

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**Úspěšné zotavení ze závislosti na alkoholu u lidí
žijících na hranici chudoby**

*The successful recovery process among alcohol addicts
facing poverty*



Autor práce: Mgr. et Bc. Michal Slivka

Vedoucí práce: PhDr. Eva Maierová, PhD.

Olomouc

2019

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem předkládanou magisterskou diplomovou práci vypracoval samostatně, pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedl jsem veškeré použité podklady a literaturu.

V Plzni, dne 27.3.2019

Podpis

Poděkování

Rád bych poděkoval všem respondentům výzkumu – obyčejným lidem s neobyčejnými osudy – za jejich čas a ochotu podělit se se mnou o část jejich velmi osobního příběhu.

Za odbornou pomoc a podporu při plánování práce a vypracování textu děkuji PhDr. Evě Maierové, Ph.D.

Obsah

1 ZÁVISLOST A CHUDOBA: ÚVOD DO PROBLÉMU	5
2 ZÁVISLOST A ÚZDRAVA	7
2.1 Vymezení problému závislosti	7
2.2 Vznik a léčba závislosti	8
2.3 Úzdrava syndromu závislosti na alkoholu	13
2.4 Odolnost a zvládání.....	15
2.5 Modely úzdravy	19
3 POJEM CHUDOBY, CHUDOBA V ČESKU, CHUDOBA MEZI ZÁVISLÝMI.....	24
3.1 Chudoba v ČR.....	26
3.2 Chudoba mezi závislými.....	28
3.3 Psychologie chudoby	28
4 CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	33
5 METODOLOGIE.....	34
5.1 Metody tvorby dat.....	34
5.2 Oslovování cílové skupiny a sběr dat	34
5.3 Etické aspekty výzkumu	35
5.4 Metody analýzy dat.....	36

6	VÝBĚROVÝ SOUBOR	37
6.1	Charakteristika souboru	37
7	VÝSLEDKY	40
7.1	Sebehodnocení	40
7.2	Zátěže a stresory v období střízlivosti (výzkumný cíl A)	41
7.2.1	Shrnutí (výzkumný cíl A)	54
7.3	Proces adaptace na situaci dvojího zatížení (výzkumný cíl B)	54
7.3.1	Shrnutí (výzkumný cíl B)	71
8	DISKUZE	72
9	ZÁVĚRY	78
10	SOUHRN	79
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ	82
	Absolventské práce	89
	SEZNAM PŘÍLOH	90

1 ZÁVISLOST A CHUDOBA: ÚVOD DO PROBLÉMU

Závislost na alkoholu je považována za onemocnění s chronicky se navracejícími symptomy a spletitým procesem zotavení. Uzdravení není snadné. Mnozí to však dokázali. Ambulantní léčba, ústavní léčba, ale i samoléčba mohou závislému pomoci dopracovat se do stavu, který je nazýván někdy zotavením (Nepustil, 2015) či jindy úzdravou (Kalina, 2015; Radimecký, 2015). Na proces zotavování je dnes nejčastěji nahlíženo jako na proměnu motivace, osobní účinnosti (self-efficacy) a kompetencí (schopností, dovedností) závislého člověka, která vede od sebe-destruktivního užívání, přes kontemplace o změně, pokusy o dosažení změn až k efektivnímu jednání bez návykové látky (DiClemente a kol., 1995; Prochaska a Velicer, 1997). Chování i prožívání alkoholika prochází komplexní proměnou a současně dochází ke stabilizaci zdravějšího (méně sebe-destruktivního) životního stylu. V poslední fázi procesu zotavení žije již člověk život bez symptomů závislosti, život více podobný vlastním představám, přičemž rozvíjí vztahové i osobní možnosti, které má k dispozici.

Samotný proces zotavování ze závislosti je ovlivňován mnoha faktory – některé leží na straně jedince, jiné spíše na straně prostředí. Jakou roli v tomto procesu sehrává materiální chudoba? Závislí po léčbě jsou často chudí (nemajetní) a zadlužení, často (ale ne vždy) v důsledku vlastního jednání. Po léčbě samotné jsou již nevhodné strategie zacházení s penězi minulostí. Chudoba ale zůstává a stává se mnoha závislým tichým společníkem. Na dlouhé měsíce, častěji však na roky. Je chudoba přitěžující okolností, která komplikuje zotavení? Mohu-li se v tomto opřít o svoji bakalářskou práci na téma zvládání stresové zátěže u závislých na pervitinu, tak ano: materiální chudoba (vedle absence jiných druhů kapitálu – např. sociálního, kulturního) má veskrze negativní dopad na prožívanou psychickou zátěž. Znesnadňuje totiž závislému dosažení změn v procesu zotavení a následně i jejich udržení (Slivka, 2017).

V posledním desetiletí přinesla také řada zahraničních výzkumů údaje o tom, že prožitek chudoby sám o sobě má významný negativní vliv na prožívání a jednání jedince. V Česku a na Slovensku jsou v psychologii vztahy mezi chudobou a prožíváním zkoumány spíše okrajově, ale některé práce směřují tímto směrem a silný vztah mezi chudobou a negativními afekty potvrzují (Šolcová, Slezáčková a kol., 2012; Džuka a kol., 2017). V teoretické části této práce proto těmto výzkumům budu věnovat pozornost.

Empirická část této práce se zaměřuje na fenomén úspěšného zotavení ze závislosti na alkoholu. Zkoumá příběhy lidí, kterým se daří vypořádat s podmínkami materiální chudoby a zároveň úspěšně čelit vlastní závislosti na alkoholu. Tyto nesamozřejmé (a nevíme, nakolik vzácné) případy zotavení (či úzdravy) stojí za pozornost. Je totiž možné, že jde-li o „specifickou trajektorii úzdravy“ (vedoucí u těchto případů ze závislosti i z chudoby), pak mohou existovat i „specifická vodítka“ přenositelná do trajektorií dalších závislých osob s podobným typem potíží. Jejich nalezení a formulování by tedy mohlo pomoci některým závislým, ale i odborníkům, kteří s touto cílovou skupinou pracují. Je možné namítnout, že vodítek pro cestu z látkové závislosti je celá řada, a že koneckonců existuje celý obor adiktologie, který se tématem zabývá. Faktem ale je, že fenomén chudoby zůstává teoretickému zájmu odborníků v oblasti adiktologie i psychologie téměř ušetřen.

Klíčovým cílem této práce je proto prostřednictvím výzkumu na malém vzorku respondentů se specifickými charakteristikami nalézt některá takto specifická vodítka pro úspěšnou trajektorii úzdravy, v ideálním případě dojít k obecnějšímu teoretickému modelu zotavení ze závislosti na alkoholu v materiálně neuspokojivých podmínkách. Zkoumání má těžiště v kvalitativní metodologii a využívá vodítek zakotvené teorie.

2 ZÁVISLOST A ÚZDRAVA

Následující kapitola shrnuje to nejpodstatnější z teorie závislosti a závislosti na alkoholu. Cílem je uchopit pojmově zejména téma procesu úzdravy v kontextu bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti, který je nejvýznamnější konceptualizací v našem prostředí, a v kontextu trans-teoretického (kruhového) modelu chápání závislosti, který je základním věděním pro klinickou adiktologickou práci. Část textu věnovaného vymezení a genezi závislosti jako takové si dovoluji převzít ze své bakalářské práce (Slivka, 2017), kde jsem se tématu závislosti poprvé věnoval.

2.1 Vymezení problému závislosti

Plzeňský psychiatr S. Kudrle definuje závislost jako „*chronickou a progredující poruchu, která vzniká na pozadí přirozené touhy člověka po změně prožívání*“ (Kudrle, 2003, 107). Přirozená touha po příjemnějších prožitcích, ať už s cílem zintenzivnit pozitivní prožívání jako radost či euforii, nebo s cílem vyhnout se nepříjemným psychickým stavům, je nejspíš podstatou každého závislostního jednání. Prožívání lze měnit pomocí rozličných látek i činností jako je alkohol, drogy, jídlo, hazard, práce, internet nebo sex. K rozvoji závislosti dochází prostřednictvím nárůstu touhy po takovém náhradním uspokojení, které ale postupem času nabývá nejprve limitující, posléze destruktivní povahy. Kudrle v souvislosti se závislostí hovoří o dychtění, nutkavém lpění, vazbě na nějaký způsob uspokojení pomocí vnějšího zdroje, a nakonec o nevědomé záměně změněného prožívání za změnu reality samotné. O patologii hovoříme ve chvíli, kdy člověk ztrácí kontrolu nad nutkavým chováním a uplatňuje nadále vzorce jednání, které vnášejí do jeho života negativní důsledky.

„Závislost je pak vyústěním abusu, který se stal výlučnou a dominantní činností, jež má zajistit pocit uspokojení“ (Kudrle, 2003, 107).

Robert West (2016) na základě rozboru různých soudobých definic závislosti shrnuje, že závislost je

„Opakovaná silná motivace k úmyslnému chování postrádajícímu jakýkoli význam z hlediska přežití, získaná na základě praktikování takového chování s výrazným potenciálem pro nezamýšlenou újmu“. (West, 2016, 22)

Podle MKN-10 (WHO, 2008) charakterizuje látkovou závislost skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů seskupených okolo užívání látky nebo třídy látek, které mají pro daného jedince vyšší prioritu než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Přemáhající touha po užívané látce je přitom centrálním symptomem.

Vedle termínu závislost se v této a následující kapitole textu objevují některé související pojmy, jejichž význam nejprve stručně uvedu. *Abstinencí* je označován stav zdržování se návykové látky. Jako *remise* je označováno alespoň šestiměsíční vysazení návykové látky (i jiných látek, které by mohly požadovaný stav snadno nahradit). *Lapsem* se rozumí jednorázové a izolované užití drogy, které nevede k rozvoji závislosti, *relapsem* se míní vícenásobné užití, které vede k rozvoji některých symptomů. Jako *recidiva* je označována situace, kdy se závislý vrací do situace původní ztráty kontroly nad svým jednáním a opětovnému rozvoji syndromu (Kalina a kol., 2008).

Někteří autoři zdůrazňují, že závislost má chronickou povahu podobnou somatickým chronickým onemocněním jako jsou cukrovka, hypertenze nebo astma. Mezi shodné rysy s jinými chronickými problémy patří např.: (1) etiologie podmíněná jak vrozenými, tak i osobními rodinnými faktory a faktory prostředí; (2) rozvoj potíží na základě opakování zprvu dobrovolného chování, které se postupně rozvíjí ve zvnitřněné vzorce chování, které se stávají zakořeněnými v důsledku neurobiologických změn oslabujících sebekontrolu; (3) přítomnost patofyziologických problémů, handicapů, nebo předčasných úmrtí; (4) existují na ně efektivní léčebné postupy, ale ty často nevedou k úzdavě (Kelly, White, 2011, 69).

2.2 Vznik a léčba závislosti

Z hlediska etiologie bývá k závislosti přistupováno z různých hledisek. West (2016) v rámci klasifikace modelů závislosti rozlišuje mezi modely vysvětlující fenomén závislosti na úrovni populace (teorie sociálních sítí, ekonomické modely, marketingové teorie, modely organizačních systémů) a modely, které hledají příčiny na úrovni jednotlivce (teorie automatických procesů, teorie reflexivní volby, teorie usilování o dosažení určitého cíle, integrativní teorie, teorie procesu změny a biologické teorie). Populační modely chápou závislost jako výsledek interakcí různých parametrů na úrovni sociálních sítí nebo populací a za použití statistických metod mohou mnohé vysvětlit. Z hlediska způsobu zkoumání v tomto textu však mají větší význam teorie na úrovni jednotlivce, z nichž některé zde (dle Westa, 2016) uvedu.

Teorie vztahující se k učení chápou závislost jako naučené chování. Jde o přístupy, které často vycházejí ze zkoumání reakcí zvířat na podněty, pozorování vlivů klasického nebo operantního podmiňování, během kterého dochází ke zpevnění reakcí určitého typu. Předpokládá se, že se člověk vlivem svých zkušeností a následného chování uvrhuje do různých motivačních stavů, které nejsou uvědomované, tj. nejsou výsledkem reflexe nebo analytické úvahy. Závislost je pak výsledkem vystavení výrazné odměně, která se může zvyšovat, je-li jí člověk vystaven (West, 2016).

Teorie reflexivní volby upozorňují na to, že závislostní chování je volbou závislých. Rozhodovací procesy jsou buďto pod vlivem zkreslení a závislý se proto rozhoduje špatně (teorie neobjektivní volby), nebo je závislost výsledkem vyhodnocovacích mechanismů, které upřednostňují pozitiva plynoucí ze závislého jednání (teorie „racionální“ volby), (West, 2016).

Mezi nejrozšířenější patří skupina teorií, které West zařazuje jako teorie usilování o dosažení určitého cíle. Jde např. o *teorii pozitivní odměny*, podle které je závislost výsledkem touhy dosáhnout libých pocitů a vyhnout se nelibosti. Další teorií z této skupiny je *teorie získané potřeby*. Závislost je zde výsledkem návyku (fyziologické adaptace) na účinky drogy, kterou původně člověk užíval pro její pozitivní účinky (West, 2016).

Další z této skupiny teorií je *teorie preexistující potřeby*. Užívání drog bývá v tomto smyslu chápáno jako jistého druhu samoléčba vnitřních potíží a stavů, se kterými se daný jedinec potřebuje vyrovnat (tzv. *automedikační teorie*). Závislost může být pak považována za výsledek této „sebe-medikace“. Toto pojetí závislosti začali někteří autoři rozvíjet na základě zjištění, že na počátku alkoholové závislosti stála často snaha snížit napětí, úzkost, depresi nebo se vyrovnat s jinými psychickými stavy (Jellinek, 1960; Kolb, 1927). *Teorie citové vazby* hovoří o neúspěšném pokusu o opravu sebe sama, který má na jedné straně původ ve vývojových problémech, na straně druhé straně však vede k fyzické závislosti a narušení psychologických struktur (West, 2016).

Užívání drog tedy může být samoléčbou, přesto se však závislost u někoho rozvine a u někoho ne. *Modely biologické predispozice* k onemocnění se opírají o předpoklad, že závislost se rozvíjí na základě vrozených biologických odlišností a je latentně přítomna již od narození. Podle myšlenky genetického determinismu se závislost může rozvinout bez ohledu na vlivy prostředí – závislost byla tedy považována za záležitost genů (Rotgers

a kol., 1999). Tato myšlenka měla svou sílu v období 80.let, ale postupně ji ztrácela ve prospěch připuštění jistého vlivu prostředí, jako je tomu v *modelu kombinované genetické determinace*. V tomto modelu dochází k interakci mezi dědičnými faktory (geny) a vlivy prostředí. Jedinec může například disponovat od narození sníženou hladinou enzymů, které regulují membránové neuro-modulátorové procesy v mozku a způsobovat tím nerovnováhu. Abnormální fungování mozkových struktur v kombinaci např. s pitím alkoholu pak může podle těchto hypotéz vést k rozvoji alkoholismu (Rotgers a kol., 1999). Mozek ale nemusí fungovat „abnormálně“. Predispozicemi k rozvoji závislosti mohou být individuální rozdíly ve struktuře nervových drah – impulzivita, sklony k depresi, schopnost reagovat na stres nebo úzkostnost (West, 2016), tedy vlastnosti osobnosti, které se mohou stát limitujícími nejspíše právě v interakci s problematickým prostředím. O vrozené, geneticky podmíněné determinanty závislosti se opírá tzv. *biomedicínský model léčby závislosti*. Ten vnímá závislost jako nevléčitelnou progredující poruchu. Závislý podle těchto předpokladů může abstinovat, ale nemůže být nikdy zdravý (Kalina, 2003). West (2016) tento model zařazuje mezi tzv. *teorie pudů*. Ty obecně řečeno předpokládají, že závislost je výsledkem automatických procesů v mozku, které energetizují a řídí chování s cílem udržet homeostatickou rovnováhu. V podstatě opakem těchto teorií jsou *teorie inhibiční disfunkce*, které předpokládají, že neurobiologickým základem je „porucha kontroly“, tj. porucha mechanismů zodpovědných za inhibici silných motivačních sil (West, 2016).

Frouzová (2003) nahlíží na vznik a rozvoj závislosti z perspektiv různých psychotherapeutických škol. Uvedme ty nejvýznamnější:

Spirituální přístup, jak může být nazýván např. léčebný přístup anonymních alkoholiků, vidí příčinu závislého jednání lidí v pocitu odcizení a ztrátě životního smyslu. Následkem těchto prožitků dochází v člověku ve zmatku v osobních cílech a úpadku hodnotového systému (Frouzová, 2003).

Psychodynamický přístup vidí příčinu závislostního jednání v nevědomém konfliktu, deficitech a deformacích intrapsychických struktur a interních objektních vztahů. Tyto konflikty se týkají buďto zvládnání vlastních pudů nebo interpersonálních vztahů (Frouzová, 2003). Psychodynamická léčba závislosti má působit směrem zvědomení nevědomého vnitřního konfliktu, který symptom pití udržuje, a následného dalšího zvědomování vlastních obran (zejména racionalizace a přesunutí), které mohou závislostní chování udržovat v chodu (Rotgers a kol., 1999).

Rodinně terapeutický přístup vychází z teorie systémů. Závislý uživatel je zde symptomem poruchy vztahů v rodině, které mohou být propletením patologických vzorců chování (či nevhodné výchovy dětí), které zamezují změně (Frouzová, 2003). Změn může být dosaženo pomocí léčby celého rodinného systému.

Konečně behaviorální přístup nahlíží závislost jako naučené patologické vzorce chování, podmíněné navíc chemicky. Léčba závislosti proto postupuje prostřednictvím předávání relevantních informací o fungování psychiky a osvojování nových modelů chování pomocí podmiňování: odměň a trestů (Frouzová, 2003).

