem pro další výzkumy by bylo zjistit, proč se náš výzkumný vzorek neliší ve složkách otevřenost vůči zkušenosti, přívětivost a svědomitost. Nebo, zda stačí to, že mají v těchto položkách průměrné hodnoty s populační normou a v kombinaci s ostatními nadprůměrnými či podprůměrnými položkami tak vznikají větší sklony k závislosti.

V dotazníku životní spokojenosti jsem zjistila, že naši klienti se statisticky významně liší ve škále zdraví, práce a zaměstnání, finance, volný čas, manželství, vztah k vlastním dětem, vlastní osoba, přátelé, bydlení a celková hodnota. V těchto položkách byla hypotéza přijata. Klienti se neliší pouze v položce sex, kde byla hypotéza zamítnuta. Podprůměrnost ve škále zdraví poukazuje na zdravotní potíže, čímž většina závislých (zejména dlouhodobě) určitě trpí. Klienti mohou mít také problém s motivací proto, aby si zdraví udrželi. Víme, že závislí berou svou dávku i přesto, že vědí, že jim ke zdravotnímu stavu příliš nepřispěje. Podprůměrnost výzkumného vzorku ve škále práce a zaměstnání, může souviset také s větším výskytem neuroticismu (což vyšlo v NEO inventáři). Závislí trpí větší nespokojeností ve svém zaměstnání. Zřejmě mohou také dostat častěji výpověď z práce, protože nejsou tak stabilní, jako jiní zaměstnanci. Z položek demografického dotazníku také vidíme, že většina respondentů pracuje v tzv. „černých profesích“, které nemusí být příliš lákavé. I jejich finanční ohodnocení je většinou nižší. Důležitou roli zde může hrát i to, že většina respondentů jsou podprůměrní ve škále odpovědnost (ESK). Málo odpovědní lidé nemohou dělat dobře a zodpovědně svou práci. S tím souvisí i podprůměrnost našeho vzorku ve škále finance. Problémy mají závislí s prožíváním volného času a celkovou jeho pestrostí, což ukázala položka volného času. Je možné, že díky drogám a alkoholu přišli naši respondenti o část svých přátel a o své koníčky, které by

naplnily jejich volný čas. Otázkou také je, zda naši respondenti nezačali brát drogy díky tomu, že neměli naplnění pro svůj volný čas. Alkohol a drogy tedy mohly být náplní volného času, což vedlo k následné patologii. Můžeme zde najít i souvislost se škálou přátel, známí a příbuzní, která také byla podprůměrná. Podprůměrnost ve škále manželství může poukazovat na problémy, které se vyskytují u závislých (nestálost, neurotičnost) a mohou být v manželství problematické. Je také možné, že manželky nechtějí tolerovat chování svých mužů. Nesmíme zapomenout, že máme pouze 8 ženatých respondentů. Zbytek jsou svobodní nebo rozvedení. Nebo bychom souvislost mohli hledat také v tom, že nespokojené manželství vedlo respondenty k tomu, aby vyzkoušeli drogu či alkohol. Mohli bychom uvažovat i nad tím, že se jim možná lépe sedělo v hospodě, než aby šli domů k manželce. V další položce vidíme, že respondenti mají horší vztah ke svým dětem. V tomto případě bychom mohli říci, že asi většina dětí nemá chuť udržovat vztah se svým otcem alkoholikem a odmítavý postoj může být i z jejich strany. Souvislost můžeme také hledat ve škále odpovědnost (ESK), kde byli respondenti velmi podprůměrní. Pokud nemůže být respondent odpovědný, nemůže nést ani odpovědnost za své děti a dobře je vychovávat. Vnímání vlastní osoby je u našich respondentů také podprůměrné. S tím můžeme hledat souvislost v celkovém depresivním ladění. Nižší spokojenost vidíme také v položce bydlení, která může souviset s nižšími příjmy našich respondentů. Celková životní spokojenost je u našeho souboru také podprůměrná. S tím může souviset horší zdravotní stav, celkové negativní ladění a menší emoční stabilita. Jediná položka DŽS, ve které se naši respondenti neliší od norem, je sex. Toto zjištění může souviset s tím, že jsme zkoumali muže. V této položce je totiž spokojenost se sexualitou vyšší většinou více u mužů než u žen.

V existencionalní škále se naši respondenti statisticky liší od populace v normě ESK ve všech položkách. Hypotézu, že se náš celkový soubor bude lišit od populačních norem, tedy přijímáme ve všech položkách ESK. Položka sebeodstup, kde je náš soubor podprůměrný, vypovídá o nižší schopnosti respondentů poodstoupit od svých citů či představ. Respondenti nedokáží vnímat určitou situaci objektivně a nemají nadhled. S tím může souviset i menší schopnost tvořivosti při řešení problémů. Pro závislé je prostě jednodušší vyřešit své problémy pomocí alkoholu nebo drogy. Zejména dlouhodobější uživatelé takto řešili své problémy déle a jsou na to zvyklí. Nemají potřebu situaci řešit jinak. Podprůměrnost vykazují naši respondenti i v položce sebezpečnosti. V tomto případě se jedná o menší potřebu transcendentálních hodnot a sebezpečnosti. Dle mého názoru se