V posledních desetiletích nejčastěji skloňovaným v našem prostředí je *model bio-psycho-sociální* (případně bio-psycho-socio-spirituální, či holistický, pokud jsou spirituální aspekty lidské existence nějakým způsobem v průběhu diagnostiky nebo léčby oslovovány). Tento model při vzniku a rozvíjení choroby připouští provázanost a interakci různých vlivů (dědičnosti, psychologického poškození, sociálního prostředí i spirituality) a nemá aspirace poskytnout jednotné a univerzální vysvětlení, odkud závislost pramení. Model využívá lékařských pojmů (diagnóza, prevence, léčba, rehabilitace), ale opírá se o široký koncept zdraví jako tělesné, duševní a sociální pohody. Nikoliv tedy pouze jako nepřítomnost nemoci nebo vady (Kalina, 2003). Přínosem tohoto modelu je ale značná pestrost, kterou vnáší do klinické oblasti a designování léčebných intervencí. Rotgers a kol. (1999) uvádějí, že je potřeba všimnout si vztahu mezi hloubkou závislosti a patogenezí. Pokud je závažnost užívání nízká, je možné hledat příčinu na úrovni intrapsychických konfliktů a deficitů. Těžší a těžké případy závislosti jsou však udržovány spíše bio-behaviorálními mechanismy, přičemž kulturní a psychodynamické faktory mají spíše sekundární význam (Rotgers a kol., 1999, Kalina a kol., 2015).

Skutečnost, že existuje takové množství modelů závislosti odráží fakt, že závislí na stejné látce jsou zpravidla značně heterogenní skupinou z hlediska počátku užívání, rodinné historie i psychopatologie (Rotgers a kol., 1999). Navíc, čím je závislost závažnější, tím menší roli v jejím řešení hrají etiologie a okolnosti jejího rozvíjení, a naopak větší důležitost mají aktuální problémy závislého člověka, které vyžadují spíše behaviorální intervence.

Východiskem pro klinickou praxi se závislými se proto stal procesový teoretický model změny nazývaný jako „*kruhový model změny*“, příp. *transteoretický model* (DiClemente a kol., 1995; Prochaska, Norcross, 1999). Principem této konceptualizace je fakt, že

závislý pokoušející se zbavit svého návyku prochází několika kvalitativně odlišnými stadii, při kterých se vyvíjí jeho vztah k droze i vyhlídky na budoucnost. Stadium *prekontemplace* představuje období aktivního užívání drogy (příp. pití, hazardu apod.). V této fázi, stejně jako ve stadiu následujícím – *kontemplace* – může být efektivní působit na motivaci závislého změnit svojí situaci. Následuje fáze *rozhodnutí* pro změnu, následně pak fáze *jednání* – např. podniknutí kroků k nastoupení do léčby, zahájení abstinence apod. V poslední fázi – *udržení změn* – závislý člověk již dosáhl základní stabilizace situace, abstinuje a posiluje potenciál pro prohloubení stabilizace životního stylu. White (1996) upozorňuje na to, že závislí často chtějí obojí – jak z patologické životní situace vyváznout, tak udržet stará pouta k návykovému chování. Jde o to neztratit případnou recidivou to, čeho bylo pracně dosaženo. Další fázi často bývá *relaps*, během kterého může (ale nemusí) dojít k obnovení starých vzorců jednání – tj. aktivního užívání drogy příp. dalších aspektů původního způsobu života (Prochaska a Velicer, 1997). Citovaní autoři uvádějí, že 85 % závislých se nepropadne relapsem do stadia *prekontemplace*, ale „výš“ – tj. i po selhání (ať už jde o jednorázový laps či recidivu) uvažují po opětovném pokusu o abstinenci. Lege artis postupy v adiktologii považují za klíčové rozpoznání toho, v jaké fázi motivace ke změně se pacient/klient nachází a následné použití vhodného typu intervence. Intervence mohou být směřovány tak, aby „postrčily“ závislého směrem k další fázi úzdravného procesu (Rotgers a kol., 1999).

Kalina a kol. (2015) uvádí, že vodítka a principy iniciování úzdravy se liší v závislosti na teorii závislostního chování. Může jít např. o postupy:

- (1.) *změnu prostředí, tak aby se změnilo vystavení podnětům a posilovačům (pobytová léčba),*
- (2.) *oslabení puzení na neurobiologické úrovni (detox, metody zvládnání cravingu),*
- (3.) *obnovu mechanismů nutných pro kontrolu impulzů (návčik sebekontroly, plánování, asertivní trénink, posilování funkcí ega),*
- (4.) *oslabení vlivu emočního a/nebo kognitivního zaujetí na proces výběru a vážení nákladů a přínosů (podpora sebehodnocení, sebezpoznání, kognitivní rekonstrukce),*

(5.) podporu řešení pre-existujících problémů (např. těch, na něž se uplatňuje teorie sebe-medikace) bez užívání drog (zvládání psychologických a psychopatologických motivů a komplikací),

(6.) podporu důvěryhodného a neodsuzujícího propojení mezi jednotlivci, kteří nepodporují závislostní chování (růstově zaměřená síť vztahů v léčbě a následné péči, svépomocné skupiny a jiné „ostrovy pozitivní deviace“) ...a mnoho dalších přístupů. (Kalina a kol., 2015)

Norcross a Prochaska (1999) představili v rámci svého trans-teoretického modelu myšlenku, že ke změnám dochází v různých stádiích změny (*pre-kontemplace, kontemplace, příprava, akce, udržení*), ale na více úrovních. Nejnižší úroveň je úroveň (1.) symptomově situační, následuje (2.) úroveň maladaptivních kognitivních procesů, (3.) úroveň interpersonálních konfliktů, (4.) úroveň rodinných a systémových konfliktů a nakonec (5.) interpersonálních konfliktů (Norcross a Prochaska, 1999).

2.3 Úzdrava syndromu závislosti na alkoholu

Zkušenost mnohých dokládá, že se závislý na alkoholu již nemůže stát znovu běžným konzumentem a užívat alkohol tzv. „kontrolovaně“ (Rotgers a kol., 1999). Podmínkou úzdravy ze závislosti na alkoholu je naopak tzv. *abstinenční léčba*, charakteristická zejména (1.) zamezením kontaktu s drogou a přeprogramování mechanismů rychlé odměny, (2.) proměnou schopností zvládat rizikové situace bez drogy a (3.) dekonstrukcí udržovacích faktorů a prevencí relapsu, snížením zranitelnosti, rozklíčováním a překonáním vývojových komplikací a podporou v dozrání osobnosti a řešení vývojových úkolů adekvátních vývojové životní etapě (Kalina a kol., 2015).

Úzdravou v širším smyslu je v adiktologii rozuměn proces změny v životě závislého člověka, který je charakteristický zlepšujícím se zdravím a prohlubujícím se kvalitou života, kdy člověk obývá místo, které si sám vybral a naplno rozvíjí svoje možnosti osobní, vztahové a růstové možnosti (SAMHSA, 2012; Radimecký, 2015). Rozsah úzdravy v tomto smyslu přesahuje období abstinenční léčby. Kalina a kol. (2015) dodávají, že u velké části závislých nejde jen o proces „*rehabilitace*“ (obnovu ztracených schopností), ale spíše „*habilitace*“, čili začátek plnohodnotného života. Proces úzdravy přitom může být řízen „zevnitř“ a probíhat zcela přirozeně, jindy může být postrkován „z vnějšku“ pomáhajícími profesionály (Kearneyová, 1998).

Dle SAMHSA (2012) je stavu úzdravy dosaženo s pomocí rozvoje v oblastech (1) *zdraví* – zvládnutím symptomů nemoci a zdravým způsobem života; (2) *domova* – tj. získáním důstojného (stabilního a bezpečného) místa k životu; (3) *dosažení smyslu* – smysluplné denní aktivity jako je práce, vzdělávání, dobrovolnictví, kreativní činnosti, nezávislost a příjem dostatečný k tomu, aby se člověk mohl podílet na činnosti společnosti; a (4) *komunity* – vztahy a sociální sítě, které poskytují podporu, přátelství, lásku a naději (Slivka, 2017).

Není jasné, kdy začíná úzdrava, ještě méně jasno je v tom, kdy je úzdrava završena a jak ji měřit. Jde tedy o koncept bez jasných hranic ohledně začátku a délky trvání. Některé studie uvádí kritickou hranici pro završení úzdravy pět let života bez drog (Hser a Anglin, 2011). Během této doby dochází u závislého k vnitřním (intrapsychickým) i vnějším (interpersonálním, sociálně-materiálním) individuálně charakteristickým změnám, které můžeme nazvat specifickou *trajektorií úzdravy* (Hser a Anglin, 2011). Osobnostní změny se neodehrávají v sociálním vakuu, ale jsou provázány proměnami v *sociálním kapitálu* závislého. Dochází k pozitivním změnám v interpersonálních vztazích závislého, vznikají vztahy nové k jednotlivcům, rozvíjejí se vztahy k institucím charakteristické kooperací a reciprocitou. V trajektorii úzdravy můžeme rozpoznat *body obratu (turning points)*, momenty a události, ve kterých dochází k (pozitivnímu) přesměrování životní trajektorie, zastavení závislostního jednání a stabilizaci životního stylu (Hser a Anglin, 2011). Někdy mohou mít tyto momenty podobu spirituální či náboženské konverze (White, 1996). Změny, ke kterým dochází, se odehrávají na pozadí rozvíjení tzv. *kapitálu pro úzdravu (recovery capital)*. Tento konstrukt má být souhrnem veškerých vnitřních i vnějších zdrojů jedince, které mají potenciál posílení jeho adaptace na život bez drog, a které mohou iniciovat nebo udržovat proces uzdravování se (Kalina, 2015; Kelly a Hoepfnerová, 2015). Kapitál pro úzdravu dlí zejména v oblastech (1) fyzické a mentální zdraví, (2) bydlení, (3) sociální vztahy, (4) vzdělávání a práce a (5) pocit smysluplnosti a užitečnosti života. Předpokládá se, že mezi kapitálem pro úzdravu a délkou remise je vzájemně se posilující vztah: rostoucí kapitál pro úzdravu prodlužuje délku remise, a naopak prodlužující-se doba abstinence bude mít pozitivní vliv na potenciál pro úzdravu (Kelly a Hoepfnerová, 2015).

Katamnestické sledování abstinujících závislých po léčbě ukazuje, že pravděpodobnost udržení abstinence roste s délkou dosavadní abstinence. Mezi lidmi abstinujícími méně

než rok v longitudinální studii na 1326 respondentech v USA sledovaných 9 let relapsovalo 64 %. Po třech letech abstinence však relapsovalo pouze 14 % respondentů. Dosavadní délku abstinence (ať už kumulativní-celková, nebo dosavadní-soustavná) proto američtí autoři považují za jeden z prediktorů úspěšnosti udržení abstinence (Scottová a kol., 2011). Čeští autoři Tibenská, Martínek a Libinger katamnesticky sledovali 468 pacientů střednědobé ústavní léčby v LNN Nechanice s pomocí dotazníků a telefonických kontaktů, přičemž porovnávali dynamiku recidiv u různých typů závislostí. Podskupina se syndromem závislosti na alkoholu se od ostatních závislých lišila vyšším počtem recidiv během 1. roku abstinence (po 1 roce více než 40 % recidiv), nižším množstvím pokusů o opakovanou abstinenci a vyšší úmrtností. Riziko úmrtí je v průběhu úzdravy vysoké jak u závislosti na alkoholu, tak i u jiných drog. Uvádí se ročně 1,1 % (Scottová a kol., 2011), nebo např. po 5 letech celkem 8,2 % z celého souboru dotazovaných napříč typem závislosti, avšak 12,5 % úmrtnost mezi závislými na alkoholu (Tibenská, Martínek a Libinger, 2016). Podle amerických autorů stoupá riziko úmrtí s věkem uživatelů, celkovou dobou užívání alkoholu, životem pod hranicí chudoby, životem vedeným o samotě, zkušeností s deliriem tremens a zkušeností s násilnou trestnou činností v posledních šesti měsících (Scottová a kol., 2011).

2.4 Odolnost a zvládání

Závislí se musí naučit přijímat běžné frustrace života, nechat pocity nepohody a neštěstí probíhat, aniž by při tom museli sáhnout po alkoholu a vystavit se riziku další recidivy závislostního jednání. Rotgers a kol. (1999) uvádějí, že mezi znaky pokročilé fáze léčby patří poznání, že běžné lidské utrpení je snesitelné a nebrání potěšení plynoucí z lásky a práce a dalších oblastí života, které přinášejí trvalejší uspokojení. Léčebné intervence, jako je třeba podpůrná psychoterapie, se proto zaměřují zejména na oblast stabilizace emotivity (Kuda, 2003b).

S procesem léčby a úzdravy souvisí pojmy adaptace a *zvládání (coping)*. *Adaptace* v širším slova smyslu představuje schopnost organismu reagovat na podmínky prostředí a udržet homeostázu. *Adaptací* je zároveň schopnost podmínky modifikovat (*asimilace*) nebo modifikovat vlastní dříve osvojené strategie a dosáhnout změn uvnitř vlastního systému (*akomodace*) (Paulík, 2010). V kontextu úzdravy ze závislosti lze uvažovat o adaptaci na úrovni seberegulace, zpracovávání stresových podnětů (lepší zpracování

stresu, zastavení vzorců závislostního chování a volba efektivnějších a méně sebe-destruktivních strategií). Řada adaptačních procesů probíhá nevědomě, byť v procesu léčby jsou prostřednictvím psychoterapeutických a dalších metod učiněny vědomými. *Coping* je promyšleným, více vědomým adaptačním procesem vyžadujícím úsilí, nikoli automatismem (Lazarus a Folmanová, 1984; Aldwinová, 2007). Bývají rozlišovány dva typy zvládnání:

(1.) *coping zaměřený na problém: zahrnuje aktivní postupy (záměrná koncentrace pozornosti, vyvíjení úsilí k dosažení cíle), uvážlivé plánování, selekci rušivých vlivů (odklad jiných záležitostí a aktivit), nebo jednání s časovým odstupem (kontrola tendencí k okamžitým reakcím).*

(2.) *coping zaměřený na emoce: zahrnuje vyhledávání emoční podpory okolí, přijetí problému a nutnosti jeho řešení, pozitivní vyhodnocení situace, popření problému a ignorování nebo obrat k víře.* (Paulík, 2009, 30)

Na látkovou závislost lze nahlížet jako na důsledek snížených schopností adaptace a vývojových deficitů, které vyústily do patologických neuróz a obran. Úzdrava pak probíhá skrze vysazení návykové látky a osvojení nových scénářů myšlení i chování, přijetí nové životní reality a osvojení efektivnějších strategií zvládnání stresové zátěže, ať už jde o situace specificky rizikové pro závislého, nebo běžné životní starosti (Kuda, 2003b). Význam osvojení efektivnějšího zvládnání je pro závislého velký.

Podle Zautry a Wrabetze (in Paulík, 2010) účinnost copingu vychází z interakce osobnostních zdrojů jedince, adaptivních podnětů ze stresorů a dosažené úrovně psychické adaptace. Za jeden z nejdůležitějších prediktorů úspěšné adaptace na těžké životní ztráty a chronických zdravotních potíží považují tito autoři *sebehodnocení (self-esteem)*, které je součástí představy o sobě - *sebepojetí (self-concept)*. Sebehodnocení bylo v psychologii chápáno nejprve jako jednodimenzionální (globální) konstrukt (Rosenberg, 1965), později jako dvoudimenzionální konstrukt obsahující *sebepřijetí (self-liking)* a *vědomí kompetence (self-competence)* (Tafarodi, Swann, 1995). Složka *sebepřijetí* obsahuje sociální aspekt, internalizaci hodnocení sociálního okolí a její vysoká hodnota souvisí s pozitivní afektivitou a dobrými pocity jedince v sociálním prostředí. Zatímco *sebepřijetí* vzniká skrze internalizaci zejména v dětství a v průběhu života má

konstantní hodnotu, vědomí kompetence se může vyvíjet na základě zkušenosti člověka se sebou, nabýváním nových dovedností a dosahováním cílů, které si člověk dal (Machanová, 2009). U závislých procházejících úspěšně procesem úzdravy tedy můžeme očekávat pozitivní vývoj právě v této oblasti.

Představa o sobě, o vlastních možnostech a mezích má vliv na afektivitu a na snahové zaměření. Zdravý člověk má přiměřené sebehodnocení, které je kongruentní s hodnocením s hodnocením sociálním okolím. Zdravé sebehodnocení pomáhá při zvládnutí tíživých stresových situací a životních ztrát (Paulík, 2010). Z pozitivního sebehodnocení a *sebe přijetí (self-acceptance)* pramení *sebedůvěra (self-confidence)*, tedy přesvědčení, že se člověk dovede vyrovnat s těžkostmi, dokáže dosáhnout určitého cíle. Sebedůvěra posiluje aktivní přístup a snahu hledat nové postupy, kterými člověk dosáhne cílů. Konstrukt *osobní účinnost (self-efficacy)* je velmi blízký výše zmiňovanému vědomí kompetence. Osobní účinnost je však více zaměřená k budoucímu jednání a nemusí se přitom zakládat na reálných schopnostech. Vyjadřuje přesvědčení, že člověk může dosáhnout nějaké konkrétní možnosti, například obstát v měnících se podmínkách nebo udržet abstinenci v náročné situaci. V souvislosti se závislostí a úzdravou bývá zmiňována např. *recovery self-efficacy*. Jde o osobní efektivitu vyrovnávat se s lapsy na návykové látce a pokračovat v udržení stádia pozitivní změny i přes momentální nepřízeň a neúspěch (Marlatt a kol., 1995).

U abstinujících závislých, kteří mají dosud nízké kompetence a zároveň nízkou osobní účinnost může sehrát zásadní roli *motivace ke střízlivosti (motivation for sobriety)*. Kelly a Greenová (2014) zjistili, že závislí s vysokou úrovní motivace udrželi abstinenci i přes nízkou osobní účinnost. Předpokládají tedy nezávislost obou konstruktů.

V souvislosti s procesem úzdravy je na místě zmínit také pojem *resilience* (bez českého ekvivalentu). Ta bývá definována jako:

„(...) univerzální schopnost, která umožňuje osobě, skupině nebo společnosti minimalizovat či překonat poškozující dopad/důsledky nepřízní či protivenství.“
(Šolcová, 2009, 53)

V literatuře je resilience spojována se schopností vzdorovat nepříznivým podmínkám, aniž by došlo k poškození organismu. Důležitými složkami jsou kapacita pro zotavení

(*recovery*) a výdrž (*sustainability*). Resilience není trvalým rysem osobnosti (jak se původně předpokládalo), ale spíše konstelací charakteristik (psychické vlastnosti, dovednosti), jejichž vývoj se rozvíjí v čase a není nikdy ukončen (Šolcová, 2009). Můžeme předpokládat, že resilience jako schopnost přizpůsobit se měnícím se podmínkám se vyvíjí v období uzdravy, kdy závislí proměňují vzorce zacházení se zátěží a čím dál účinněji reagují na životní zátěže.

Dalším konceptem, který je užitečný pro pochopení procesu uzdravy, je proměna identity závislého. Podle *teorie sociální identity* se chování člověka odvíjí od emočního a psychologického zpracování pocitů sounáležitosti se skupinou. Výzkumně se proto ověřují i klinicky dobře známé zkušenosti, jako např. že pravidelné docházení do společenství AA má protektivní a pozitivní sociální vliv na udržení stability v abstinování od alkoholu (Kelly, Hoepnerová, Stout, & Pagano, 2012). Podle *sebe-kategorizační teorie* se odehrávají behaviorální procesy na podkladě hlubších porozumění o sobě následujícím způsobem: lidé nejdříve internalizují některé vlastnosti skupiny, ke které se připojili. Usilují přitom o dosažení co možná pozitivního přesvědčení o sobě (*self-koncept*). Souvisejícím procesem je vymezení se vůči jiným referenčním skupinám („ostatní závislí“, „aktivní uživatelé“), vůči kterým sledují vlastní pokroky a zisky. Znak vlastní skupiny a referenčních skupin mohou být zvýrazňovány s cílem posílení vnitřních pocitů identifikace sounáležitosti a následně i vlastních pocitů kompetence. Mezi závislými po léčbě, kteří se identifikovali s abstinující skupinou, lze narazit na silné vymezování se vůči aktivním uživatelům. Na skupinovou identitu jsou navázané behaviorální normy. Předpokládá se, že vyhraněná identita pomáhá vyhnout se závislostnímu jednání, které již nyní není slučitelné s hodnotami, které si zotavující se závislý osvojil v nové referenční skupině. Pocit přináležení ke skupině tak vede ke stabilnějšímu zvládnutí abstinence v momentě, kdy se jedinec vyrovnává s momentálními negativními vlivy prostředí jako jsou rizikové sociální situace, expozice alkoholu apod. Zvládnutí náročné situace v souladu s novou identitou následně pozitivně působí na self-koncept (Buckinghamová a kol., 2013).

V českém prostředí se můžeme setkat s posilováním identity úspěšného klienta v rezidenčních léčebných programech – příkladem jsou „opakovací léčby“, setkání absolventů komunit, sjezdy AA případně pravidelná setkání podpůrných skupin

v doléčovacích programech apod. Na pozitivní vliv sociální podpory na zvládání a účinné nakládání s životními těžkostmi upozorňuje také Šolcová (2009).

Dunlop a Tracy (2013) sledovali způsob, jakým o svojí závislosti mluví členové AA závislí na alkoholu a našli rozdíl mezi těmi, kdo abstínují 6 měsíců a méně, a těmi, kdo abstínují 4 roky a více. V narativech zkušených abstínujících našli více popisů smíření a nápravy (*self-redemption*). Autoři poukázali na to, že alkoholici, kteří o kritických momentech svého života hovořili s perspektivou nápravy (pozitivní proměny), následně s větší jistotou udrželi abstinenci v horizontu několika dalších měsíců (relaps pouze u 17 % respondentů), na rozdíl od těch, kteří o svojí zkušenosti mluvili jiným způsobem (relaps u 56 % případů) (Dunlop a Tracy, 2013). Můžeme tomu rozumět tak, že znakem stabilizovanější abstinence, a tedy i pokročilejší úzdravy je to, že závislý o svém chování uvažuje smířlivěji, s větším pochopením k vlastnímu jednání a vlastní osobě. Zároveň však ti závislí, kteří mají sami k sobě lepší vztah a jsou schopni dosáhnout většího smíření se sebou a s minulostí, dokáží být v důsledku např. nižší míry intrapsychického napětí a konfliktů více stabilní v udržení abstinence.

2.5 Modely úzdravy

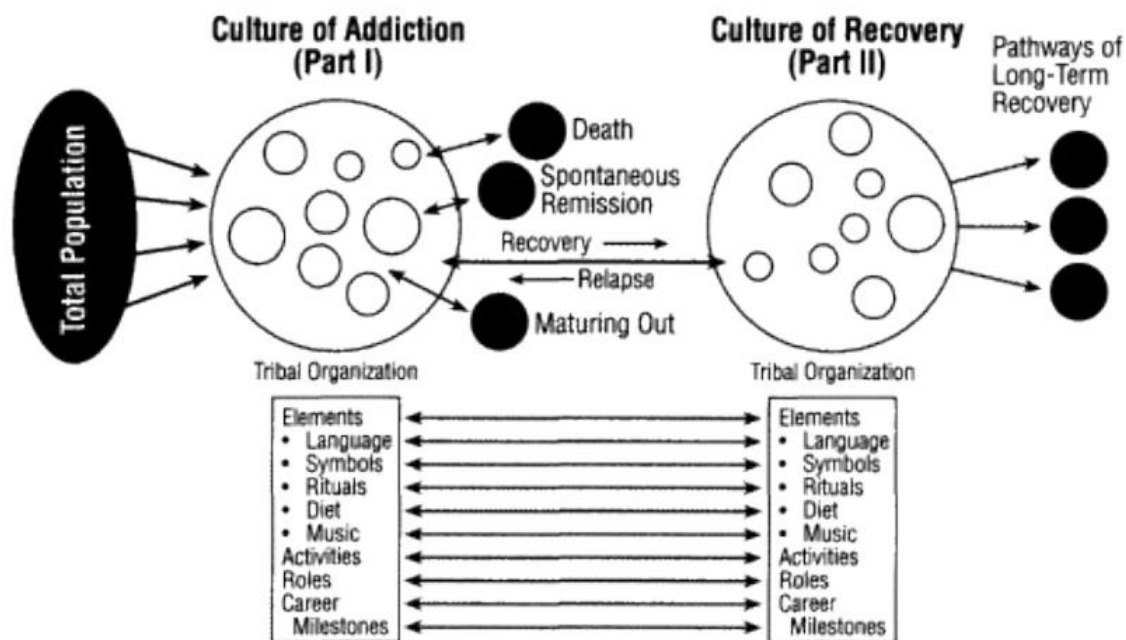
Patrně celosvětově nejznámějším modelem úzdravy je metoda 12 kroků společnosti anonymních alkoholiků (AA). Toto pojetí léčby a úzdravy v podstatě odpovídá multidimenzionálnímu bio-psycho-sociálnímu modelu závislosti, silně přitom akcentuje spirituální úroveň problému (Rotgers a kol., 1999). Závislý se může účastnit pravidelných setkání AA, kde dochází ke sdílení zkušeností a předávání poselství příchozím. Měl by postupně pracovat na programu 12 kroků (viz. www.anonymnialkoholici.cz), a to samostatně či s pomocí jiného člena společnosti. Program 12 kroků lze nahlížet jako provázení člena AA procesem přijetí bezvýhodné situace způsobené užíváním (krok 1), motivaci k přijetí skupinové podpůrné autority případně autority spirituální (krok 2), rozvíjení spirituálního uvažování o sobě a svém životě (krok 3, 6, 7, 11 a 12), rozvíjení náhledu na vlastní obranné mechanismy a následnou korekci myšlení i jednání (krok 4, 5, 8, 10) a konkrétní kroky vedoucí k napravení chyb, posílení kapacit sociální sítě okolí (krok 9). Součástí procesu úzdravy je akcentování „služby“ pro společnost v podobě péče o druhé, přebírání zodpovědnosti za naplňování formálních potřeb skupiny, což můžeme interpretovat jako protiklad k bezohlednému naplňování vlastních potřeb.

Rotgers a kol. (1999) dodávají, že program 12 kroků vede k přijetí vlastní odpovědnosti za závislostní jednání (akcentování sebekritiky), práci se svým prožíváním a myšlením (vyvarování se sebelítosti, cynismu, nespokojenosti) a osvojení životadárných postojů jako jsou optimismus, důvěra, pocit naplnění a vděčnost.

Potřeba spolehnout se v procesu údravy na „vyšší sílu, než je člověk sám“ je pro některé silnou a pro jiné slabou stránkou hnutí. Rotgers a kol. (1999) ji označují za formu ezoterického mysticismu, experiment se sebou a vlastním chápáním světa, který vede k oslabení grandiozity, nadměrného zaměření na sebe sama a dosažení potřebných změn ve struktuře *self* a způsobu bytí jedince. Odpůrci hnutí AA jako M. Nicolaus (2009) naopak chápou spiritualitu, hledání vyšší moci jako nutný důsledek přehnaného důrazu na sebekritiku. Akcentují naopak fakt, že k údravě vede celá řada zcela sekulárních cest, kterými úspěšně procházejí závislí z celého světa, pro které je vesta ušitá z dvanácti pravidel AA příliš upjatá (Nicolaus, 2009).

William L. White (1996) popisuje cestu k údravě jako proces, při kterém člověk rekonstruuje jak svoji vnitřní zkušenost, tak svoje propojení se sociálním světem. Rané stadium procesu je dle Whitea charakteristické nejistotou, podobně jakoby člověk „navázal nový partnerský vztah (rozhodl se pro život bez alkoholu), ale je ještě byl přitahován „starou milenkou“ (tendence k závislostnímu chování zůstává). Údrava v dalších stadiích je však charakteristická pozitivním vývojem v psychickém nastavení, intrapsychických dovednostech a zvládnutím. Zároveň dochází k rozvíjení sociální sítě závislého, která přináší do života závislého více uspokojení i více kapacit pro zvládnutí (White, 1996). Přejít k údravě podle Whitea můžeme přirovnat k procesu akulturace do jiného kulturního prostředí, pro které je potřeba si osvojit nové vzorce chování, nové rituály, jiný jazyk a postupně se vzdát starých rolí a osvojovat si nové (viz obr. 1). Trajektorie údravy může být i nečekaně „rychlá“: může dojít ke spontánní remisi, tj. vymizení cravingu i závislostního chování, jindy může dojít k „dozrání“ osobnosti (*maturing out*) a přirozené záměně závislostního jednání za jiné, nedestruktivní aktivity, čili pokročení v procesu osobnostního zrání. Nejčastější se však zdá být pozvolný (a nelineární) údravný proces charakteristický změnami popsány výše (White, 1996).

Obr. 1.: Kulturní model závislosti a úzdravy (White, 1996, XXV).



Mohatt a kol. (2007) zkoumali proces úzdravy u 57 osob (nativní obyvatelé Aljašky) závislých na alkoholu, s 5 a víceletou abstinencí, kteří se stabilizovali s pomocí skupin AA (33 %), s pomocí institucionální léčby v kombinaci s AA (29 %), nebo spontánně – bez podpůrných služeb (38 %). Autoři došli k závěru, že úzdrava není lineární proces, ale spíše proces přecházení mezi třemi vzájemně provázanými zkušenostmi¹, na která navazují dvě stadia střízlivosti:

Zkušenost A: *Promýšlení situace (thinking it over)*: období trvající až několik let, respondenti reflektovali vlastní situaci z hlediska vlivu na vlastní zdraví a rodinné/partnerské vztahy. Jako klíčovou uváděli reflexi vlastních vztahů.

Zkušenost B: *Experimentování se střízlivostí*: opakované pokusy o abstinenci, získávání zkušeností s „životem bez alkoholu“, reflexe ztrát a dopadů užívání alkoholu, opětovné návraty k pití. Důležitý moment: vytvoření něčeho, na co bylo možné navázat při dalším pokusu o střízlivost.

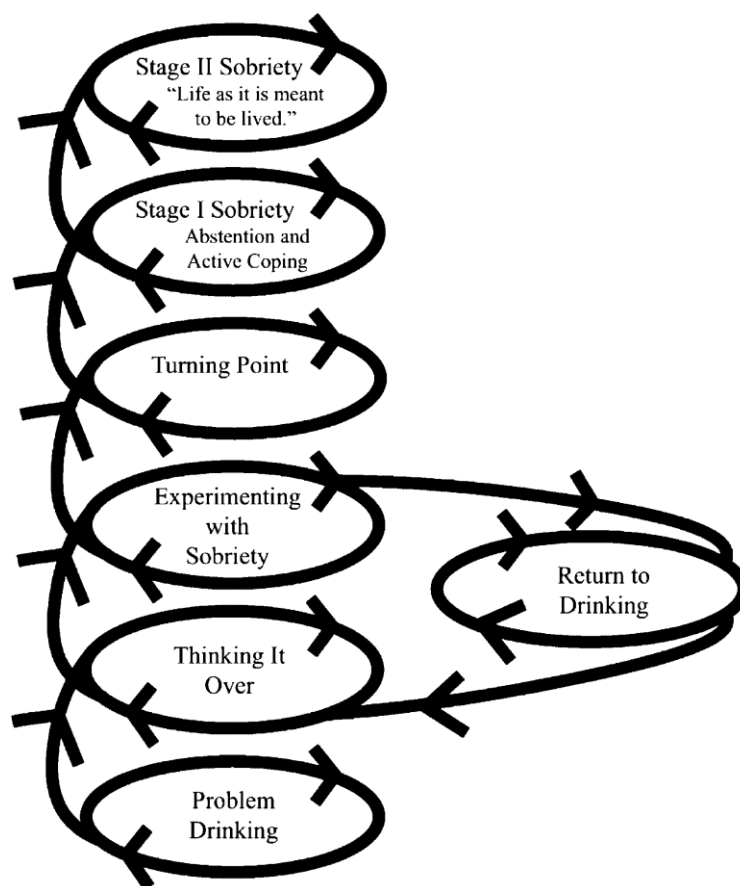
¹ pro přehlednost označuji zde jako A, B, C.

Zkušenost C: Bod zlomu (*turning point*): tzv. zlomový okamžik (ztráta milované osoby, zkušenosti blízké smrti, narození dítěte/vnoučete, spirituální zkušenost), při kterém dochází k definitivnímu rozhodnutí; síla zážitku vede ke snížení bažení a posílení sebekontroly (Mohatt a kol., 2007, 210).

I. stadium střízlivosti: *abstinence a aktivní zvládání*: období po zastavení pití, následuje přemáhání nutkání, rozvíjení aktivního zvládání (orientace na aktivity, které vyžadují střízlivost, vyhýbání se spouštěčům a rizikovému prostředí); motivace - touha být užitečný rodině a pomáhat v komunitě, mít střízlivé vztahy, udržet manželství (silná podpůrná role blízkých, AA, církví apod.)

II. stadium střízlivosti: *žít tak, jak by se mělo žít (life as it is to be lived)*: bažení již v této fázi není tématem, respondenti se již necítí ohroženi recidivou. Stabilizující úlohu hrají prožitky zapojení do komunity, chuť rozvíjet sebe sama. Klíčový prvek: chuť fungovat pro druhé, být součástí komunity. Tohoto stadia ve studii dosáhlo 44% dotazovaných (Mohatt a kol., 2007).

Obr. 2.: Spirálový heuristický model úzdravy (Mohatt a kol. 2007).



Tento spirálový heuristický model navržený autory Mohatt a kol. (2007) počítá s rekurzivním a nelineárním přestupováním mezi všemi fázemi. Vzhledem k podobnosti k Norcross-Prochaskově (1999) trans-teoretickému modelu (TTM) je potřeba pojmenovat podobnosti i odlišnosti. Fáze pre-kontemplace je shodná se situací problémového užívání. Fáze kontemplace by odpovídala fázi promýšlení situace v heuristickém modelu. Přípravné stadium by odpovídalo experimentování se střízlivostí. Zde se však účastníci často vraceli k pití, aniž by však zároveň přestali přemýšlet o nové zkušenosti se střízlivostí. Teprve v situaci bodu zlomu se i díky těmto zkušenostem rozhodli pro aktivní střízlivost. Navrhovaný heuristický model proto autoři považují za rozpracovanější (byť zároveň kulturně specifické) uchopení problému vývoje budoucích abstinentů. Model vyzdvihuje reflexivní povahu uzdravného procesu nejen na individuální, ale zejména sociální úrovni: respondenti nejsilněji vnímali devastaci blízkých vztahů a zaměřovali se na převzetí odpovědnosti za zvládání původních nebo nových partnerských a rodinných rolí (Mohatt a kol., 2007).

3 POJEM CHUDOBY, CHUDOBA V ČESKU, CHUDOBA MEZI ZÁVISLÝMI

V této podkapitole se v nezbytně nutné míře věnuji tomu, co je to vlastně chudoba a v jakých souvislostech se v oblasti adiktologie uvažuje o chudobě závislých. Při uvažování o chudobě se setkáme s pestrostí diskurzů a obrovským množstvím definic samotného pojmu *chudoba*. Mezi diskurzy nalezneme diskurs *moralistický*, *byrokratický*, *akademický*, ale patří sem i *diskurz samotných chudých*. (Mareš, 1999). *Moralistický diskurz* je charakteristický hodnocením situace chudoby urč. skupiny populace, nalezneme jej v jazyce sociálních a aktivizačních hnutí, v médiích apod. *Byrokratický diskurz* je vůči moralistickému v podstatě v protikladu – snaží se definovat hranice chudoby např. skrze výše příjmů, definuje také cílové skupiny příjemců sociální pomoci, sleduje počet chudých, strukturu domácností, proměny v jejich příjmech apod. Příkladem mohou být oficiální statistiky ČSÚ, o kterých pojednává další část textu. *Akademický diskurz* vnímá chudobu spíše jako produkt hlubších sociálních procesů. Můžeme říci, že se snaží o propojení celospolečenských jevů se situací konkrétních lidí jiným způsobem. Podstatným diskurzem je *diskurz samotných chudých* – ten pojednává více o tom, jaké zdroje mají chudí k dispozici a jak s nimi nakládají. Diskurz chudých si také všímá více psychologické úrovně problému chudoby – např. toho, jak se vytváří pocity bezmoci a méněcennosti, důsledků závislosti na institucích apod. (Mareš, 1999).