závislí s tímto fenoménem příliš nesetkávají, proto je většina respondentů pod průměrem. Jejich transcendence je vymezena na užívání drog či alkoholu. Neschopnost vyjít za hranice sebe sama a vstoupit do citového vztahu k něčemu či někomu jinému může souviset i s problémy ve vztazích, což jsme zjistili i v předchozích položkách (manželství, děti, přátele). Položka svoboda nám říká, že naši respondenti mají velmi podprůměrnou schopnost rozhodování se. Jejich svobodu jim svým způsobem jistě zablokovala závislost. Ten, kdo je závislý, jen těžko může být svobodný. Droga vždy zastře klientovo rozhodování. Vysokou podprůměrnost vykazovali respondenti v položce odpovědnost. To, že klienti neumí odpovědně vést svůj život, vidíme v souvislosti i s jinými položkami, jako je podprůměrnost v práci a zaměstnání (DŽS) či vztah k vlastním dětem (DŽS). Dalo by se také poukázat na problematickou výchovu závislých. Mnohdy nebyli ani naši respondenti v dětství odpovědně vychováni, a proto ani oni pak nedisponují takovou vlastností. U položky personalita vidíme větší uzavřenost vůči hodnotám a sobě. Zde vidíme souvislost i s položkou sebeznesah. V položce existencialita byli naši respondenti také velmi podprůměrní, což vypovídá o menší angažovanosti. Celkové existenciální naplnění našich závislých je v porovnání s normami v ESK podprůměrné. 17 respondentů z celkového počtu 21 bylo v této celkové škále existenciálního naplnění podprůměrných. Domnívám se, že nám tato škála ukázala, kde mají závislí svá „zranitelná“ místa, na které by se měla jejich terapie při léčbě zaměřit a umět je závislým lépe podat, aby si byli ve svém životě více jisti a dokázali ho lépe zvládat bez drog a alkoholu. Existencialita, jinak řečeno smysluplná existence, poukazuje na to, jak je důležité mít svůj smysl života a mít důvod proč žít. S tímto tématem by se měli závislí učit zacházet a snažit se ho co nejširším způsobem pojmout. Proto je téma smyslu života v terapii závislých nepostradatelné.

Velmi zajímavé výsledky nám přinesl Logo-test. V rámci této části výzkumu jsem chtěla zjistit pásmo smyslu života u čistých alkoholiků a alkoholiků s přidruženou závislostí. U čistých alkoholiků jsem zjistila, že největší část respondentů (57 %) má průměrnou duševní stabilitu bez přítomnosti ohrožení a 29 % respondentů má dokonce velmi dobrou úroveň naplnění smyslu. Horší až špatné naplnění smyslu života má 14 % respondentů, u kterých už je nutno pracovat na frustraci a duševní nestabilitě. Hůře na tom však jsou alkoholici s jinou přidruženou závislostí. U této skupiny jsem zjistila, že sice 58 % respondentů nemá problémy se smyslem života (jejich pásmo vypovídá o velmi dobré až střední úrovni naplnění smyslu života), ale 42 % respondentů jsou na tom již opačně. Jejich smysl života vykazuje zhoršení, špatné naplnění a dokonce i pravděpodobnost



noogení neurózy či deprese. Rozdílné výsledky mezi oběma skupinami si můžeme vysvětlit především věkem. Starší skupina (věkový průměr 46 let) čistých alkoholiků disponuje většími životními zkušenostmi a stálostí, které jim ukazují smysl života. Mohou to být děti, manželství či práce. Tyto hodnoty, které v průběhu života získali, mohou být jejich naplněním, které je dokáže motivovat k tomu, aby se svou závislostí pracovali a léčili se. Oproti tomu alkoholici s jinou přidruženou závislostí a nižším věkovým průměrem (30,7 let) těmito hodnotami zatím nedisponují, a proto jejich životní naplnění není na tak dobré úrovni jako u čistých alkoholiků. Je možné, že tyto hodnoty získají až v průběhu života. Zjištění z Logo-testu lze shrnout asi takto: větší možnost existenciální neurózy lze najít u mladších respondentů (alkoholiků s jinou přidruženou závislostí), kteří nemají dostatek životních zkušeností, které by je mohly navést na smysluplnost života, jako mají čistí alkoholici s větším věkovým průměrem. Při práci v terapii, především s mladými závislými lidmi, by se tedy mělo velmi důsledně pracovat s tématem smysl života a najít způsoby, jak ho získat.

V následující kvalitativní části, kde jsem zjišťovala informace pomocí deníku, jsem si kladla otázky zaměřené na vývoj smyslu života. V první otázce (jaký byl smysl Vašeho života předtím, než jste začal být závislý na alkoholu) se objevovaly odpovědi jako rodinní příslušníci, práce, zájmy, finance, užívat si, vzdělání. Nejčastější odpověď (32 %) však byla rodinní příslušníci. Z grafu lze vyčíst, že respondenti nejčastěji uváděli odpověď rodinní příslušníci. Odpověď zájmy měla zastoupení 27 % respondentů. Nejméně použitá odpověď byla vzdělání (2 %). Je tedy možno usoudit, že rodina měla před závislostí respondentů velmi důležitou úlohu a byla pro většinu smyslem života. Na rozdíl od vzdělání. Což ale souvisí s menším počtem studujících v našem výzkumném vzorku. Většina respondentů má již své vzdělání za sebou, protože jsou starší. V druhé otázce (nyní se nacházíte ve stádiu léčby či abstinence. Změnil se Váš smysl života, a pokud ano, tak jak) změnu života registrovalo celkem 11 respondentů a 7 respondentů žádnou změnu života nezaregistrovalo. Vidíme tak, že většině se smysl života po závislosti změnil. V této otázce se nám ukázalo znovu to, že rodina může být důležitým prvkem pro smysl života, protože 29 % respondentů použilo odpověď věnovat se více rodinným příslušníkům. Z toho bychom mohli vyčíst, že by respondenti chtěli své rodinné vztahy více upevnit a realizovat se v rodinném životě. Rodina je pro ně velmi důležitou podporou, a proto vidí většina smysl života v ní. Druhá nejčastější odpověď byla abstinence (23 %), což je celkem logické. Je to nový smysl života, který se objevil až potom, co klienti zjistili, že jsou

závislí. Z tohoto smyslu je také vidět, že jsou klienti motivovaní k abstinenci a snaží se jí dodržet. Ze třetí otázky (co si myslíte, že bude Vaším smyslem života v den ukončení léčby) lze zjistit, že rodinní příslušníci jsou znovu nejčastější odpovědí. Znovu se nám tedy potvrzuje to, že rodina je velmi důležitým faktorem smyslu života. Druhou nejčastější odpovědí byla práce. Mohli bychom tedy doporučit, aby se klienti v průběhu léčby zaměřovali především na téma rodina a práce. Možná by bylo také vhodné, aby si klienti připravili po léčbě vhodné prostředí pro konfrontaci se svou rodinou a vyřešili své pracovní povinnosti, aby mohli tak tyto oblasti dále rozvíjet. Je tedy vhodné klienty v průběhu terapie motivovat těmito tématy. To, že klienta je vhodné konfrontovat s tématem rodina a práce vidíme v následující odpovědi respondenta: *„Mým smyslem života po léčbě bude rodina a práce. Práci sice mám, ale myslím, že mě propustí, až se vrátím z léčby. Chci se věnovat manželce a dětem, vychovávat a starat se o ně.“* Z odpovědi je patrné, že klient se na svůj odchod z léčebny připravuje a přemýšlí nad tím, co pro něj bude po léčbě přínosné. Odpovědi, které se vyskytovaly v této otázce, byly: rodinní příslušníci, zájmy, práce, věnovat se sobě, spokojenost, abstinence, nezávislost, zajistit si klid na stáří, finance a nevím. Nejčastější odpovědi jsou znovu rodinní příslušníci. Pokud tuto otázku porovnáme s první, zjistíme, že se v první otázce vůbec nevyskytuje smysl jako věnovat se sám sobě, spokojenost, nezávislost, zajištění klidu na stáří a abstinence. Což poukazuje na to, že respondenti svůj smysl života přehodnocují a závislost ho mění. Respondenti zjistili také to, že se zřejmě nedostatečně věnovali sami sobě a zaměřovali se spíše na práci, finance či rodinu. Toto zjištění může poukazovat na to, že mít prostor sám pro sebe, zaměření se na svou osobu a trochu si odpočinout od práce a jiných starostí, je také důležitým faktorem v práci se závislými. Zde chci ještě jednou poukázat na důležitost vnímání rodiny, což se nám potvrdilo v každé otázce. Vidíme, že rodina má největší zastoupení, co se týká smyslu života. Je proto nezbytné při léčení pracovat i s ní, aby byla dotyčnému nablízku a dokázala ho lépe pochopit. Proto je na místě využívání rodinných terapií či sezení, různé doléčovací skupiny i pro rodinné příslušníky. Rodina je jistě faktor, který může závislému pomoci překonat jeho problémy. Je to důvod, proč dotyčný chce abstinovat.

Výsledky této diplomové práce jistě mohou být motivací pro práci se závislými. Avšak bychom neměli zapomenout, že náš soubor není dostatečně veliký na to, aby se tyto výsledky mohly všeobecně aplikovat. Mohou jistě sloužit jako zamyšlení pro práci se

závislymi a poukazují na to, že principy logoterapie by měly být v léčebnách jistě také využívány nebo by se logoterapie mohla stát přímo součástí léčebného procesu.

Dále může tato diplomová práce sloužit jako podklad pro další výzkumy, které se budou zabývat otázkou smyslu života. Především by bylo dobré navázat na tuto diplomovou práci longitudiálním výzkumem a sledovat, jak se respondentům jejich smysl života vyvíjí nadále a zda jim jejich smyslu života pomohl v léčbě nebo ne. Přínosné by bylo také zjistit smysl života u závislých, kteří nejsou v léčebnách a zaměřit se např. na lidi bez domova a výsledky porovnat. Mohlo by se tak zjistit, jaký má léčba vliv na utváření smyslu života.

Jako jeden z určitých nedostatků této práce vidím v tom, že náš výzkumný soubor je příliš malý na to, aby se mohly výsledky interpretovat na populaci závislých na alkoholu. Další kritický bod vidím v tom, že výzkum byl prováděn jen v jedné léčebně, což na výsledky mohlo mít také vliv. Vliv na výsledky práce měla také použitá testová baterie. Zejména některé otázky v Logo-testu jsou nevhodně formulované a hodnocení kvalitativní části se mi zdá značně subjektivní. Tímto problémem se zabývali i Konkoly, Martos, Bachner, Kushnir (2010). Cílem jejich výzkumu bylo vytvořit upravenou verzi této metodiky a zjistit validitu tohoto testu. Výzkum prováděli pomocí upravené verze Logo-Test-R. Jejich výsledky potvrdily, že tato metoda má dobrou konstruktivní validitu. Výsledky této diplomové práce mohla ovlivnit i má přítomnost při administraci všech testů, jelikož mě pacienti viděli prvně a mohli se tak snažit o lepší dojem.

Pokud bychom si dovolili srovnat naše výsledky Logo-testu s výzkumem Kavenské (2008), která ho ve svém výzkumu také využívala, zjistíme, že se naše výsledky mohou trochu lišit. 27 % respondentů ve výzkumu Kavenské spadalo do pásma D9 (špatné naplnění smyslu). V našem případě mělo 57 % pásma Q2 - Q3 (průměrnou duševní stabilitu) a D9 7 % respondentů. V tomto případě se naše výsledky příliš neshodují. Blíže bychom byli výsledkům Kavenské, kdybychom je porovnali s výsledky alkoholiků s jinou přidruženou závislostí. Tito respondenti měli zastoupení v pásmu Q4 14 %, D9 14 % a D10 také 14 %. Tato pásma vykazují zhoršení naplnění smyslu, nutnou opatrnost při hodnocení duševní stability a existenciální frustraci. Zajímavé zjištění vidíme při srovnání s výzkumem Slabého (2007). Jeho výzkum mimo jiné zjistil, že závislost spočívá především ve ztrátě svobody a také v následcích, které díky ní vznikají. S tímto výsledkem koresponduje naše zjištění v dotazníku ESK ve škále svoboda, kde nám vyšlo, že se naši