Chudobu není jednoduché definovat. Jde o kategorii, která zahrnuje hodnocení a srovnání (na rozdíl od pojmu nerovnost) a váže se k proměně sociálního a třídního statusu (Mareš, 1999). Chudoba je nejčastěji rozlišována jako absolutní a relativní (Giddens, 2005). *Relativní chudoba* vyjadřuje fakt, že ve společnosti existuje majetková nerovnost a že část obyvatel je výrazně chudší než jiná část. Dokonce i v případě, že se životní standard chudých zvyšuje, mohou zůstat chudými proto, že bohatí v dané společnosti bohatnou mnohem rychleji. Relativně chudý člověk tedy uspokojí svoje potřeby, nicméně na podstatně horší úrovni, než ostatní členové stejné sociální vrstvy (Mareš, 1999). *Absolutní chudoba* vyjadřuje situaci, kdy člověk není schopen adekvátně zajistit svoje potřeby a jeho život může být ohrožen na základě nedostatečně saturovaných základních materiálních potřeb a celkově nevyhovujících životních podmínek. Termín se odvíjí od oficiálně stanovených příjmových kritérií v dané společnosti. Světová banka stanovila

hranici chudoby výší hranice kupní síly jednotlivce (US \$ 1,90 /den), v česku se statisticky pracuje s termínem materiální deprivace, který je daný dostupností některých pro život podstatných položek. I za těchto situací ale ještě nemusí být člověk v situaci absolutní chudoby, disponuje-li jinými formami zdrojů. Giddens uvádí, že obě pojetí chudoby mají četné limity, při posuzování chudoby je potřeba přihlížet jak k normám i očekáváním lidí ve společnosti, tak k ekonomickému růstu (Giddens, 2005).

Preskriptivní pojetí chudoby vycházejí z expertních odhadů, např. odhadů minimálních příjmů na obyvatele, který zajistí dostatečnou míru uspokojení potřeb. *Konsenzuální koncepty* vycházejí z pojetí té části (neodborné) veřejnosti, která se má podílet na rozhodování o adekvátním minimu příjmů, stanovení seznamu nezbytných životních položek posuzujících úroveň chudoby. Existují snahy definovat chudobu jednoznačně (*objektivně*) na základě politicky a strukturálně stanovené míry chudoby. Míra chudoby je určena „zvenčí“, vychází ze sociálního a politického konsenzu. Pojetí *subjektivní chudoby* naopak vycházejí z názorů a pocitů osob, kterých se týká. Chudým je v tomto pojetí ten, kdo se za chudého považuje a naopak – chudým nemusí být ten, kdo se statusu chudého brání (Mareš, 1999).

Důležitým pojmem je *pracující chudoba (working poor)*. Jde o (údajně rostoucí) skupinu pracujících, kteří jsou zaměstnaní a mají pravidelný příjem, přesto jsou však ohroženi příjmovou chudobou, a to díky nízké mzdě (Bělíček, Rychlíková, 2017). Souvisí s termínem *skrytá a latentní chudoba*, který odkazuje k chudobě nezahrnuté do statistik. Jedná se o chudé, kteří neuplatňují svůj nárok na sociální pomoc. Roli zde hraje jak obava ze stigmatizace, tak i určitá hrdost a odmítání pomoci majority. Příčiny mohou být také v nekompetentnosti zacházení se svojí situací. Za nejpočetnější skupinu jsou považováni lidé bez domova a pracovní migranti (Mareš, 1999).

Chudí prožívají ve své situaci často nějakou z forem útlaku, často jde o sociální izolaci, pocity stigmatizace a diskriminace, která může vyústit v sociální vyloučení. Uveďme ještě, že prožitek chudoby se může lišit v závislosti na genderu: na ženy více dopadá stres související se sníženým rozpočtem domácnosti a zúženými možnostmi nakrmit rodinu (angl. pojem *homemaker*). Muži zase nesou úkorně, pokud nemohou být živiteli rodiny (*breadwinner*), resp. pokud čelí pocitu, že se jim nepodařilo dostát některým sociálním rolím, vydělat dostatek peněz, dosáhnout postavení (WBG, 2018; Marek a kol., 2012).

Marek a kol. popisují tyto genderové nuance mezi bezdomovci: Muži – bezdomovci – podle nich cítí, že jako *muži* zklamali a svoje sociální problémy berou jako adekvátní trest za svoje selhání. Příčinou jsou větší výkonové nároky na muže, jejich selhání je také sankcionováno sociálním vyloučením. Muži mají pocity viny, v důsledku toho nevyužívají možné formy pomoci, byť by mohli být příjemci sociálních dávek. Žena v nesnázích se na ulici snaží získat ochranu, muž má pocit, že si musí pomoci sám (Marek a kol., 2012).

Subjektivní chudoba se např. typicky proměňuje v průběhu života. Do pozdního středního věku se spíše snižuje a po padesátce začne stoupat, dokud se nedostane na trvalou vysokou úroveň ve stáří: 60 - 70 % starých osob se cítí být chudými (Mareš, 1999).

Světová banka na jedné straně definuje hranici chudoby (\$ 1,90 /den, od r. 2015), na straně druhé popisuje chudobu jako vícevrstevnatý fenomén, který nesouvisí jen s oblastí financí. Finance a schopnost dosáhnout na základní potřeby jsou jádrovou oblastí chudoby. S tou však souvisejí konsekvence pro psychické a tělesné zdraví. Studie Světové banky upozorňují na stud, strach, depresi, starosti a hněvu jako na klíčové komponenty prožitku chudoby. Lidé žijící v chudobě také často čelí nějaké formě sociálního útlaku, může docházet k porušování jejich práv. Jednotlivci žijící v chudobě čelí často sociální izolaci, stigmatu nebo diskriminaci. V důsledku těchto specifík jsou chudí často skupinou, která se nepodílí na kolektivním rozhodování a často jsou předmětem sociální exkluze (The World Bank Group, 2018).

3.1 Chudoba v ČR

Český statistický úřad vyhodnocuje materiální podmínky života občanů ČR v pravidelných ročních intervalech (ČSÚ, 2018). Ve zprávách se pracuje se dvěma pro nás podstatnými termíny: příjmovou chudobou a materiální deprivací. *Příjmová chudoba* označuje situaci, kdy domácnost jednotlivce nedosáhla stanovené hranice finančního příjmu. Ta je definována jako 60 % mediánu čistého národního disponibilního příjmu (pro rok 2017 šlo o částku 11 195 Kč/měsíc, pro rok 2018 zatím nebyl stanovena). Při hodnocení rizika ohrožení příjmovou chudobou se přihlíží k velikosti a struktuře celé domácnosti. Z hlediska struktury domácnosti uvádí ČSÚ pro rok 2017 konkrétní příjmové normy pro stanovení hranice příjmové chudoby: 11 195 Kč u jednotlivce, 16 792 Kč u

dvou dospělých osob, 14 553 Kč u rodiče s dítětem apod. V ČR se v situaci ohrožení příjmovou chudobou v roce 2017 nacházelo dle ČSÚ 9,1 % obyvatel žijících v domácnostech s různou strukturou (ČSÚ, 2018b).

Druhým zmiňovaným indikátorem je *materiální deprivace*. Ta udává počet osob, jejichž domácnosti si nemohou dovolit čtyři a více z devíti stanovených pro život podstatných položek (tab. 1).

Tab. 1: Podíl osob, které si nemohou danou položku z finančních důvodů dovolit, rok 2017

Podíl osob v domácnostech, které si nemohou danou položku dovolit	
Neočekávaný výdaj ve výši 10 200 Kč	28,1 %
Týdenní dovolená	25,0 %
Automobil	7,4 %
Jíst maso obden	7,1 %
Platit včas různé pravidelné platby a splátky	3,2 %
Dostatečně vytápěný byt	3,1 %
Pračka	0,2 %
Barevný televizor	0,1 %
Telefon	0,1 %

Zdroj: ČSÚ, 2018 (b)

Je důležité uvést, že v ČR se míra materiální deprivace dlouhodobě pohybovala mezi 6 a 7 %, a dále, že od roku 2014 má stále klesající tendenci. Riziko ohrožení chudobou tedy v Česku podle statistik postupně ubývá. V roce 2017 klesla míra materiální deprivace dokonce o dalších 1,1 % na 3,7 %. Nejvíce ohroženými domácnostmi jsou podle průzkumů domácnosti jednoho dospělého s dítětem/děťmi a dále jednotlivci ve věku 65 let a více, zejména ženy (ČSÚ, 2018b). ČR tedy bývá s poukazem na tato data zařazována mezi země s vůbec nejnižším podílem osob ohrožených příjmovou chudobou nebo sociálním vyloučením v Eurozóně (ČSÚ, 2018a; Eurostat, 2018).

Je ale potřeba brát uvedené statistiky chudých v ČR s rezervou, a to s ohledem na to, že statistiky ČSÚ nezohledňují uplatňované insolvence a exekuce. Dle metodiky EU totiž zpracovávají příjmy uvedené ve mzdě, nikoli příjmy reálné. Dalším problémem může být i to, že výběrové šetření ČSÚ bylo provedeno na vzorku 11 500 domácností, ty ale nezahrnovaly osoby žijící na sociálním dně, jako jsou osoby na ulici, osoby žijící v domovech důchodců, osoby hospitalizované v psychiatrických zařízeních, vězni, apod. Můžeme tedy předpokládat, že na konci roku 2018, kdy bylo v Česku více než 800 000

lidí v exekuci, mohl být počet lidí v situaci definované jako *ohrožení příjmovou chudobou*, nebo *materiální deprivace* jiný (pravděpodobně vyšší), než kolik statistiky ČSÚ uvádějí.

3.2 Chudoba mezi závislými

Kolik toho víme o socioekonomické situaci osob závislých na alkoholu? Odhaduje se, že v ČR žije přibližně 300 000 osob s vyjádřeným syndromem závislosti na alkoholu (Kalina a kol., 2008). Ze sociálního hlediska půjde však o jistě značně různorodou skupinu. Mravčík, Chominová a kol. (2018) přináší na základě dat z NRLUD² informace o vzdělání, bydlení, rodinném statusu, zaměstnanosti lidí závislých na drogách včetně alkoholu, kteří využili léčebné nebo sociální zařízení. Z údajů relevantních pro tento oddíl uvedme, že 43 % uživatelů alkoholu vstupujících do léčby mělo pravidelné zaměstnání, 79 % mělo stálé bydlení. Stejný zdroj dat také uvádí, že závislost může být zdrojem zadlužení a více než polovina závislých (nejen na alkoholu), kteří využili v roce 2017 služeb občanských poraden, měla nižší příjem než 13 400 Kč měsíčně (Mravčík, Chominová a kol., 2018). Dluhy u bankovních i nebankovních věřitelů dosahovaly průměrné výše 288 tis. Kč. V 67 % případů čelili závislí nebo jejich blízcí exekucím a 20 % z těchto osob usilovalo o oddlužení (Mravčík, Chominová a kol., 2018). Zadlužení je rozšířeným problémem, který se vyskytuje běžně a ve velké míře v populaci závislých v léčbě, závislé na alkoholu nevyjímaje. Jakkoli přesnější data o rozšíření této problematiky nemáme, jedná se o problém, který má pro část pacientů v léčbě zásadní existenční význam a ovlivňuje proces údravy.

3.3 Psychologie chudoby

Chudoba nepatří v české psychologii ke zhusta reflektovaným tématům. Zde několik výstupů z dostupných zpráv z našeho prostředí: Šolcová a Kebza (2002) přinesli srovnání zahraničních i českých studií na téma souvislosti socio-ekonomického statutu (SES) a psychického i celkového zdraví. Zahraniční studie podle nich reportují o prokazatelné sociálně založené nerovnosti ve zdraví (např. vyšší nemocnosti a úmrtnosti) u lidí s nižším postavením v sociální hierarchii. Příslušnost k sociální vrstvě podmiňuje to,

² Národní registr léčby uživatelů drog, provozuje ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR).

jakým stresorům je člověk vystavován a jaké má osobnostní a sociální zdroje k jejich zvládnutí. Podle jejich vlastního výzkumu na souboru 2638 respondentů (Šolcová a Kebza, 2002) hodnotily osoby s nižším SES (nižším příjmem a nižším vzděláním) svůj zdravotní stav signifikantně hůře než osoby s vyšším SES.

Šolcová, Slezáčková a kol. (2012) zkoumaly na vzorku 87 osob vliv ekonomické recese (operacionalizováno jako nezaměstnanost, finanční tíseň) na prožívání. Nejsilnější vztah našly mezi vnímaným ekonomickým ohrožením a stavy únavy, ochablosti, hostility a úzkosti. Kognitivní faktory, využití sociální opory a osobnostní charakteristiky respondentů měly na vnímání recese a finanční tísně jen minimální vliv.

Podle epidemiologické metaanalýzy 30 studií autorů Lorant a kol. (2003) souvisí nízký SES s horšími copingovými styly, vyšším množstvím stresu v průběhu života, horší sociální oporou, vyšším výskytem zdravotního postižení a psychiatrických poruch.

Vztah mezi chudobou a prožíváním byl v posledních letech podroben zkoumání v řadě zahraničních studií. Byl zjištěn negativní vliv prožitku chudoby na kognitivní i exekutivní funkce a prožívání stresu, dále vliv chudoby na kumulovanou alostatickou zátěž (Evans a Kim, 2012), pozitivní korelace chudoby a symptomů sociálního stažení, somatických potíží a negativních myšlenkových vzorců vedoucích k depresivním poruchám (Santiagová a kol., 2002).

Někteří psychologové na základě těchto a dalších výzkumů hovoří o zúžení mentální kapacity a mentálních zdrojů jedince (*cognitive tax*). Předpokládá se, že kognitivní výkon jedince se proměňuje podle toho, zda se člověk právě nachází v tíživé finanční situaci či nikoli. Význam přitom hraje samozřejmě to, jak lidé svoji ekonomickou situaci interpretují – zda se cítí být chudými a zda považují situaci za problematickou. Pokud ano, tak tato situace zaměstnává jejich pozornost a spouští např. vtíravé myšlenky orientované na řešení situace. Mani, Mullainathan a kol. (2013) sledovali dopady chudobou indukovaného stresu na úrovni fyziologických korelátů stresové zátěže (tepová frekvence, krevní tlak) i na úrovni změn v kognici (výsledky testů Raven, celkový čas a množství chyb ve Stroopově úloze). Jejich zjištění potvrdily hypotézu o negativním dopadu chudobou indukovaného stresu na některé kognitivní funkce. Autoři na základě komparace s jinými studiemi tvrdí, že navození pocitu finanční tísně má na kognitivní

výkon jedince stejný dopad jako ztráta jedné noci spánku, anebo odpovídá poklesu inteligence měřené Ravenovými matricemi o 13 bodů IQ (Mani, Mullainathan a kol., 2013).

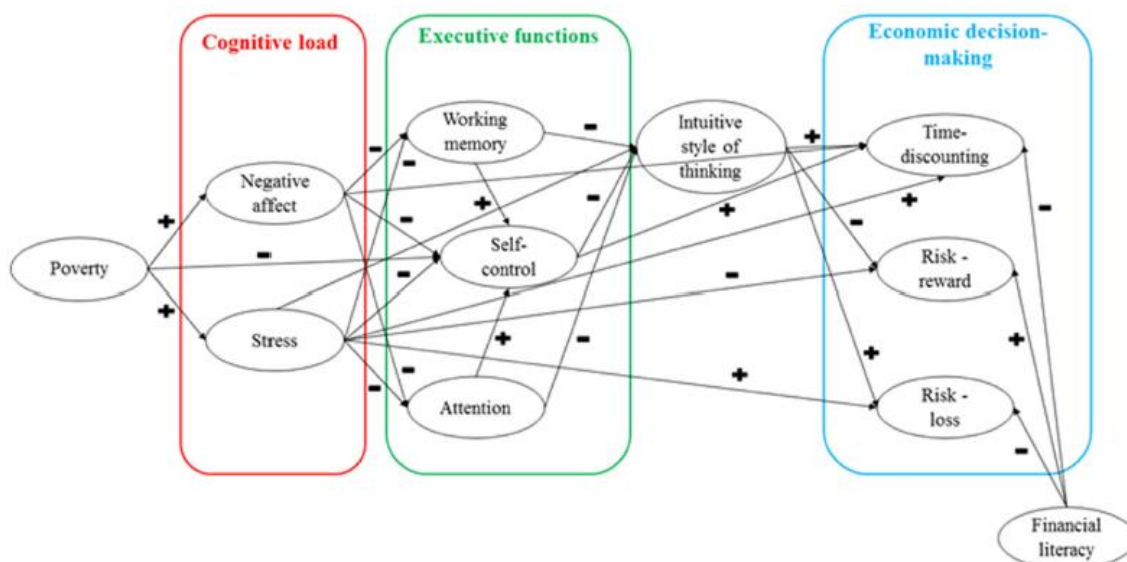
Hypotetický zhoršený kognitivní výkon chudých je vysvětlován různě. Nejjednodušší vysvětlení pracuje s populární teorií dvojího myšlení představeného D. Kahnemanem (Kahneman, 2012) jako *myšlení rychlé (Systém 1)* a *myšlení pomalé (Systém 2)*. *Systém 1* je intuitivní, automatický a nenákladný, pracuje rychle, ale dopouští se rozporuplných řešení a prostých chyb. *Systém 2* je oproti tomu řádově pomalejší, je více vědomý, využívá racionality a z toho důvodu je také energeticky nákladnější. Provoz systému 2 je pracnější, výstupy jsou však méně rozporuplné, více konzistentní a přesné. Schillbach a kol. (2016) předpokládají, že lidé ve stresu způsobeném chudobou z nějakého důvodu méně používají svůj Systém 2 a v myšlení a rozhodování se více opírají o Systém 1. Chudí lidé tedy nejspíš jinak interpretují situace a volí jiné strategie řešení, které mohou působit trochu méně „rozumně“ a trochu více „impulzivně“ (Mani, Mullainathan a kol., 2013; Schillbach a kol., 2016).