respondenti cítí nesvobodně, protože jejich výsledek byl oproti normě v testu velmi podprůměrný. V určitém smyslu korespondují výsledky našeho výzkumu se zjištěním Jacobsona, Rittera a Muellera (1977), kteří také poukazují na účelnost a důležitost smyslu života při léčbě závislých. Tumpachová (2005), která ve svém výzkumu zkoumala osoby závislé na návykových látkách, neprokázala předpoklad existenciální frustrace u alkoholiků a ani u toxikomanů. S tímto výzkumem se naše výsledky shodují spíše u respondentů závislých jen na alkoholu, kde bylo jen 7 % respondentů v pásmu D9. Naopak vyšší míru frustrace najdeme u závislých na alkoholu s jinou přidruženou závislostí. Zde měli naši respondenti zastoupení v pásmech Q4 14%, D9 14% a D10 také 14%. Tito respondenti tedy vykazují zhoršené naplnění smyslu a vyšší míru existenciální frustrace.

## 14. Závěr

Tato diplomová práce se zabývá otázkou smyslu života u klientů v procesu léčby se závislostí na alkoholických a nealkoholických drogách. Zjišťovali jsme, jakou mají respondenti z našeho výzkumu životní spokojenost, osobnostní faktory a existenciální schopnost a zda se v těchto škálách liší obě skupiny mezi sebou a dále zda se liší od průměru populace. Kvalitativní část diplomové práce zjišťovala vývoj smyslu života v průběhu léčby. Ze zjištěných výzkumů plynou tyto závěry:

- Skupiny čistých alkoholiků a alkoholiků s jinou přidruženou závislostí se liší mezi sebou jen v přívětivosti (NEO pětifaktorový osobnostní inventář), odpovědnosti (ESK) a existencialitě (ESK). **Obecně se tedy obě skupiny mezi sebou ve většině škál z testových baterií významně statisticky neliší** (neliší se např. v neuroticismu, zdraví či svobodě atd.).
- Celkový soubor se liší od populačních norem ve všech škálách testové baterie, kromě škál otevřenost vůči zkušenosti, přívětivost, svědomitost a sex. **Z toho plyne, že závislí pacienti se významně liší od populačních norem v osobnostních faktorech, životní spokojenosti a vnímání své existence.**
- Soubor čistých alkoholiků má v Logo-testu největší zastoupení (57 %) v pásmu Q2 - Q3 (což vypovídá o střední úrovni naplnění smyslu, průměrná duševní stabilita bez přítomnosti ohrožení) a 29 % respondentů patří do pásma Q1 (vypovídá o velmi dobré úrovni naplnění smyslu jako ukazateli stálosti duševního zdraví). **Z toho plyne, že většina čistých alkoholiků má průměrné až velmi dobré naplnění smyslu života.**
- Soubor alkoholiků s jinou přidruženou závislostí má 29 % respondentů v pásmu Q1 (velmi dobrá úroveň naplnění smyslu jako ukazatel stálosti duševního zdraví) a také 29 % respondentů v pásmu Q2 - Q3 (vypovídá o střední úrovni naplnění smyslu, průměrná duševní stabilita bez přítomnosti ohrožení). Má však 42 % respondentů, kteří trpí zhoršením životního smyslu (Q4 14 % - zhoršení naplnění smyslu, D9 14% - špatné naplnění smyslu s výskytem existenciální frustrace a D10 14% - velmi špatném naplnění smyslu, má pravděpodobnost noogenní neurózy nebo deprese s chorobným vývojem). **Větší možnost existenciální neurózy a zhoršeného naplnění smyslu lze tedy najít u alkoholiků s jinou přidruženou závislostí.**

- Z kvalitativní části výzkumu jsme zjistili, že **nejvýznamnější smysl života pro naše respondenty je rodina**. Po srovnání smyslu života respondentů s dobou před závislostí a se stavem, kdy už byli závislí, jsme zjistili, že **u většiny respondentů se smysl života změnil a zaměřil se ještě více na zlepšení rodinných vztahů či na vlastní abstinenci**, ve které vidí smysl. Při porovnání 1. a 5. otázky bylo zjištěno, že se **v průběhu léčby mohou vyskytnout nové smysly života** (věnovat se sám sobě, spokojenost, nezávislost, zajištění klidu na stáří, abstinence), které se v době před závislostí u respondentů neobjevovaly. **Výsledky tedy poukazují na to, že léčba může napomáhat k přehodnocování smyslu života a dokáže ho ovlivnit.**

## 15. Souhrn

V naší společnosti je konzumace alkoholu výrazným problémem, se kterým se setkáváme téměř každý den. Má také své místo při různých rituálech a tradicích, které jsou v naší zemi s konzumací alkoholu spojené. Z konzumace alkoholu však může vznikat také závislost. Podle českého statistického úřadu činila v roce 2010 v Čechách spotřeba alkoholických nápojů na jednoho obyvatele 170,9 l (Český statistický úřad, 2012). **MKN 10** diagnostikuje závislost tehdy, pokud se v průběhu roku projeví alespoň 3 z těchto kritérií:

- craving, tedy silná touha látky
- snížená sebekontrola při užívání alkoholu
- tělesný odvykací stav, pokud je látka vysazena nebo pokud je její hladina menší
- zvyšující se spotřeba a tolerance dávky, aby dotyčný dosáhl žádoucího stavu
- zanedbávání zájmů
- pokračování v užívání i přes důkazy o škodlivých následcích