Haushofer a Fehr (2014) taktéž dávají za pravdu četným studiím o negativních dopadech chudoby na míru prožívaného stresu. Chudoba vyvolává negativní afekty a ty způsobují stres. Vlivem dlouhotrvajícího stresu souvisejícího pak dochází k proměně ekonomického chování chudých, které paradoxně potencuje udržení chudoby. Lidé například méně riskují (*positive risk-taking*) v pracovním kontextu (neosvojují si nové dovednosti, nevzdělávají se apod.) a tím pádem nepostupují v pracovní a sociální hierarchii. Dalším rysem jejich ekonomického chování je, že zvolené strategie v dlouhodobém horizontu nepřinášejí zisk, ale jsou spíše okamžitým uspokojením jejich potřeb (*time-discounting*). Tím si chudí zároveň znesnadňují cestu z chudoby (Haushofer a Fehr, 2014).

Na základě takových pozorování se můžeme setkat s modelem tzv. *dvojího efektu chudoby*: (1) chudoba působí negativně na prožívání, (2) sekundárně pak ovlivňuje i jednání, které se stává maladaptivním a nevede jedince ven z chudoby (Džuka a kol., 2017). Slovenští autoři Adamkovič a Martončík (2017) se pokusili na základě rešerší dostupných studií o sestavení modelu vlivu chudoby na ekonomické rozhodování. Zjednodušeně jde o shrnutí již výše popsaného:

Klíčovou vstupní determinantou je zde chudobou navozená kognitivní zátěž (negativní afekty + stres), která má negativní vliv na kognitivní funkce (pozornost, sebekontrola, pracovní paměť). Proces rozhodování může být dále moderován intuitivním („rychlým“) stylem zpracování problému, které (na rozdíl od myšlení „pomalého“, ale racionálnějšího) vede ke zkratkovitým, emocemi podloženým řešením. Výsledné jednání vedoucí k udržení chudoby zvyšuje četnost *méně výhodného uspokojení potřeby* (*time discounting*), potencuje *riskantní jednání vedoucí k ztrátě* (*risk-loss*) a zároveň odvádí od *riskantního jednání, které by mohlo vést k dlouhodobému zisku* (*risk-reward*). Rozhodnutí vedoucí k těmto možným scénářům jsou podle autorů nejspíš dále moderována finanční gramotností konkrétního jedince (Adamkovič a Martončík, 2017).

Obr. 3.: Model vlivu chudoby na ekonomické rozhodování (Adamkovič a Martončík, 2017, 8)



Je potřeba zde uvést kritickou připomínku slovenských autorů (Džuka a kol., 2017), že výzkumy z oblasti psychologie chudoby pocházejí z různých kulturních kontextů a byly prováděny na velmi různorodých populacích. Výzkum psychologických důsledků chudoby ve vztahu k setrvávání v chudobě je podle nich dosud „v plenkách“.

Dalším problémem uvedených studií je dle mého názoru jejich fokus na jednotlivce. Objekty výzkumu zmiňovaných studií byli jednotlivci, kteří se stresem měli nějakým způsobem vyrovnat (zejména u laboratorních studií). Tento proces se ovšem v realitě zjevně neděje v sociálním vzduchoprázdnu. Měli bychom se ptát, jaká je role jejich

blízkých a celých komunit, zda zde dochází k nějaké formě podpory, psychologické stabilizaci nebo korekci ekonomického jednání.

4 CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Výzkum zkoumá proces zotavení ze závislosti na alkoholu u osob, které zároveň čelili situaci materiální chudoby. Motivem k výzkumu je předpoklad (podložený teoretickou kapitolou výše), že chudoba způsobuje psychickou zátěž, zvyšuje stres (byť mechanismus tohoto působení zatím není ověřen) a tím může problematizovat proces údravy zvýšením rizika lapsu a následné recidivy na návykové látky. Výzkum se zaměřuje na úspěšné případy zotavení z nesnadné životní situace, s cílem najít obecnější vodítka pro úspěšný proces adaptace na tuto situaci a proces údravy.

Výzkum si klade za cíl:

- A) popsat nejvýznamnější stresory i funkční adaptační strategie**, které vybraní úspěšní abstinenti využívají v období života, kdy čelí dvojímu zatížení,
- B) poskytnout teorii funkční adaptace na situaci dvojího zatížení**, která vychází z kvalitativní analýzy jevů a významů sdílených samotnými aktéry výzkumu.

Při plánování výzkumného designu byly v rámci výzkumných cílů předběžně zvoleny konkrétnější okruhy otázek.

1. Jaké jsou nejvýznamnější stresové zátěže úspěšně abstinujících závislých? (výzkumný cíl A)
2. Jaké adaptační strategie využívají? (výzkumný cíl A)
3. Jaké významy připisují vlastní závislosti? (výzkumný cíl B)
4. Jak vnímají závislí na alkoholu vlastní chudobu? (výzkumný cíl B)
5. Jaké podmínky, jevy a procesy jsou klíčové pro úspěšný proces adaptace a zdárný průběh údravy? (výzkumný cíl B)

5 METODOLOGIE

Předkládaný výzkum je založený na osobním kontaktu s respondenty, analýze jejich výpovědí o zkoumané oblasti, analýze relevantní literatury a použití dotazníku mapujícího sebehodnocení. S ohledem na tuto povahu výzkumných nástrojů, velikost výzkumného souboru a následné použití analytických a interpretačních postupů se jedná o kvalitativní výzkumný design (Miovský, 2006; Hendl, 2016).

5.1 Metody tvorby dat

Hlavní použitou metodou bylo polostrukturované interview (Miovský, 2006). Struktura interview byla vystavěna na základě cílů výzkumu a předběžných otázek (viz výše). Záznamový arch obsahoval hlavičku pro sběr základních dat a předpřipravené otázky. Cílem předpřipravené osnovy bylo neminout při interakci klíčová témata, zároveň ale umožnit respondentům změnit zaměření hovoru k oblasti, která jim přišla v danou chvíli významnější. Z rozhovorů byl se souhlasem respondentů pořizován audio-záznam a psané poznámky. Takto sebraná data byla následně přepsána a připravena k editaci v softwaru ATLAS.ti.

Doplňkovou metodou výzkumu byla rosenbergova škála sebehodnocení - Rosenberg's self-esteem scale (Rosenberg, 1965; Blatný, Osecká, 1994), která vychází z předpokladu existence jednodimenzionálního (globálního) sebehodnocení. Škála obsahuje deset výroků, míru (ne)souhlasu respondenti vyjadřují na 4-bodové škále likertova typu hodnotami. Při skórování odpovědí hodnotami 0 až 3 dosahuje výsledné skóre v součtu hodnot 0 až 30 (střední hodnota 15). Skóre v hodnotách intervalu 15 – 25 b. jsou považována za „obvyklé sebehodnocení“. Celková doba administrace/vyhodnocení činí 5 min / 5 min.

5.2 Oslovování cílové skupiny a sběr dat

Oslovování cílové skupiny bylo zahájeno v červnu 2018. V rámci této fáze byly osloveny doléčovací programy pro závislé prostřednictvím e-mailu, následně osobně na setkání sekce doléčovacích programů (jejímž je autor výzkumu také členem). Formou telefonického a mailového kontaktu byly osloveny skupiny AA v plzeňském a olomouckém kraji (celkem 6 skupin), v rámci předvýzkumu se autor účastnil skupinového setkání AA osobně,

Kontaktování konkrétních osob probíhalo telefonicky, následně proběhlo osobní setkání v místě, které klient preferoval – ve veřejném prostoru kavárny (7 případů) nebo domácím prostředí respondenta (4 případy). Osobní kontakty s respondenty proběhly v měsících srpen–prosinec 2018.

Délka osobního setkání se pohybovala mezi 60 min a 150 min, setkání v domácím prostředí byla zpravidla výrazně delší, naopak veřejný prostor se ukázal být určitým limitem pro délku i obsah setkání. Při rozhovorech v domácím prostředí jsem si všímal charakteru bydlení respondentů. Nepožíval jsem však žádné fotografie, dojmy a postřehy jsem si pouze zapisoval.

5.3 Etické aspekty výzkumu

Sběr dat, jejich analýza a publikace se dotýkala několika etických otázek, které byly reflektovány v průběhu výzkumu. Hlavním cílem bylo provést jednotlivé fáze výzkumu tak, aby nebyl negativně ovlivněn proces údravy respondentů, jejich pracovní situace, sociální prostor, životní podmínky, psychické rozpoložení apod. Důraz byl proto kladen na to, aby byla účast respondentů na výzkumu dobrovolná, s možností účast na výzkumu přerušit či ukončit, a to i v průběhu sběru dat. Respondentům byly zdůrazňovány pozitivní aspekty výzkumu, příležitost reflektovat při rozhovorech vlastní osobní zkušenost, předat zkušenost jiným apod. Veřejná dostupnost práce po její obhajobě tuto možnost alespoň v minimální míře zajišťuje. Jména klientů v textu jsou změněná, s cílem zajistit soukromí respondentů i institucí, stejně tak jsou upozaděny názvy zařízení, se kterými autor v průběhu sběru dat navázal spolupráci. Citlivě je zacházeno s popisem soukromí respondentů, pokud se rozhovor odehrával u nich doma.

Pro účely výzkumu byli osloveni i klienti a absolventi doléčovacích programů pro závislé, kteří již několik měsíců či let nebyli v kontaktu se zařízením. V sociálních službách není takový kontakt standardní, pokud k tomu klient v průběhu spolupráce neposkytl písemný souhlas. Způsobem záměrného výběru s pracovníky doléčovacích programů byli osloveni pouze ti klienti, kteří ukončili program standardně a kteří podle odhadu pracovníků nebudou mít s tímto postupem potíží. Vybraní respondenti byli kontaktováni nejprve telefonicky pracovníky programu, kteří je osobně znali, a teprve s jejich souhlasem mně byl kontakt zprostředkován.

5.4 Metody analýzy dat

Výzkumná část práce se opírá o principy zakotvené teorie (Strauss, Corbinová, 1999). Cílem výzkumu bylo zachytit dynamický proces úspěšné adaptace ve specifických podmínkách chudoby a vyvodit z něj obecnější závěry. Proces se řídil principem postupné analýzy získaných dat, která byla převedena do textové podoby a kódována za pomoci ATLAS.ti. Po úvodním (otevřeném) kódování sloužícím pojmenování jevů a procesů byly hledány obecnější pojmy a vztahy mezi nimi, s ohledem na kontext a časovou souvztažnost (axiální kódování). Vodítkem pro axiální kódování byl paradigmatický model, který rozlišuje pozorované jevy a dává je do časových a kontextových souvislostí (Strauss, Corbinová, 1999, 72):

*(A) Příčinné podmínky → (B) Jev → (C) Kontext → (D) Intervenující podmínky
→ (E) Strategie jednání a interakce → (F) Následky*

Některé výpovědi respondentů umožňovaly zachytit mnoho informací o procesu procházení kritickými životními momenty, pohledu na sebe sama a proměnu postojů respondentů. Využil jsem proto vodítek pro narativní kódování (*narrative coding*, Saldaña, 2016) a zaznamenával kromě verbálního obsahu i jemnější informace z kontextu vyprávění (konzistenci příběhu, tón hlasu, rozpoložení respondenta). Některé zjištěné vztahy jsem se pokusil uspořádat do myšlenkových map nebo hierarchických schémat a hledal jejich paralely v odborné literatuře. Některé hypotézy a zjištění byly (když to bylo možné) znovu ověřovány také v terénu mezi novými respondenty, abstinujícími závislými v různé fázi doléčovacího procesu. Analýza dat probíhala s použitím vodítek pro tuto oblast (Strauss, Corbinová, 1999, Mioviský, 2006). Některé výzkumné otázky byly v průběhu výzkumu měněny s tím, jak se měnil můj vhled do problému. Cílem bylo formulovat teorii vysvětlující spíše „dění“ a „průběh“, nikoli podat výčet jevů. Skutečnost, že s alkoholiky procházejícími procesem údravy pracuji jako terapeut v doléčovacím programu, jsem vnímal za zdroj vlastní teoretické citlivosti (Strauss, Corbinová, 1999).

6 VÝBĚROVÝ SOUBOR

Výběr souboru respondentů byl kombinovaný, z části se jednalo o záměrný výběrový výběr přes instituce – doléčovací programy a skupiny AA (Miovský, 2006). Kritériem pro výběr respondenta byla (1) alespoň roční abstinence od alkoholu, (2) zkušenost s materiální chudobou v procesu úzdravy a (3) souhlas s účastí na výzkumu. Podmínky byly ověřovány telefonicky před interview, při osobním kontaktu detailněji. V průběhu získávání dat jsem neodmítl účast na výzkumu klientům, kteří – jak se ukázalo během interview - všechna tato kritéria nesplňovali: např. délka abstinence byla kratší než jeden rok u 2 respondentů; 2 další respondenty s kratší dobou abstinence jsem naopak zařadil do výzkumu i přes to, že jsem s nimi byl v terapeutickém vztahu a 1 respondent pravděpodobně nesplňoval (objektivní) kritérium ohrožení příjmovou chudobou v době zahájení abstinence, subjektivně se však za chudého v tomto období považoval.

6.1 Charakteristika souboru

Zkoumanou populací výzkumu byli (abstinující) závislí na alkoholu, kteří žijí, nebo ještě nedávno žili v nesnadných socio-ekonomických podmínkách. Před interview jsem nechal posouzení tohoto kritéria na respondentech, při kontaktu jsem však jejich finanční situaci více mapoval a následně posuzoval s pomocí parametrů „příjmová chudoba“ a „materiální deprivace“ (Šustová/ČSÚ, 2015). Hlavička záznamového archu obsahovala základní informace o absolvovaných léčbách a délce abstinence, dále byly zjišťovány socioekonomické údaje – výše dluhů, aktuální sociálně-materiální situace příp. soc.-materiální situace v období po ukončení poslední léčby a zahájení abstinence. S 12 respondenty proběhlo delší, polostrukturované interview, se 2 respondenty jsem se vídal častěji, v rámci terapeutických sezení v roli terapeuta.

Základní údaje: Velikost výběrového souboru (Tab. 2) čítala 14 osob (z toho 2 ženy), průměrný věk byl 52 let (55 muži, 38 ženy), nejmladší respondent měl 35 let, nejstarší 65. Muži a ženy tedy nebyly ve vzorku vyrovnanými skupinami z hlediska věku ani zastoupení ve vzorku. Obě ženy se staraly o dítě v kojeneckém nebo předškolním věku a samy byly ve věku mladé, a počínající střední dospělosti, zatímco nejmladšímu mužskému respondentovi bylo 41 let a 2 byli ve starobním důchodu. Ženatí nebo vdaní byli pouze 2 respondenti, celkem 4 respondenti žili v nějaké formě partnerství, ostatní žili sami. Obě 2 respondentky se v době výzkumu staraly o dítě ve věku 1 - 4 let, obě žily s

partnerem. Respondenti žili v jihočeském, plzeňském, středočeském a olomouckém kraji ve sídelních oblastech s různou mírou hustoty zalidnění (velká i malá města, vesnice).

Úzdrava: V době výzkumu bylo 11 respondentů v kontaktu s nějakou formou podpůrné instituce (DC, AA), tři respondenti žili již mimo adiktologickou podporu. 4 respondenti byli aktuálními klienty doléčovacího programu, v jednom případě šlo o klienta využívajícího chráněného ubytování. 5 respondentů bylo absolventy DC s několikaletou abstinencí, 3 respondenti se zapojili do výzkumu přes skupinu AA. 13 respondentů zahájilo fázi abstinence s pomocí ústavní léčby, 1 respondentka se stabilizovala pouze s pomocí AA. Respondenti absolvovali za život v průměru 2,1 střednědobých ústavních léčeb. Délka souvislé abstinence od poslední významné recidivy se v souboru pohybovala od 9 měsíců do 18 let (v průměru 6,4 let). 1 respondent byl v době výzkumu praktikujícím psychoterapeutem závislých. 3 respondenti o sobě řekli, že jsou věřící.

Socioekonomická situace: 11 respondentů mělo stálý pracovní poměr (zaměstnanci) nebo byli OSVČ. 2 respondenti byli v dlouhodobé pracovní neschopnosti, oba čekali na lékařský zákrok. Jedna respondentka byla na rodičovské dovolené. Formy bydlení: vlastní nemovitost (3), podnájem (7), ubytovna (3). chráněné bydlení (1). 9 respondentů v době výzkumu čelilo exekucím na plat, důchod nebo na plat a invalidní důchod, 3 respondenti byli v čase výzkumu bez dluhů, popisovali však dluhovou situaci nebo insolvenční v období po absolvování léčby – před 5 až 10 lety. 8 respondentů se v době výzkumu nacházelo celkově v tíživé ekonomické situaci, z toho ve 4 případech by bylo možné deklarovat materiální deprivaci.

Tab.2: Výběrový soubor – dle věku

respondent (kód)	pohlaví (m/ž)	věk	primární závislost	další závislosti	abstinence od posl. užití roky (měsíce)	celk. délka abstinence	počet střednědobých léčeb (měsíce v léčbě celkem)	forma doléčování v minulosti	výkon trestu v minulosti	aktuálně psychofarmaka	forma bydlení v době interview	chudoba / deprivace v době interview
K	ž	35	alkohol		6	6	0	AA			vlastní	Ch
M	ž	41	alkohol	tabák, jiné NL	7 dní	2,5	3	AA			podnájem	
C	m	41	alkohol	jiné NL	1 (6)	3	7	DC, ChB			ubytovna	D
O	m	45	alkohol		1	1	2	DC		A	podnájem	
R	m	49	alkohol	tabák	(8)	10	3	DC, ChB			ChB	Ch
L	m	53	alkohol		6	15	3	DC, ChB		A	podnájem	D
V	m	54	alkohol	tabák	(4)	0,9	2	DC, ChB, AA	A		podnájem	Ch
X	m	55	alkohol		18	18	1	DC			vlastní	
A	m	58	alkohol	tabák	5	5	1	DC, ChB			ubytovna	D
J	m	59	alkohol		16	25	2	AA			vlastní	
N	m	59	alkohol	tabák	6 (6)	9	3	DC, ChB		A	podnájem	
T	m	60	alkohol		9	9	3	DC, ChB			podnájem	D
D	m	61	alkohol	tabák	4	4	1	DC, ChB			podnájem	Ch
S	m	65	alkohol		12	12	1	AA			podnájem	D

Vysvětlivky: A = Ano, ChB = chráněné bydlení, Ch = ohrožení příjmovou chudobou, D = materiální deprivace, DC = doléčovací centrum nebo zaměřená terapeutická skupina, AA = anonymní alkoholici.

7 VÝSLEDKY

Sběr dat a jejich analýza probíhala od června 2018 téměř půl roku, a proto není možné shrnout veškeré výstupy a zjištění do jedné kapitoly. Uvádím proto pouze ty výstupy, které se vztahují k cílům práce A a B (viz kap. 4). Kromě toho se věnuji oblastem života respondentů, které s procesem úzdravy úzce souvisí, a bez jejichž pochopení není možné povaze úzdravného procesu porozumět v celistvosti. Jedná se např. o fenomén *bodu obratu*, který byl v narativích několika respondentů významným mezníkem. Pozornost věnuji také tématu *spirituality*, která se významnou měrou podílela na copingu pěti respondentů (1/3 souboru). Oblast *bydlení* nebyla reflektována respondenty až v takové míře, ale v průběhu výzkumu se stala neplánovaně součástí „pozorování“ (několik rozhovorů totiž proběhlo u respondentů doma, nebo na zahradě). Navrhuji tezi, že charakter bydlení a *obývání* může být moderátorem i měřítkem úzdravného procesu.

Samotné přepsané rozhovory umožnily přiřadit datům 91 primárních kódů. V průběhu zobecňování a řazení dat vznikala jejich další uspořádání. Pro pochopení funkčních adaptačních strategií (výzkumný cíl A) se ukázalo být užitečné vnímat adaptivní procesy s pomocí rozlišení na zastávané postoje a jednání, či procesy (tabulky 1 a 2). Ve snaze přiblížit se teorii adaptace (výzkumný cíl B) vnikly modely, které zahrnují aspekt vývoje zvládání v čase – vývojový model zvládání chudoby a paradigmatický model úzdravy (tabulky 3. a 4.). Pokud v textu cituji výpovědi respondentů, uvádím k tomu orientační údaje v závorce ve tvaru: kód jména, věk, celková délka abstinence v letech / počet léčeb. Např. (J, 59 let, 6/2).

7.1 Sebehodnocení

Rosenbergova škála sebehodnocení byla využita jako rychlá metoda pro spíše orientační vhled do sebepojetí respondentů. Metodu se podařilo použít jen v 11 (/14) případech interview. Při variantě skórování 0 (minimum) – 30 bodů (maximum), bylo průměrné skóre 21,8 b. (odpovídá hodnotě „*obvyklé sebehodnocení*“). V 9 případech se skóre nacházelo v intervalu 18 – 23 b., zbývající 2 případy byly výraznými outliersy s hodnotami 13 b. („*nízké sebehodnocení*“) a 30 b. („*vysoké sebehodnocení*“). Z výsledků můžeme soudit, že dosažené skóre nesouvisí primárně s délkou udržené abstinence ani věkem. Vzhledem k sociálnímu postavení respondenta s nejvyšším skóre (řídící pracovník) je možné předpokládat spíše souvislost se sociálním statutem. Podstatným výstupem

z orientačního použití této krátké metody je to, že sebehodnocení respondentů se nacházelo ve středním pásmu *obvyklého sebehodnocení*.

7.2 Zátěže a stresory v období střízlivosti (výzkumný cíl A)

Stresory

Respondenti v průběhu procesu úzdravy čelili celé řadě stresorů, pramenících z povahy jejich intrapsychické, interpersonální a socio-ekonomické (existenční) situace.

Finanční nejistota, finanční nouze. Primárním problémem očima většiny respondentů byl nedostatek peněz a problém se zadlužením. Tyto dva jevy byly provázané vzhledem k tomu, že nedostatek peněz souvisel primárně s uplatňovanými exekucemi. Existenční situace respondentů vycházela z množství financí, které jim zbyly po odečtení příjmů. I respondenti, kteří vstupovali z léčby do chráněného prostředí se museli učit vyjít s málem, průměrně s částkou 100,-Kč/den, ve dvou případech to bylo ale i méně. Někteří respondenti vnímali chudobu jako „hlavní problém“, na rozdíl od závislosti, kterou považovali za vyřešenou věc (k tomuto pohledu se vracím v další části textu). V souboru byli 2 respondenti, kteří spláceli úvěr za nemovitost a „chudí“ z objektivního hlediska nebyli. I ti se však museli uskromnit, aby mohli ustát např. porozvodové vyrovnání, nebo doplatit úvěr, aniž by přišli o majetek.

„Já neměl vůbec nic. Vemte si, že vylezete z manželství a nemáte vůbec nic – nemáte kde bydlet, nemáte co na sebe, - vůbec nic. A to bylo hodně stresující. Hodně mě to dostávalo. A taková ta potřeba se umístit, mít domov, mít tam doma, cítit se doma – to mi chybělo.“ (O, 45 let, 1/2)

Zdravotní potíže. Závažné potíže se zdravím v průběhu prvních let abstinence zaznamenali nejméně čtyři respondenti. Propuknutí potíží se u některých z nich projevilo v souvislosti se zahájením pracovního života nebo souviselo s jejich vyšším věkem.

„(...) A většinou jsem začal bývat taky hodně v nemocnici. Mam revmatickou artritidu. [čeho?] – různě, stěhovavý lokalizace. Začalo mě bolet rameno, pak mě začalo bolet druhý rameno. Vlastně ten jeden z těch rehabilitantů si mě pozval a udělal o mě disertační práci, protože se mu líbili moje příznaky, všechno to o mě

sepsal, rentgeny a pak když jsem byl u něj naposled, loni, já byl na oddělení klinické farmakologie a když jsem tam ležel s kloubama a dělali mi rentgen všeho, tak mi našli ještě nádor na plicích.“ (D, 61 let, 4/?)

Jeden z respondentů (V, 54 let, 0/2) byl v pracovní neschopnosti, čekal na výměnu kyčelního kloubu. Měl dlouhodobě sníženou schopnost pohybu, vyšší unavitelnost. Stres, který prožíval, nepramenil pouze z bolestí, které prožíval, ale i z toho, že v důsledku neschopnosti nemá dostatek peněz na uhrazení nájmu. Podobně na tom byl před několika lety jiný respondent (S, 65 let, 11/1), který byl v pracovní neschopnosti několikrát. Nájem se mu podařilo udržet hlavně díky našetřeným penězům ze života před léčbou. Jak se tedy ukázalo, stres pramenící ze zdravotních potíží souvisí s ohrožením v oblasti zajištění základních potřeb, ztrátou jistot. Klíčem k řešení situace bylo pro většinu nalezení takového zaměstnání, které bylo adekvátní „křehké“ situaci po léčbě, sníženým pracovním schopnostem respondentů. Příkladem by mohli být dva respondenti, kteří se vyrovnávali s duševní nemocí z okruhu afektivních a psychotických onemocnění. Svoje psychické potíže považovali za kompenzované a nebránící pracovnímu výkonu také vzhledem k tomu, že pracovali v povoláních přiměřených svým zdravotním možnostem (hlídač, pracovník chráněné dílny).

Pracovní podmínky. Jak popisují dále, pracovní prostředí mělo pro většinu respondentů jednoznačně spíše stabilizující úlohu. Může to být jeden z důvodů, proč byli respondenti na svých pracovištích spolehlivými pracantý (tak se alespoň prezentovali při rozhovoru). Nalezení vhodné práce bylo pro některé respondenty prubířským kamenem: někdy nestačili pracovním nárokům a v důsledku práce se jejich zdravotní stav zhoršoval. Jindy naráželi na despekt (stigma) ze strany zaměstnavatele a kolegů. Respondenti žijící na vesnicích a maloměstech se obávali stigmatu více než ti, kteří žili ve velkých městech. Ve dvou případech respondenti na maloměstě tajili svou závislost před zaměstnavatelem, protože nechtěli přijít o práci. Jiný respondent sdělil zaměstnavateli vše narovinu (psal se rok 1991, stalo se v jižních Čechách):

„Nebylo to jednoduchý – když jsem tam šel po práci, tak mi mistr řek – hele, já ti to řeknu na rovínu – v životě bych tě nevzal, ale mě uteklo 7 řezníků, a jak jednou zaváháš, tak tě okamžitě vyrazim. No, tak jsem tam bydlel, dostal jsem tam

ubytování na vrátnici – 3x3 metry místnost bez okna a jedna plechová skříňka, jedna postel. Přišel jsem tam se dvěma taškama. “ (J, 59 let, 6/2)

Křivdy. Někteří respondenti byli v procesu úzdravy stresovaní událostmi, ke kterým došlo na úrovni mezilidských vztahů. Dva respondenti se v prvních letech střízlivosti stali obětí finančního podvodu, v jednom případě řešil tuto svou situaci došlo k insolvenční. Jeden respondent vyprávěl o tom, že posudkový lékař chybně přezkoumal jeho zdravotní stav a na základě toho mu opakovaně nechával snížit důchod (důvodem mohla být snaha lékaře nepomáhat alkoholikovi, který si zdraví poškodil sám). Snížení důchodu jej však existenčně ohrozilo. Některé nespravedlnosti se respondentům staly v rodině, souvisely tedy s rodinnými vztahy, péčí o rodiče nebo smrtí blízkých osob. Ve vyprávění některých respondentů hrály tyto křivdy důležitou roli. Vztahovali se k nim jako k něčemu těžkému, co se jim podařilo překonat. Křivdy minulosti se jevily být překážkami před kterými se nezastavili, nenechali se odradit a pokračovali ve vytyčeném způsobu života.

Samota. Změna způsobu života (nejčastěji ve vyšším středním věku) se u většiny (9) respondentů neobešla bez úplné změny prostředí a tím i sociálního okolí. Prožívaný stres u respondentů v tomto kontextu pramenil ze sociální izolace, kterou prožívali. Ze sociálního hlediska snazší situaci měli ti, kdo po léčbě odešli do chráněného bydlení, kde fungovali v sociálních vztazích se spolubydlicími, terapeutickým týmem, garantem, mohli se účastnit terapeutických skupin příp. dalších aktivit. S pocity samoty se setkali až po odstěhování z tohoto prostředí (v případě tří respondentů to bylo až po 4 letech). Samota a pocit vyčlenění nejspíš patří k prvním střízlivým letům po léčbě. Respondenti, kteří si zachovali kontakt s primární rodinou, z dlouhodobého hlediska ve výhodě. S postupem let se jim podařilo životaschopné vztahy urovnat a rozvíjet kontakt, který se pro ně stal smysluplným a podpůrným. V prvních letech po léčbě se však respondenti museli spolehnout spíše sami na sebe a zvládnout situaci bez podpory blízkých. Ti buďto zatím o obnovení vztahu nejevili zájem, nebo bydleli daleko. Jeden respondent to popsal takto:

(T: Jak tu vaší cestu závislostí vnímalo vaše okolí? Měl jste podporu?) „*Podívej se, já jsem si to budoval všechno tady, dcera byla na druhé straně [republiky]. Ale pro mě bylo důležité to, že já jsem v postupných krocích dostával důvěru od těch lidí,*

že mi začali věřit. Ale alkoholik kalibru mého, znamená, co pije do 53 let... Prvních 5 roků tě nebere nikdo vážně! To až postupem času.“ (S, 65 let, 11/1)

Nejen absence blízkých vztahů, ale sporé kontakty s okolím celkově znamenaly pro respondenty zátěž.

„No, co se týče toho sociálního zařazení do té společnosti, jde to pomalu. A ještě léta poté se najde někdo, kdo na to kouká – kde jsem byl, co jsem byl. Že jsou některý věci, co se nespraví úplně, to je logická věc. Třeba dodneska mám spolužáka ve svý rodný vsi, kterej nejenom že se se mnou nebaví, ale přejde na druhý chodník, když mě vidí.“ (J, 59 let, 6/2)

Pocity osamění tedy představovaly pro respondenty běžnou zátěž, se kterou se vyrovnávali v období zejména prvních let, kdy jejich začlenění do společnosti bylo omezené pouze na pracovní prostředí a kdy blízké vztahy v jejich životě absentovaly. Někteří respondenti toto období oddálili do doby, než odešli z chráněného bydlení do vlastního bydlení. Výhodou bylo, že v u dobu již se s těmito pocity dovedli lépe zacházet.

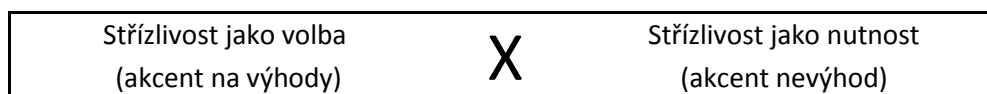
Adaptivní postoje a procesy ve vztahu k závislosti

Jak se v průběhu rozhovorů ukázalo, úspěšně abstinující respondenti v různé míře využívali adaptivního jednání a zastávali adaptivní postoje k rozličným oblastem života. Postoje respondentů nebyly mapovány systematicky a cíleně, v některých případech je ale bylo možné z výpovědí respondentů odečíst. U většiny respondentů bylo možné zaznamenat pouze jednání. Postoje a (nebo) adekvátní jednání pomáhaly respondentům udržet životní styl bez alkoholu v těžkých podmínkách. Výsledky pozorování adaptačních mechanismů lze pro přehlednost rozdělit na ty postoje a procesy, které jsou (pravděpodobně) společné pro širší skupinu závislých (viz tab. 3), a na ty mechanismy, které se vztahují více ke zvládnání finanční tísně a mohou být specifické pro výběrový soubor (tab. 4. níže). Celková strategie adaptace na situaci dvojího zatížení po zahájení střízlivosti stojí na osvojení vhodných postojů a jednání procesů z obou těchto kategorií.

Tab. 3.: Vybrané pozorované adaptivní reakce respondentů

Adaptivní postoje	Adaptivní jednání (procesy)
preference života bez alkoholu	snaha "žít správně"
negativní nebo přehlíživý postoj k alkoholu	devalvace pití alkoholu a prostředí, kde se pije, vyhýbání se hospodám a situacím
péče o sebe	čtení, hobby
přijetí situace	přizpůsobování se danostem (akomodace)
opuštění patologických vztahů	spoléhání na sebe, soběstačnost
respektování autorit	řízení se vybranými doporučeními
přijetí dlouhodobých cílů	odložení uspokojení, splnění si přání
pozitivní vztah k práci	zajištění vhodného zaměstnání, pracovitost

Postoje respondentů nebyly systematicky mapovány. Někdy jsem se na ně ptal přímo („*Jaký je aktuálně Váš vztah k alkoholu?*“), v jiných případech však bylo možné je odečíst z výpovědí respondentů. Jako nejzákladnější z postojů se zdál být **postoj ke střízlivému způsobu života**. Vnímám, že se respondenti v naplnění tohoto postoje nacházejí v různých částech kontinua, které má dva protilehlými konci:



Většina respondentů přijala život bez alkoholu jako něco, co si zvolili, aby dosáhli celkové změny v životě (nejčastěji v oblastech blízkých vztahů, bydlení, práce apod.), nebo u sebe sama. Střízlivost byla jejich vědomou volbou. To jsem silně vnímal u respondentů, pro které byl proces údravy jak osobní, tak i duchovní proměnou:

„(...) *Hlavně – já už jsem nikdy nechtěl bejt takovej, jako jsem byl předtím*“. (J, 59 let, 6/2)

(Jak dlouho abstinuješ?) „*No, abstinuju 6 let. Ale nemám ráda to slovo abstinence, ale spíš střízlivost, snažím se žít střízlivě, dělat věci správně. Abstinence je možná víc o tom, že se člověk něčeho vzdává a střízlivost o tom, že dělá věci uváženě.*“ (K, 35 let, 6/1)

Několik naopak respondentů zmínilo, že se střízlivými stali, protože jim nic jiného nezbývalo. Donutily je k tomu závažné zdravotní nebo sociální potíže. Respondent V. (54

let), který abstinovat přibližně rok, mi sdělil, že si chtěl v léčbě pouze odpočinout po delším období na ulici. Teprve tam se rozhodl, že se zkusí dostat na chráněné bydlení a uvidí, co se stane. Střízlivost považoval na začátku spíše za dočasnou nutnost, stejně tak jako to, že zmapuje svůj současný zdravotní stav ztížený cirhózou jater a požádá o invalidní důchod. Když jsme se setkali, čekal na operaci kyčelního kloubu a v důsledku pracovní neschopnosti a exekucí byl v kritické finanční situaci. Jeho motivace se bortila:

„Zatím se držím, ale někdy si říkám – proč? (...) Říkám si, já rok abstinuju, za 14 dní to bude rok, a já nemám žádnou odměnu za to. (...) Je to takový... mám takový myšlení na recidivu. Vykašlat se na ten byt a vrátit se do.. [město, kde pil a byl na ulici]“.

(T: „A jak by to šlo potom dál, teoreticky – kdybyste se na to vykašlal – začal pít a odjel tam?“)

„No, časem umřu, na tu cirhózu, to vim. Protože to řekla doktorka, můžu chlastat půl roku, můžu chlastat tejdén, a bez varování jdu do háje. Já jsem s tím strávil 4,5 měsíce v nemocnici, než se ty játra nějak chytly. Takže i to mě drží abych nepil. (...) Je to velká motivace, no.“ (V, 54 let, 0/2)

Podobně respondent D. (61 let) mi sdělil, že hlavním impulzem k udržení střízlivosti po léčbě bylo to, že mu lékař sdělil, že pokud nepřestane pít, pravděpodobně přijde o schopnost chodit. Rozhodl se pro abstinenci. Je pravděpodobné, že postoje ke střízlivosti a k pití se vyvíjejí v průběhu střízlivého života a s postupem času získávají na síle a stávají se stabilnější, propracovanější. Výsledky ukazují, že ti **respondenti, kteří si osvojili stabilnější postoj ke střízlivému způsobu života, byli v procesu údravy později aktivnějšími činiteli.** Respondenti, kteří pojali přechod k životu bez alkoholu jako přechod k osobní proměně, byli se svojí situací také více spokojeni. Více vyhledávali nové podněty a snažili se více o změnu situace.