O vzniku závislosti a jejích příčinách nás mohou informovat různé teorie. Můžeme je rozdělit na teorie biologické, sociologické, psychologické a na integrativní modely (Řehan, 2007; Heller a Pecinová, 1996). Dále mohou být příčinou vzniku závislosti různé společenské příčiny jako společnost, prostředí města, rodina, sociální skupina, nižší úroveň vzdělání a sociální deprivace (Vágnerová, 2008). Závislost má také svůj vývoj. Asi neznámější je Jellinkovo rozdělení vývojových fází. Na začátku se jedná o tzv. stádium počáteční, dále stádium varovné, rozhodné stádium a poslední je konečné stádium, kdy už zvyšující se dávky způsobují těžká somatická poškození (Skála, 1988). Důsledky takové závislosti mohou být samozřejmě zničující. Vágnerová (2008) uvádí důsledky jako selhání v profesní roli, selhání v rodinném a partnerském prostředí. Závislost však může být spojena i s kriminální činností. Mezi další důsledky závislosti patří i poruchy, které jsou spojené s užíváním alkoholu. Jednoduché rozdělení těchto poruch uvádí Smolík (1996). Mohou to být poruchy, které souvisejí s přímým účinkem alkoholu na CNS (alkoholová intoxikace, odvykací stav) nebo poruchy způsobené chováním, které je spojené s užíváním alkoholu (abúzus alkoholu, syndrom závislosti).

**Smysl života** je pojem, jehož význam nelze jednoznačně definovat. Můžeme ho vnímat jako potřebu orientovat se v mezních situacích či životních křižovatkách (Raban,

2008) či jako pojem, který je v průběhu života nutno vyhlížet, přijímat ho i prožívat (Heller, 2005 in Křivohlavý, 2006). Smysl můžeme vnímat také jako určitou ideu či cíl (Křivohlavý, 2006). V psychologii se tomuto fenoménu nejvíce věnuje logoterapie, jejíž hlavním představitelem je **Viktor Emil Frankl**. **Logoterapie** při práci s klientem využívá především pojmy: svoboda vůle, vůle ke smyslu, trojí způsob nalézání smyslu, postoje pomáhající se vyrovnat s utrpením, pojmy existencionální vakuum a nedělní neuróza. Mezi základní cíle léčby v logoterapii řadíme (Balcar, 1997 in Timuřák, 2006) hodnotové ukotvení a sebezpřesah. Důležitým bodem v terapii je vést pacienta k jeho vlastní odpovědnosti. Frankl (2006b) zdůrazňuje, že logoterapie má dávat člověku v terapii nejvyšší možné vědomí ve svou vlastní odpovědnost. Klade tak nejen důraz na odpovědnost člověka, ale i na jeho svobodu. Mezi základní techniky logoterapie řadíme dereflexi, paradoxní intenci či koperníkovský obrat (Lukasová, 1998; Frankl, 2006 b; Timuřák, 2006).

Při léčbě závislostí se často využívá různých terapeutických komunit či jiných léčebných zařízení. Mezi základní formy protialkoholní léčby řadí Nešpor (2006) ambulantní léčbu, ústavní léčbu, denní stacionáře. Náplní těchto zařízení je většinou psychoterapie, léčba tělesných a duševních problémů, relaxační techniky, různá cvičení, běh a jiná tělesná aktivita. V naší zemi má místo komunit svou dlouhou tradici. Mezi průkopníky komunitní léčby závislostí patří především MUDr. Jaroslav Skála, který zavedl známého Apolináře a v něm klub KLUS. Mezi další odborníky věnující se problematice komunitní léčbě, je MUDr. Karel Nešpor.

Zajímavé výsledky přinášejí výzkumy, které se zabývají problematikou smyslu života u závislých. Například Tumpachová (2005) zkoumala, jakou roli hraje smysl života, jeho naplnění a životní hodnoty při léčbě a následné rehabilitaci u klientů, kteří jsou závislí na návykových látkách. Na konci léčby bylo zjištěno zlepšení v prožívání smysluplnosti a životních hodnot. Nepotvrdil však předpoklad existenciální frustrace závislých osob. Smysl života u závislých zkoumal také Slabý (2007). Jeho výsledky poukazují na to, že lidé závislí na alkoholu subjektivně prožívají nižší míru smysluplnosti a vyšší míru závislosti na alkoholu. Dále bylo zjištěno, že závislost spočívá především ve ztrátě svobody a také v následcích, které díky ní vznikají. Kavenská (2008) zkoumala, zda se liší smysl života u alkoholiků na počátku léčby a na jejím konci. Z výsledků jejího výzkumu byl zjištěn rozdíl v prožívání smysluplnosti na začátku a konci léčby.



Z výsledků výzkumů jsem se také inspirovala při výzkumné části mé diplomové práce. Samotný výzkum jsem provedla v Psychiatrické léčebně v Bohnicích. Výzkumný vzorek byl tvořen 21 muži závislých na alkoholu. Z toho 7 mužů mělo ještě jinou přidruženou závislost. Cílem mého výzkumu bylo zjistit, jak prožívají smysl života čisté alkoholici a alkoholici s jinou přidruženou závislostí. Zjišťovala jsem také životní spokojenost, osobnostní faktory a existenciální schopnost těchto závislých. Zajímalo mě, zda se v těchto škálách liší obě skupiny (čisté alkoholici a alkoholici s jinou přidruženou závislostí) mezi sebou a dále zda se liší celkový soubor od průměru populace. Kvalitativní část diplomové práce zjišťovala vývoj smyslu života v průběhu léčby. Obecně se ukázalo, že skupiny čistých alkoholiků a alkoholiků s jinou přidruženou závislostí se od sebe navzájem v osobnostních faktorech, existenciální schopnosti a životní spokojenosti neliší. Naopak se nám ale potvrdilo, že celkový soubor (21 respondentů) se v těchto charakteristikách významně liší od populačních norem (soubor respondentů se nelišil pouze ve škálách otevřenost vůči zkušenosti, přívětivost, svědomitost a sex). Dále bylo zjištěno, že většina čistých alkoholiků má velmi dobré až průměrné naplnění smyslu života. Větší možnost existenciální neurózy a zhoršeného naplnění smyslu se ale zjistilo u alkoholiků s jinou přidruženou závislostí. Výsledky kvalitativní části poukazují na významnost rodiny jako smyslu života. V průběhu léčby se smysl života u respondentů ještě více zaměřil na zlepšení rodinných vztahů a na abstinenci. Výsledky také poukazují na to, že léčba může napomáhat k přehodnocení smyslu života. Zjištění z této diplomové práce mohou být inspirací pro práci se závislými na alkoholu. Výsledky mimo jiné poukazují na to, že principy logoterapie by měly být v práci se závislými využívány a že otázka smyslu života může být velmi důležitým podnětem při léčbě závislých.

## 16. Použitá literatura

- Balcar, K. (2001). *ESK-Existenciální škála*, Praha: Test centrum.
- Balcar, K. (1992). *Logo-test*. Chrudim: nakladatelství MACH.
- Balcar, K. (1995a). Logoterapie a existenciální analýza Viktora E. Frankla. *Československá psychologie*, 39 (2), s. 127-142.
- Balcar, K. (1995b). Standardizace dotazníku Logo-test na vzorku studujících českých vysokých škol. *Československá psychologie*. 39 (5), s. 400-405.
- Bolek, T. (2001). *Vývoj smysluplnosti života klientů v terapeutické komunitě pro drogově závislé*. (Diplomová práce). Brno, filozofická fakulta MU.
- Brichcín, S., Spilková, (2002). Alkohol a jeho vztah k sexuální kriminalitě. *Kriminalistika-čtvrtletník pro kriminalistickou teorii a praxi*. 2. Staženo 10. 3. 2012 z [http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/kriminalistika/2002/02\\_02/brichcin.html](http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/kriminalistika/2002/02_02/brichcin.html)
- Castellanos, N., Conrod, P. J. (2006). Brief interventions targeting personality risk factors for adolescent substance misuse reduce depression, panic and risk-taking behaviours. *Journal of Mental Health*. 15, 6, 645-658.
- Český statistický úřad. (2012). Spotřeba alkoholických nápojů na 1 obyvatele v České republice. Stáhnuto 7. 2. 2012 z [http://www.czso.cz/csu/dyngrafy.nsf/graf/cr\\_od\\_roku\\_1989\\_alkohol](http://www.czso.cz/csu/dyngrafy.nsf/graf/cr_od_roku_1989_alkohol).
- Csémy, L., Nešpor, K., Sovinová, H. (2001) *Problémy s alkoholem v rodině, zpráva pro evropskou unii*. Stáhnuto 5. 3. 2012 z <http://www.kratkeintervence.cz/dokumenty/alkoholarodina.pdf>.
- Doleželová, V. (2006). *Vliv alkoholismu na sociální vztahy jedince*. (Bakalářská práce). Brno, pedagogická fakulta MU.
- Frankl, V., E. (1996). *A přesto říci životu ano*. Praha: Karmelitánské nakladatelství.
- Frankl, V., E. (2006a). *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta.
- Frankl, V., E. (2006b). *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta.

- Hajný, M. (2001). *O rodičích a dětech*. Praha: Grada.
- Halama, P. (2003). *Možnosti logoterapie v terapii drogově závislých*. Stáhnuto 4. 3. 2012 z <http://katpsych.truni.sk/existprob/prispevky/halama.htm>.
- Hartl, P., Hartlová, H. (2004). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Heller, J., Pecinová, O. (1996). *Závislost známá neznámá*. Havlíčkův Brod: Grada
- Hosek, J. (1998). *Sám proti alkoholu*. Praha: Grada.
- Hřebíčková, M., Urbánek, T. (2001). *NEO pětifaktorový osobnostní inventář*. Praha: test centrum.
- Jacobson, G., Ritter, D., Mueller, L. (1977). Purpose in life and personal values among adult alcoholics. *Journal of Clinical Psychology*. 33 (1), s. 314- 316.
- Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup I*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Kalina, K. (2008a). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
- Kalina, K. (2008b). *Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada.
- Kavenská, V. (2008). *Smysl života v kontextu závislosti na alkoholu*. (Rigorozní práce). Univerzita Palackého, Olomouc, Česká republika.
- Konkolý, B., Martos, T., Bachner, Y. G., Kushnir, T. (2010). Development and psychometric evaluation of a revised measure of meaning in life: The Logo-Test-R. *Studia psychologica*, 52, 2, s. 133-145.
- Křivohlavý, J. (2006). *Psychologie smysluplnosti existence. Otázky na vrcholu života*. Praha: Grada.
- Kubáčková, E. (2007). *Možnosti využití principů logoterapie a existenciální analýzy při sociální a terapeutické práci s drogově závislými klienty Psychiatrické léčebny Kroměříž*. (Bakalářská práce) Brno, filozofická fakulta MU.