Pozitivnímu postoji ke střízlivému způsobu života odpovídala vědomá snaha „*dělat věci správně*“, jak to pojmenovala respondentka K. Ačkoli tuto kategorii není možné jednoznačně vymezit, obecně odpovídá snaze nejednat rizikově a směřovat život tak, aby se snížilo riziko dalšího propadu. Snaha *žít správně* zahrnuje konkrétnější adaptivní reakce, např. *vyhýbání se alkoholu a hospodám, nalezení nerizikového bydlení, vyhýbání*

se problematickým situacím nebo vztahům (pokud by mohly znamenat riziko), plnit běžné životní povinnosti, fungovat zodpovědně vůči zaměstnavateli nebo vůči svým dětem, stárnoucím rodičům (např. formou placení za domov důchodců) apod. Respondent, který pracoval jako terapeut závislých, to shrnul takto:

„Člověk se musí naučit rozhodovat podle principu: Je to pro mě dobré - není to pro mě dobré. Všichni se chtějí rozhodovat podle principu: Chce se mi - nechce se mi, líbí - nelíbí, vyhovuje - nevyhovuje. Ale aby to někde vedlo, je nutný se naučit rozhodovat podle prvního klíče – co je pro mě dobré, a ten je s tím druhým často v rozporu. Velmi často je pro mě dobré dělat to, co se mi vůbec nechce, co mi nevyhovuje, a co se mi nelíbí. Z hlediska budoucnosti je to ale nejlepší.“ (X, 55 let, 18/1)

Žít správně tedy znamená regulovat způsob, jakým závislý člověk naplňuje svoje potřeby a jak zachází se světem. Jak popíšu dále, právě schopnost přijetí tohoto principu a schopnost regulovat sebe sama podle aktuálních životních daností představuje úhelný kámen úspěšnosti procesu úzdravy.

Tab. 1 (viz výše) zachycuje, že jednotlivé adaptivní reakce hypoteticky mohou odpovídat adaptivním postojům, které respondenti zastávali. Např. negativní postoj k alkoholu souvisí s dalšími procesy a jednáním, jako je *vyhýbání se hospodám* nebo *devalvace pití*. Nejstarší respondenti byli v uplatnění vyhýbavého jednání a negativních postojů k pití nejvíce konzistentní. Často zavrhnuli také hospodské prostředí, kde předtím strávili velkou část života:

„...Musíš chtít nepít, no. Mě třeba pivo smrdí. Já to cítím na 2 metry, Takhle když si seděl, tak já bych z tebe to pivo cítil. Víno nemám rád vyloženě, to jsem nikdy nepil. Když jsem měl flašku, tak jsem jí vždycky někomu nutil (...) „Odvykl jsem si chodit na pivo, no, to by ani nešlo. Když to vidím. Když si vem, kolik to pivo stojí! Když je to šílený, neuvěřitelně šílený! Nehleď na to, já jsem získal odpor k hospodám od doby, co v nich zakázali kouřit, Já bych tam nešel, ani kdybych tam to pivo pil. Protože v hospodě se má normálně hulit.“ (D, 61 let, 4/?)

Postoj vůči alkoholu, který si D osvojil, byl pravděpodobně mimořádně silný: Alkohol *smrdí* (1.), nebo *nechutná* (2.), lidé jsou *cítit alkoholem* (3.), je *drahý* (4.), pije se

v místech, kde se *nesmí kouřit* (5.) a jak ještě dodal na příkladu posezení u známého, po jeho konzumaci na sluníčku „*člověk blekotá, je vyřízenej a má pleš spálenou*“ (6.). Je možné, že z hlediska dlouhodobého udržení abstinence jsou adaptivnější spíše odmítavé postoje k alkoholu a hospodskému prostředí než přijímající. Výjimky s nevyhraněnými postoji ale existovaly i v malé skupině našich respondentů. Tito respondenti se restauracím nevyhýbali, pokud nešlo o akci, která měla být o alkoholu a věděli, že si dají nealko. Typické bažení po alkoholu v průběhu výzkumu zmiňoval pouze jeden z respondentů, a to zejména v obchodech. Jedna z respondentek se se mnou dokonce sešla v hospodě, kde dříve intenzivně pila. Zdravila se zde se všemi, nyní sem chodila jako abstinent. Stabilitu těchto vůči hospodám více otevřeným postojům nebylo možné posoudit. Faktem ale je, že dva respondenti, kteří byli vůči alkoholu nebo vůči hospodskému prostředí nejméně odmítaví, měli nejkratší souvislou dobu abstinence z celého souboru (v jednom případě 5 měsíců od lapsu, ve druhém případě 1 týden).

Adaptace na finanční tíseň

Respondenti popisovali svůj souboj s chudobou z různých časových perspektiv (s různým odstupem). Výchozí situace respondentů také nebyly stejné. Zatímco někdo vystupoval ze svojí první léčby závislosti jen s dluhy v řádech desítek tisíc korun, někteří z respondentů byli v neřešitelné dluhové pasti v řádu stovek tisíc až po 1,5 milionu korun. Někteří respondenti měli ještě rodinné zázemí, které bylo ochotné některé finanční závazky sanovat. Jiní respondenti vstupovali do střízlivého života jako bývalí bezdomovci, kteří už o rodinné vztahy přišli a museli se spolehnout sami na sebe. Většina respondentů zahájila aktuální etapu střízlivosti pobytovou střednědobou léčbou závislosti. S chudobou se tedy střetli jako střízliví poté, co opustili léčebnu a vstoupili do chráněného bydlení, případně poté, co začali žít nezávisle. Nová situace překvapovala řadou paradoxů. Přestože u některých respondentů přijetím střízlivosti došlo jednoznačně ke zlepšení životního standardu (například proto, že předtím žili na ulici), prožívali situaci jako zvýšenou zátěž. Pravděpodobně tomu tak bylo proto, že museli začít řešit svojí finanční situaci, čelit dlouho přehlíženým stresorům, a to způsobem, který vyžadoval větší promyšlenost a sebekontrolu. Vyšší životní standard a méně rizikový způsob života byl tedy pro některé respondenty mnohem náročnější než předešlý způsob života. Jeden z respondentů, který se v době rozhovoru vnímal být na prahu recidivy, mi vyprávěl, že se mu chybí pocit úlevy v opojení alkoholem, kdy „nemusí nic řešit“. Stavů úlevy a zapomenutí na problémy se mu za střízlivá nedařilo dosáhnout. Životní situace následující

po pobytové léčbě závislosti (pro mnoho závislých podobná) nevyřešenými problémy přímo překypuje. U některých respondentů našeho souboru došlo vystřízlivěním ke zhoršení životního standardu a vystavení se podmínkám, jejichž zvládnutí vyžadovalo značnou houževnatost z hlediska pracovního nasazení. Uplatňované adaptivní postoje a reakce, které respondenti zmiňovali, ukazuje tab. 4.

Tab. 4.: Vybrané pozorované adaptivní reakce respondentů ve vztahu k finanční tísní

Adaptivní postoje	Adaptivní jednání (procesy)
akceptování chudoby	smíření se s životem bez peněz
	zahájení aktivního zvládnutí
považování si peněz	změna vztahu k penězům
	zvýšení úsilí pro jejich získání: melouchy a práce „načerno“
	mapování dluhů a insolvence
	riskování pro výdělek, půjčování si
aktivní skromnost	hospodaření s jídlem
	šetření, samosběr
dlouhodobé cíle	regulace potřeb, rozumné investice
Smíření	přiznání si přínosů finanční tísně

Tab. 4. zachycuje hypotetický model souvislosti mezi užitečnými adaptivními postoji a jednáním (případně jinými procesy) Postoj **akceptování chudoby** se vyznačoval tím, že respondenti začali přijímat danosti aktuální životní situace (*smíření se s životem bez peněz*) a zahájili kroky k tomu, aby situaci zvládli (*zahájení aktivního zvládnutí*). Smíření se s životem bez peněz se např. vyznačovalo uplatněním pozitivního přeznačování, které mělo pomoci přijmout daný stav:

(A to uskromnění, jak jste to tehdy bral?) „*Eh, no, ..bral jsem to tak, že to je furt lepší, než to, co bylo předtím. Protože, jestliže je z člověka troska, která neví, jestli je večer nebo ráno, kterej chodí smradatej, špinavej, válí se po pangejtech a nebo spí na zemi v místnosti – tak to bylo vždycky lepší.*“ (J, 59 let, 6/2)

Jiný respondent, přestože měl dluhy ve výši milionu korun a žil na hranici materiální deprivace, se dokázal ve svojí finanční situaci cítit relativně dobře. Bylo to tím, že celkové hodnocení situace postavil na pozitivním ohodnocení svého zdravotního stavu, nikoli celkově nejisté finanční situace:

„Já už peníze беру tak, že pokud peníze pokryjou moje požadavky, tak jsem spokojenej. Na peníze jako na hmotnej majetek nepotřebuju zbytečně moc zvyšovat. Stačí mě ta skromnost, co mam.“ (A, 58, 5/1)

Aktivní zvládnání zahrnovalo např. počítání nákladů, plánování útrat nebo regulaci výdajů na nezbytné. Respondenti se tedy zařizovali tak, aby situaci finančně zvládli. Další užitečný postoj jsem nazval **považování si peněz**. Pokud měli respondenti v nové situaci obstat, museli se naučit zacházet s penězi jinak, než jak byli v předchozím životě zvyklí. Snad není přehnané říct, že si museli začít peněz vážit. Tento postoj je nejspíš v rozporu s tím, jak s penězi zachází alkoholik utrácající za alkohol. Jeden respondent to vyjádřil takto:

„No, mě to říkala [terapeutka], že musí člověk ty peníze mít rád, aby je měl. Mě na nich nezáleželo, narovinu. Bylo to něco, co prostě bylo přítěží. A já se teď snažim mít ty peníze rád. Snažim se a i na tom pracuju. Takže teďko přemejšlim, za co utratim a tak.“ (O, 45 let, 1/2)

Respondenti zacházeli s penězi tak, aby s nimi vyšli a k tomu jich museli nashromáždit dostatek. I běžná měsíční režie se neobešla bez občasného přivýdělku na rámec pracovního úvazku. Někteří respondenti proto využívali možnosti občasného přivýdělku. Pozoruhodné je, že přivýdělek byl jedinou možností i pro ty respondenty, kteří pobírali invalidní důchod, v důsledku exekuce na důchod nebo insolvence však se svými financemi nevycházeli. Respondent D (61 let) si tak i přes četné zdravotní potíže přivydělává převážením nebožtíků v pohřební službě, u svého někdejšího zaměstnavatele. Jiný respondent (A, 58 let, 5/1), mi vysvětlil, že peníze načerno vydělává i u svého zaměstnavatele, a to za práci nad rámec nebo v nestandardní pracovní dobu – nejčastěji o víkendech. Kontrakt popisoval jako pro obě strany výhodný. Krajní existenční situace u některých respondentů vedla i k více *riskantním řešením*. Respondent V (54 let, 0/2) například zvažoval, že nízký příjem na několikaměsíční nemocenské vykompenzuje prací „načerno“ jako noční hlídač. Jiný respondent zašel o něco dál, když si našel druhé zaměstnání:

„A je pravda, že i v té době, dyž jsem měl finanční nouzi, a měl jsem 2 práce, tak mi tím padla i trošku morálka. Dělal jsem nestandardní věci, který si myslim nebyly v souladu se zaměstnáním. To znamená, že jsem překročil pravidla, který jsem měl

vůči zaměstnavateli a kdyby mi na to přišli, tak tam byl nějaký postih.“ (O, 45 let, 1/2)

Jak se ukázalo, v obou těchto posledně zmíněných případech se respondenti vystavovali riziku. V kontextu dalších zjištění je možné toto jednání interpretovat tak, že **nebyli ochotní přijmout existenční situaci i s jejími dopady**: Respondent V se nechtěl vzdát pronájmu garsonky, který však byl nad jeho aktuální finanční možnosti. V jeho počínání bylo cosi vzpurného. Nevyužil např. možnosti dočasného návratu do chráněného bydlení, kterou od pracovníků organizace dostal. Stejně tak pro něj byla nepřijatelná možnost přestěhování do spolubydlení, kde by sdílel byt s dalšími osobami. Místo toho udržoval vyšší životní standard za cenu enormního stresu – na nájem totiž neměl prostředky a často musel rozpočet sanovat půjčováním si od rodičů. Podobně respondent O, který pracoval jako manažer, sdílel, že pro něj bylo těžké přijít o životní standard, který byl součástí jeho předchozího života. Stresorem byla ztráta sociálního postavení, sociálního statutu. Svoje riskování s druhým zaměstnáním dával sám do souvislosti s vlastní ztrátou morálky (viz citace výše). Věděl, že v tom období vůči zaměstnavateli nejednal férově. Oba respondenti si byli vědomi toho, že jejich situace měla i jiné řešení. Tomu se ale chtěli vyhnout. Jak je vidět z těchto případů, akceptování chudoby související adaptivním omezením vlastních potřeb nejsou snadnými nebo přímočarými procesy. Pojí se např. s omezením vlastních potřeb nebo ztrátou sociálního postavení/poklesem sociálního statutu. Zdá se, že **pokud má být adaptace na dlouhotrvající chudobu úspěšná, neobejde se bez osvojení akceptujících postojů vůči chudobě a odpovídajících (s postojem kongruentních) emočních, kognitivních a behaviorálních schémat (zahájení strategií aktivního zvládnutí)**. Má-li být chudoba a abstinence dlouhotrvající životní situací, jejíž zvládnutí je možné pouze s pomocí omezení potřeb a minimalizace rizik, pak riskování pro výdělek z dlouhodobého hlediska nelze považovat za bezpečnou adaptivní strategii. Zatímco nezkušení závislí obvykle přemýšlejí, jak se zbavit dluhů co nejdříve, respondent X (55 let, 18/1), který je zároveň terapeutem závislých, doporučuje svým klientům opačný postup. *„Zásada splácení dluhů zní: splácej co nejpomaleji. Tak, aby zbyly peníze na normální život“*, pravil. Tento postup se zdá být více v souladu s přijetím chudoby jako danosti, která se má stát na dlouhou dobu součástí života.

Užitečným krokem v řešení dluhové situace bylo také mapování dluhů a následně zajištění insolvence. Tento krok vyžadoval změnu vztahu k penězům a přijetí dlouhodobější perspektivy vlastního hospodaření. Řešení dluhů není příjemné, ale je nutné k tomu, aby se situace v horizontu let vyřešila. Zařízení insolvence není

jednoduchým přímočarým procesem. Vyžaduje směřované úsilí, ale i přijetí skutečnosti, že se situace dalších několik let nezlepší. Pro respondenty byla insolvence jakousi jistotou v nejistotě. Zajišťovala vědomí toho, že budou chudí, ale poskytovala jasný rámec pro to, jak bude hospodaření vypadat. Respondenti, kteří byli v insolvenci (ale i ti, kteří na insolvenci nedosáhli) museli využít vlastních schopností sebeřízení, příp. si tyto dovednosti sebe-disciplíny osvojit. Respondenti, kteří do insolvence vstoupili, se na ni dokázali zpravidla dobře adaptovat.

V zájmu zachování existence si respondenti v těžkých časech osvojovali účinné strategie zacházení s potravinami a věcmi denní potřeby. Postoji, který jsem nazval **aktivní skromnost**, odpovídaly strategie *samosběr* nebo *hospodaření s jídlem*. Respondenti, kteří již měli několikaletou zkušenost s chudobou s libostí vyprávěli, jak si dokázali poradit:

„...čili, já jsem prakticky 5 let žil s přesným rozpočtem a bez koruny dluhu... (Jak jste to dělal?) „Jak za 1.republiky – říkal můj dědeček – maso jenom v neděli! A ještě se rozdělil o porci s děckama. Ovoce jsem sbíral tady po alejích, sušil jsem jabka, sušil jsem hrušky, můžu ti ukázat, kolik jsem zavařil.. Byl jsem nucen žít jenom z toho, co mám a ještě ani nebylo někdy na léky ani.“ (S, 65 let, 11/1)

„No, jako, bylo to od vejplaty k vejplatě a ještě s tím, že sem si kupoval laciný potraviny v akcích – což si kupuju doted'ka. Protože proč kupovat kilo masa za 120 když ho můžu mít v akci za 90? Akce já využívám do dneška. (...) Ze začátku nezbyvalo nic, šaty jsem si kupoval v secondhandu. Ted' už nemusím a můžu jít do normálního obchodu a nakupovat za normální peníze.“ (N, 59 let, 9/3)

Aktivní skromnost zahrnovala strategie vyhledávání a nakupování levného jídla, levného oblečení, obstarávání použitých elektrospotřebičů a dalších věcí, vaření na více dní dopředu, pěstování zeleniny, vyrábění vlastního nábytku z nalezených kusů nábytků a dřev, recyklace používaných věcí atd. Někteří respondenti dosahovali úspory s pomocí omezení vlastních potřeb v domácnosti. Schopnost akceptovat situaci a přizpůsobit se někdy tristním podmínkám se zdála být pro udržení abstinence naprosto klíčová:

(Kolik jste v té době zaplatil za nájem?) „5 000, ale to platím pořád. ... Chodil jsem tu v kožichu, zastavil radiátory (...) Čili jsem šetřil a naučil jsem se obracet korunu. Což dneska neumí nikdo z těch starých lidí. Ti říkám, do desetníků!“ (S, 65 let, 11/1)

„Takže večer svítím svíčkou anebo lampičkou. Prostě co je úsporná, abych moc nepropálil. (...) Když chci poslouchat rádio, tak si rozsvítím jenom noční svícení a je to.“ (T, 60 let, 9/3)

Nešlo přitom o dočasné situace, nýbrž o nepohodu trvající několik let. Vyprávění těch, kdo měli období šetření za sebou, se vyznačovalo radostí z dobře zvládnutého období neshody, případně spokojeností z toho, že si člověk dokázal poradit. Vyprávění těch, kdo situací teprve procházeli, však takový tón vždy nemělo. Pokud byli ti nejchudší respondenti našeho souboru se svojí životní situací spokojeni (a někteří skutečně byli!), bylo tomu zejména proto, že při vyprávění akcentovali jiný aspekt svého života než finanční situaci. Respondent T (60 let, 9/3) se po devíti letech abstinence nacházel bez majetku v podnájmu v nezkolaudované stavbě. Sice neměl dluhy, vzhledem ke své omezené pracovní schopnosti a vysokému věku se mu nedařilo udržet stálé zaměstnání a byl v podstatě bez prostředků. S radostí se mnou však sdílel, jak si dokáže poradit a postarat se o sebe, i když situace vypadá bezvýchodná. Doufal, že se mu podaří zvládnout zkušební dobu v právě nalezeném zaměstnání a v horizontu měsíců se finančně stabilizuje natolik, aby nemusel každý měsíc rozpočet sanovat z vlastního kontokorentu. Podobně respondent A (58, 5/1) si i přes exekuce a neřešitelnou finanční situaci vážil zejména toho, že je i ve vyšším věku a po operacích nohou průceschopný a může si užívat některých radostí života. Oba respondenti akcentovali drobné radosti, ze kterých dokázali čerpat naplnění: radost z procházky v přírodě, potěšení ze zdařeného doma uvařeného jídla, z vlastního pečiva, z nalezeného a opraveného předmětu apod. Tato skromná potěšení měla u pěti respondentů spirituální úroveň (viz níže). Známkou toho, že nejhorší období pominulo, byla naopak mezi respondenty „splněná přání“ – dosažení odkládaných cílů, které měsíce či roky čekaly na realizaci: nákup „papírového“ plemene psa do rodiny, pořízení ntb počítače, zahraniční dovolená s rodinou apod. Těchto vzácných potěšení bylo ovšem vzhledem k situaci možné dosáhnout nejprve *stanovením dlouhodobých cílů* a následně systematickou *regulací potřeb* i *způsobů jejich naplňování*.