- Kvapilík, J. (1985). *Člověk a alkohol*. Praha: Avicenum.
- Längle, A. (2002). *Smysluplně žít*. Brno: Cesta.
- Längle, A. (1997). Nalézt přítakání k životu. Staženo 5. 3. 2012 z <http://www.slea.cz/index.php/odborne-texty-mainmenu-2/6-alfried-langle/8-alfried-langle-pritakani-zivotu>.
- Lukasová, E., S. (1986). LOGO-test. Test zur Messung von „inner Sinnerfüllung“ und „existentieller Frustration“. Wien: Deuticke.
- Lukasová, E. (1998). *I tvoje utrpení má smysl. Logoterapeutická útěcha v krizi*. Brno: Cesta.
- Menšíková, M. (2011). Alkoholismus - sociálně patologický jev v kontextu nezaměstnanosti. (Bakalářská práce). Univerzita Palackého, Cyrilometodějská teologická fakulta, Olomouc.
- Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
- Nešpor, K. (2009). Léčba deliria tremens. *Adiktologie*, 9 (2), s.120-121.
- Nešpor, K. (2006). *Zůstat střízlivý*. Brno: Host.
- Nešpor, K., Csémy, L. (2001). *Návyková rizika a stres u zdravotnických profesí*. Praha: Sportproprag.
- Nešpor, K. (1992). *Týká se to i mne?* Praha: Sportproprag.
- Novotný, V. (2010). Genetika alkoholizmu. *Alkoholismus a drogové závislosti*. 45, č. 1, s. 41-45.
- Poláčková, J. (2008). *Nadužívání alkoholu, alkoholismus a kriminalita. Psychologické, sociální a právní problémy*. (Diplomová práce). Masarykova univerzita, Právnická fakulta.
- Policie ČR a, Staženo 5. 3. 2012 z <http://www.policie.cz/clanek/statisticka-rocenka-dopravnich-nehod-za-rok-2010.aspx>.

Policie ČR b, Staženo 5. 3. 2012 z <http://www.policie.cz/clanek/statisticke-prehledy-kriminality-mapy-kriminality.aspx>.

Raban, M. (2008). *Duchovní smysl člověka dnes*. Praha: Vyšehrad.

Rodná, K., Rodný, T. (2001). *Dotazník životní spokojenosti*. Praha: Testcentrum.

Řehan, V. (2007). *Adiktologie I*. Olomouc: Univerzita Palackého.

Skála, J. (1988). *Až na dno!?: fakta o alkoholu a jiných návykových látkách*. Praha: Avicenum.

Skála, J. (1987). *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum.

Slabý, M. (2007). *Smysl života a závislost na alkoholu v kontextu adiktologie*. (Diplomová práce). Brno, filozofická fakulta MU.

Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf.

Šedivý, V., Válková, H. (1988). *Lidé, alkohol a drogy*. Praha: Naše vojsko.

Timuřák, L. (2006). *Základy vedení terapeutického rozhovoru*. Praha: Portál.

Tumpachová, N. N. (2005). Hodnocení smyslu života v průběhu psychoterapie osob závislých na návykových látkách. *Adiktologie*, 5(4), 504-515.

Útrata R. (1986) *Repetitorium forezní alkoholologie*. Praha: Výzkumný ústav psychiatrický.

Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.

Vybíral, Z.; Roubal, J. a kol. (2010). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.

World Health Organization. (2006). *Mezinárodní klasifikace nemocí. Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decennální revize MKN-10*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky.

## **Abstrakt**

**Název práce:** Smysl života u závislých na alkoholu

**Autor práce:** Bc. Dominika Samková

**Vedoucí práce:** PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 92 stran, 141 266 znaků

**Počet příloh:** 3

**Počet titulů použité literatury:** 56

Diplomová práce se zabývá smyslem života u alkoholiků v Psychiatrické léčebně Bohnice. Teoretická část je zaměřena na problematiku závislostí a na logoterapii. Výzkum se zaměřil na zkoumání smyslu života, životní spokojenosti, osobnostních faktorů a existenciální schopnosti. Kvalitativní část diplomové práce zjišťovala vývoj smyslu života v průběhu léčby. Pro sběr dat byl použit Logo-test (Balcar, 1992), Dotazník životní spokojenosti (Rodná a Rodný, 2001), NEO pětifaktorový osobnostní inventář (Hřebíčková, Urbánek, 2001) a Existenciální škála (Balcar, 2001). Výsledky z těchto testových baterií ukázaly, že celkový soubor se liší od populačních norem ve všech škálách testové baterie, kromě škál otevřenost vůči zkušenosti, přívětivost, svědomitost a sex. U většiny čistých alkoholiků vypovídají výsledky z Logo-testu o střední úrovni naplnění smyslu a průměrné duševní stabilitě bez přítomnosti ohrožení. Větší možnost existenciální neurózy a zhoršeného naplnění smyslu bylo zjištěno u alkoholiků s jinou přidruženou závislostí. Výsledky kvalitativní části poukazují na významnost rodiny jako smysl života. V průběhu léčby se smysl života u respondentů ještě více zaměřil na zlepšení rodinných vztahů a na abstinenci. Výsledky také poukazují na to, že léčba může napomáhat k přehodnocení smyslu života.

**Klíčová slova:** závislost na alkoholu, smysl života, logoterapie, osobnostní faktory, existenciální psychologie

## **Abstract**

**Title:** Meaning of life for people addicted to alcohol

**Author:** Bc. Dominika Samková

**Supervisor:** PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 92 pages, 141 266 characters

**Number of appendices:** 3

**Number of references:** 56

Diploma thesis deals with the meaning of life of alcoholics at Bohnice Psychiatric Hospital. The theoretical part focuses on the issues of addiction and logotherapy. Research focused on examining the meaning of life, life satisfaction, personality factors and existential skills. The qualitative part of the thesis examined the development of the meaning of life during treatment. For data collection was used Logo-Test (Balcar, 1992), Dotazník životní spokojenosti (Rodná and Rodný, 2001), NEO pětifaktorový osobnostní inventář (Hřebíčková, Urbánek, 2001) and Existenciální škála (Balcar, 2001). The results of these test batteries showed that the total file is different from population norms on all scales of test batteries, apart from scales of openness to experience, friendliness, conscientiousness and sex. For most pure alcoholics the results of the Logo-test reveal medium-level sense of fulfillment and the average mental stability without the presence of danger. Greater possibility of existential neurosis and reduced sense of fulfillment was found among alcoholics associated with another addiction. Qualitative results suggest the importance of family as the meaning of life. During treatment, the meaning of life among respondents more focused on improving family relationships and abstinence. The results also suggest that medical treatment can help to rethink the meaning of life.

**Keywords:** dependence on alcohol, meaning of life, logotherapy, personality factors, existential psychology.

## **SEZNAM TABULEK A GRAFŮ**

Tabulka č. 1: Kriminální činnost pod vlivem alkoholu v České republice za rok 2011

Tabulka č. 2: Logoterapeutické principy v psychologické poradě

Tabulka č. 3: Charakteristika souboru

Tabulka č. 4: Vyhodnocení Logo-testu (Balcar, 1992)

Tabulka č. 5: Popis 4 základních stupnic, 2 faktorů vyššího řádu a celkového skóru

Tabulka č. 6: Porovnání dvou skupin

Tabulka č. 7: Vztah NEO inventáře k hypotézám

Tabulka č. 8: Vztah DŽS k hypotézám

Tabulka č. 9: Vztah ESK k hypotézám

Graf č. 1: Výsledky Logo-testu u alkoholiků

Graf č. 2: Výsledky Logo-testu u alkoholiků s jinou přidruženou závislostí

Graf č. 3: Zhodnocení otázky č. 1

Graf č. 4: Změna smyslu života u 2. otázky



## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 – Demografické údaje

Příloha č. 2 – Dotazník smyslu života

Příloha č. 3 – Zadání DP

Příloha č. 1

## Demografické údaje

Tento demografický dotazník je zaměřený na základní údaje o každém respondentovi. Dotazník je anonymní. Otázky, prosím, vyplňujte pravdivě.

**1. Kolik je Vám let?** *(vypište číslici)* \_\_\_\_\_

**2. Rodinný stav:**

**3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?** *(zaškrtněte jednu z možností)*

- 1  Neukončená základní škola
- 2  Ukončená základní škola
- 3  Střední odborné učiliště (výučný list)
- 4  Střední škola (maturita)
- 5  Vyšší odborná škola
- 6  Vysoká škola

**4. Profese:**

**5. Do jakého zaměstnání se vracíte po léčbě?**

**6. Jste v prvoléčbě? Pokud ne, po kolikáté se léčíte?**

**7. Aktuálně se nacházíte v jakém stádiu léčby?** *(léčbu jsem již ukončil, jsem na doléčení, v komunitě...)*

**8. Jak dlouho už abstinujete?**

**8. Proč jsem podstoupil léčbu?**

## Deník vývoje smyslu života

Tento deník je zaměřený na vývoj Vašeho smyslu života a je součástí výzkumu diplomové práce „Smysl života u závislých na alkoholu“. Před Vámi jsou položeny základní tematické okruhy, které tvoří kvalitativní část výzkumu a kterých byste se měli v tomto deníku držet. Pokud Vás k tomu napadne cokoliv důležitého, co by se mohlo týkat změny Vašeho smyslu života, určitě nám o tom něco napište. Odpovídejte, prosím, pravdivě a podle svého uvážení. Pro psaní můžete využít více papírů. Množství není omezeno. Deník je anonymní.

### Hlavní okruhy, které mají být v deníku sepsány:

- 1. Jaký byl smysl Vašeho života před tím, než jste začal být závislý na alkoholu?**
- 2. Nyní se nacházíte ve stádiu léčby či abstinence. Změnil se Váš smysl života, a pokud ano, tak jak.**
- 3. Co si myslíte, že bude Vaším smyslem života v den ukončení léčby?***(otázka pro ty, co ještě jsou v léčebném zařízení)*
- 4. Když jste opustili léčebné zařízení, jakým způsobem se změnil Váš smysl života?**  
*(otázka pro ty, co už nejsou v léčebném zařízení)*
- 5. Jaký si myslíte, že bude Váš smysl života za 5 let?**

Témata, prosím, nepřeskakujte. Vždy vyznačte příslušným číslem, jakému tématu se budete v určitém odstavci věnovat.

## Příloha č. 3 Zadání diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Akademický rok: 2011/2012

Studijní program: Psychologie  
Forma: Kombinovaná  
Obor/komb.: Psychologie (PSYN)

### Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Bc. SAMKOVÁ Dominika	Na Vinici 438, Slaný	I10329

#### TÉMA ČESKY:

Smysl života u závislých na alkoholu

#### NÁZEV ANGLICKY:

Meaning of life for people addicted to alcohol

#### VEDOUcí PRÁCE:

PhDr. Martin Dolejš, Ph.D. - PCH

#### ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Diplomová práce se bude zabývat výzkumem lidí, kteří jsou závislí na alkoholu. Z pohledu logoterapie bude zkoumat svou základní výzkumnou otázku a to smysl života u této skupiny lidí.

Teoretická část bude zaměřena na problematiku závislosti na psychoaktivních látkách, existenciálním pohledem na člověka a základními předpoklady logoterapie V. E. Frankla. V části výzkumné se pak bude zaměřovat na výsledky práce s výzkumným vzorkem a to se skupinou závislých osob. S pomocí diagnostických materiálů a testů, které jsou zaměřené na problematiku logoterapie a závislosti, tak bude zkoumat výzkumné otázky.

#### SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

Balcar, K. (1995): Logoterapie a existenciální analýza Viktora E. Frankla. Československá psychologie, 1995, roč 39, č. 2, s. 127-142.

Frankl, V.E. (2006): Lékařská péče o duši. Brno, Cesta.

Frankl, V.E. (2006): Víle ke smyslu. Brno, Cesta.

Skála, J. a kol. (1987): Závislost na alkoholu a jiných drogách. Praha, Avicenum.

Skála, J. (1988): ?až na dno!? Fakta o alkoholu a jiných návykových látkách. Praha, Avicenum.

Nešpor, K. (2004): Jak překonat problémy s alkoholem. [online], [cit. 2007-02-03], Dostupný z WWW:

{<\$}http://alkoholik.cz/soubory\_ke\_stazeni.htm{\$>\$}.

Podpis studenta: .....

Datum: .....

Podpis vedoucího práce: .....

Datum: .....