Respondenti, kteří mohli hodnotit situaci s odstupem, vnímali, že chudoba (ale i další zkoušky) pro ně měla nějaký přínos. Život v chudobě byl pro některé respondenty snadnější (žitelnější) v tom smyslu, že bylo snazší jej mít pod kontrolou. Kontrola impulsů k naplnění potřeb – potřeb naplňovaných potenciálně sebedestruktivním způsobem – byla limitována utaženým rozpočtem. Finanční tíseň souvisela s osvojením nových dovedností, které se staly užitečné pro další život. **Získané dovednosti se staly**

pro respondenty součástí vědomé výbavy dovedností, vlastního pozitivního sebe-pojetí.

„A naučil mě život, že vlastně ty zkoušky jsou v podstatě – nechci říkat, že je to úplně dobrá věc – ale jejich dobrá vlastnost je v tom, že když se je člověku povede ustát, tak že mu zvednou hlavu. A to jsou věci, který kdyby mi někdo řekl předtím – budeš muset zaplatit .. a tohle – tak bych mu řekl – to nikdy nedám! No a já to dal! To si člověk řekne – no tak ty opravdu nebudeš taková srágora. No, a mě to hodně pomáhalo.“ (J, 59 let, 6/2)

7.2.1 Shrnutí (výzkumný cíl A)

Cíl A: popsat nejvýznamnější stresory i funkční adaptační strategie, které vybraní úspěšní abstinenti využívají v období života, kdy čelí dvojímu zatížení

Proces adaptace závislých na situaci dvojího zatížení vyžaduje překonání specifických stresorů, mezi které nejčastěji patří *zdravotní potíže, finanční nejistota, pracovní podmínky, křivdy a samota*. Klíčovým pro respondenty bylo osvojení některých strategií zvládání závislosti a zvládání chudoby. U strategií zvládání se ukázalo být užitečné rozlišovat úroveň (1.) *adaptivních postojů*, které tvoří hlubší jádro copingového nastavení, a (2.) *adaptivního jednání* (procesů), které můžeme chápat jako jednotlivé vzorce behaviorálních odpovědí na konkrétní výzvy. Kongruence mezi postoji a jednáním se vyznačovala menším množstvím rozporů a vedla podle výpovědí respondentů k účinnějšímu zvládání. Klíčovými postoji pro zvládnutí popisovaných životních situací bylo např. *přijetí situace, považování si peněz a aktivní skromnost* (viz. Tab. 1, Tab. 2 výše). Adaptivní procesy a jednání se vyznačovaly efektivní *seberegulací zacházení s penězi a regulací způsobů naplňování osobních potřeb*. Zkušenost s finanční tísni byla významným stresorem a zátěžovou zkouškou. S odstupem se však stala u některých zdrojem posílení sebe-pojetí.

7.3 Proces adaptace na situaci dvojího zatížení (výzkumný cíl B)

Adaptace na situaci dvojího zatížení je podle všeho procesem moderovaným rozličnými vstupními podmínkami, charakteristickým rozličnými jevy, odehrávajícími se za různých podmínek. V první části následující části textu se věnuji vývojovému modelu adaptace na finanční tíseň. Následující část obsahuje výstupy z analýzy oblastí, které se hojně vyskytovaly ve výpovědích respondentů spolu s tématem úzdravy. V závěru je proces

úzdavy popsán s pomocí paradigmatického modelu, který propojuje nejvýznamnější výstupy a zjištění výzkumu.

Vývojový model adaptace na finanční tíseň

Při analýze dat jsem se přiklonil k vývojovému pojetí procesu adaptace na situaci finanční tísně. Z jakých základních rysů tento model vychází? Rysem úspěšné adaptace na finanční nouzi bylo zejména **(1.) zvládnání situace po finanční stránce** (udržení vyrovnaného a stabilního rozpočtu příjmů a výdajů, vyhnutí se sebe-destruktivním strategiím přivýdělku, dlouhodobě udržitelné pracovní nasazení), ale také **(2.) prožitek dobrého pocitu z kontroly situace**, a nakonec **(3.) vyhledávání nových pozitivních podnětů**. Z hlediska tohoto procesu se respondenti nacházeli v různé fázi, která orientačně odpovídala délce abstinence a fázi řešení dluhové zátěže. Respondenti s nejkratší dosaženou délkou abstinence zpravidla v souvislosti s finanční nejistotou čelili největšímu stresu. Vyrovnávali se s dopady situace (na kterou zpočátku reagovali popřením nebo vzdorem), využívali aktivní zvládací mechanismy a snažili se přijmout fakt, že se jejich finanční situace po dalších několika let nezmění k lepšímu. Respondenti, kteří se na chudobu již adaptovali, zpravidla abstinovali několik let. Byli v situaci sice nespokojení, co se týče financí, celkově však dokázali vyrovnaně fungovat a situaci měli pod kontrolou. Na pomyslném nejvyšším stupni tohoto vývojového modelu byli respondenti, kteří již na chudobu pouze vzpomínali. Z odstupu několika let hodnotili nesnáze, kterým museli v období několika let čelit, a reflektovali skutečnost, že v procesu existenčních nejistot něco cenného také sami získali. Tento model adaptace na chudobu schematizuje tab. 5 (níže).

Navrhované klíčové oblasti zvládajících reakcí zahrnují ***emoční coping*** (zvládnání zaměřené na zpracování negativních emocí, účinná práce s vlastním prožíváním), ***sociální podporu*** (schopnost vytvořit si nebo vyhledat sociální zdroje pomoci a rozšířit tak potenciál pro zvládnutí situace), dovednosti ***sebeřízení*** (schopnost regulace impulzivity, odkládání uspokojení, stanovování a dosahování cílů), ***spirituální coping*** (konceptualizace problému s pomocí víry, příp. integrace spirituálních zkušeností do životní reality) a ***sebeevaluace*** (schopnost hodnotit pozitivně vlastní vývoj a překonané překážky).

Tab. 5.: (Navrhovaný) vývojový model adaptace na finanční tíseň

	fáze 1	fáze 2	fáze 3	fáze 4
situace	finanční nouze (uvědomění si situace)	smiřování se (přijímání možnosti života bez peněz)	akomodace (dlouhodobě zvládnutá chudoba)	zlepšení finanční situace
vnější adaptační procesy	snaha vzdorovat situaci a najít jiné řešení	aktivní zvládání: počítání nákladů, plánování útrat nebo regulaci výdajů na nezbytné.	stabilizace v chudobě, osvojování nových strategií zisku financí, potravin a věcí	proměna v hospodaření, přizpůsobení výdajů
typické intrapersonální procesy	emoční propad, negativní emoce (nespravedlnost, vztek)	nejistota ohledně budoucnosti, adaptivní směřování pozornosti k řešení dílčích problémů	psychická stabilizace, hledání zdrojů pozitivních emocí, lepší orientace ve vlastních pocitech	pocity uspokojení ze zvládnutí situace, nárůst sebehodnoty, pozitivní proměna v oblasti odolnosti
klíčová oblast copingových kompetencí	emoční coping, sociální podpora	sebeřízení, emoční coping, sociální podpora, spiritualita	sebeřízení, emoční coping, spiritualita	sebeevaluace, spiritualita

Jaký je časový rámeček pro vývoj, který probíhá od první konfrontace s chudobou za strážlivá (1. fáze) po zlepšení finanční situace (4. fáze)? Čtyři respondenti, kteří byli již v době výzkumu zcela *ekonomicky stabilní* (fáze 4), hovořili se značným časovým odstupem: 9, 11, 18, ale i 25 let od chvíle, kdy tato situace vznikla. Šest respondentů jsem potkal v době, která odpovídala fázi *akomodace* (fáze 3), kdy měli svoji situaci pod kontrolou (byť ne vyřešenou). Rozptyl v délce abstinence byl však značný: 1 rok – 9 let. V méně stabilní fázi *smiřování se s chudobou* (fáze 2) jsem se setkal se třemi respondenty, kteří abstinovali 0,5 roku – 6 let. V situaci uvědomování si situace a jejího (ne)akceptování se pravděpodobně právě nacházel jeden respondent. Pokud můžeme z těchto pozorování vyvodit nějaké závěry o časovém horizontu adaptace na chudobu, tak tyto:

1. **Úspěšná adaptace na chudobu a celkové zvládnutí situace souvisí s délkou abstinence** (obdobím, kdy jsou osvojovány a uplatňovány účinné adaptační mechanismy);
2. **Rychlost procesu adaptace je ovlivňována mnoha dalšími faktory, přičemž udržovaná abstinence je spíše podmínkou** pro to, aby mohly adaptační procesy vůbec probíhat, nikoli určujícím faktorem.

Poněkud paradoxním zjištěním výzkumu bylo, že finanční tíseň sehrála v životech respondentů i pozitivní roli. Všichni respondenti vypovídali o tom, že v klíčovém období života (pro některé právě teď) pro ně nedostatek prostředků znamenal zátěž. Ti, kteří se

již na chudobu adaptovali, nebo na ní vzpomínali, akcentovali i dobrou stránku věci. **Chudoba (včetně zadluženosti) plnila v životě respondentů také pozitivní úlohu: usměrňovala každodenní život do mantinelů, které umožňovaly nejen přežití, ale zejména pozvolný osobnostní růst.** Respondent „terapeut“ např. zdůraznil pozitivní funkci zadlužení ve vztahu k autoritě:

Na cestě závislosti má dluh jednu pozitivní funkci: je to něco, když k tomu přistupuju tak, jak je potřeba, je to něco, co mě pomáhá udržovat se v kázni a řádu. Když mám povinnost k nějakému datu platit nějakou částku, tak se tomu musím přizpůsobit. Řád je užitečnej pro udržení abstinence. Když splatím příliš rychle, tak začnu bejt „frí“ dřív, než jsem na to připravenej.“ (X, 55 let, 18/1)

Toto pojetí zadlužení vede k paradoxnímu “růstovému pojetí chudoby“, které můžeme shrnout např. takto: **Chudoba může plnit v trajektoriích údravy úspěšně abstinujících závislých důležitou funkci: v důsledku omezení finančních zdrojů jedince limituje impulzivitu v nakupování, vynucuje si osvojení nových dovedností důležitých pro adaptaci a vytváří čas potřebný pro to, aby mohly probíhat další údravné procesy.** Tyto údravné procesy mohou souviset s osobnostním zráním – dlouhodobými osobnostními změnami zacházení se sebou a s realitou. Je možné, že respondenti, kteří v procesu adaptace na těžkou situaci stagnovali, naráželi kromě chudoby samotné na výraznější limity v oblasti psychopatologie, vývojové deficity, deficity způsobené životními zkušenostmi nebo prostě chatrné zdraví a vysoký věk.

Bod obratu

Abstinující závislí v doléčovacím procesu někdy vyprávějí o tom, jak žili dříve – často jde o popisy toho, kolik toho vypili, jak jednali rizikově nebo jak dopadli. Jde možná o referenční zkušenosti, důležité momenty jejich životního příběhu, jejichž zvýraznění pomáhá uvědomění si toho, kde byli dříve a kde jsou teď. Také respondenti v předkládaném výzkumu v průběhu interview popisovali, jak žili dříve. Když jsem jim v úvodu interview sděloval, že mě zajímá jejich údrava ze závislosti, stočili vyprávění nápadně často k momentu, kdy u nich došlo k průlomům v prožívání událostí. Jednalo se o momenty, kdy došlo k důležitým uvědoměním a zvrátům v událostech (viz *turning points* zmíněné výše, Hser a Anglin, 2011; Mohatt a kol., 2007). V podání obou respondentek:

„(...) S tou flaškou jsem dojela domů, tam jsem to odzátkovala a někde v pülce lahve.. – pro mě to byl takový – teď tomu říkám „Boží okamžik“. Nevím, jestli to trvalo 2 minuty, 20 minut, ve mně byla taková bezmoc, že v tu chvíli jsem se sesunula úplně dolů na zem, úplně ochromená. A v tu chvíli mě došlo, jakože anonymní alkoholici, nějak jsem se zvrávorala, natřukala jsem to na počítači a tyjo – za 2 dny je nějaký setkání – tak tam půjdu.“ (K, 35 let, 6/1)

„Mám teď malý dítě - 3,5 letýho chlapečka, ale nedařilo se mi to [přestat pít] ani když mu byl rok a půl. To byla hranice, hrozilo tam, že mi ho vezmou. Věděla jsem, že musím něco udělat. Mám i pokusy o sebevraždu, v tom roce a půl byl poslední pokus. Našel mě ale kamarád. A to už jsem věděla, že musím něco udělat, takže jsem zavolala záchranku, skončila jsem v nemocnici a z nemocnice jsem šla rovnou do léčby. A začala jsem bojovat rovnou od začátku – o život, o dítě, o všechno.(...) Takže až když mi sebrali malýho a přišlo mi to písemně, tak jsem řekla prostě NE!“ (M, 41 let, 2,5/7)

„ (...) No a já jsem vlastně na tom byl hodně špatně i psychicky, protože jsem tam měl i pokus o sebevraždu a potom jsem najednou – nevím proč – si řekl o pomoc psychiatrovi. Předtím by mě tam nikdo nedostal.“ (J, 59 let, 6/2)

Blížkost smrti byla důležitým momentem v procesu uzdravy také u několika dalších respondentů. Nešlo jen o pokusy o sebevraždu, ale také závažné zdravotní potíže související s pitím, případně stárnutím jako takovým (poruchy krevního oběhu, neuropatie, artritida). Někteří respondenti popisovali (podobně jako ve výpovědi jedné z respondentek výše), že tento jejich stěžejní okamžik měl spirituální povahu. Bod obratu byl pro ně moment, kdy začali nahlížet svět jinak, spirituálněji, aniž by do té doby měli k náboženství vytvořený kladný postoj. Bod obratu nejspíše nemusí znamenat okamžitou změnu. Nejstarší respondent souboru (S, 65 let, 11/1) mi popisoval, jak mu zemřela manželka a že postoj její rodiny po smrti vnímal jako velkou křivdu vůči sobě. Šlo o zásadní moment, který se odrazil v jeho motivaci přestat s pitím. Přestat se mu však podařilo s pomocí léčby až po pěti letech. Po léčbě a zahájení střízlivého fungování jej však zaskočily další – zdravotní, a v důsledku pak i existenční potíže. Jedním z důležitých momentů se pro něj stal moment, kdy po návratu domů z nemocnice po operaci spadl doma ze schodů a prožil klinickou smrt. Zážitek, který se vymykal běžnému prožívání, zasadil později do kontextu vlastního duchovního života.

Zdá se tedy, že významné momenty mohou přicházet i v období, kdy už se respondenti rozhodli pro abstinenci. Řada událostí, ke kterým se respondenti ve vzpomínkách vztahovali, se odehrála v prvních letech po vystřízlivění. Jednalo se jak o další výzvy a stresové situace, tak o výrazné pozitivní zážitky. Respondenti, kteří docházeli do některé ze skupin AA, popisovali, že pád na dno je důležitý proto, aby alkoholik došel ke větší pokoře a otevřela se mu tím cesta k novému chápání věcí, udržování řádu a s tím i střízlivosti. U pěti respondentů se skutečně jednalo o jeden významný moment, který zahájil období střízlivosti. Bod obratu bylo na základě výpovědí respondentů možné vnímat jako moment vyvrcholení něčeho negativního, psychický propad (odtud dno), který zesiloval uvědomění a posílil nasměrování k zahájení střízlivého života (*motivační funkce*). V této situaci u některých respondentů došlo ke změnám v tom, jakým způsobem prožívali a hodnotili to, jak žijí. Tento proces bylo možné konceptualizovat s pomocí teorie postojů. *Postoje* v sobě zahrnují názorovou (poznávací) složku, afektivní (citovou) složku a složku konativní – dispozici k zaměření jednání určitým směrem (Nakonečný, 2015). *Bod obratu* mohl být událostí či silným podnětem, který měl silný dopad na úroveň emocí, kognice nebo jednání, a kdy došlo ke změně v některém z klíčových postojů udržujících závislostní jednání (např. postoje k pití alkoholu, postoj k jiným důležitým oblastem života zasaženým pitím). Důsledkem těchto intrapsychických změn u respondentů mohlo dojít i ke změnám v uplatňování *přibližovacího* a *odmítavého* chování (viz. Nakonečný, 2015). Moment *bodu obratu* tedy nejspíše hrál u některých respondentů významnou roli v trajektorii úzdravy a nastavení adaptivních procesů při udržování střízlivosti.

Spiritualita a zvládání

Pět respondentů dávalo vlastní adaptaci na chudobu do souvislosti s nějakou formou spirituality nebo víry. Ve třech případech šlo o osoby, které využívali pomoci AA, účastnili se pravidelných setkání, dva z těchto respondentů byli iniciátory vzniku skupiny AA poblíž svého bydliště nebo jejími dlouholetými aktivními členy. Společným znakem „spirituálně citlivých“ respondentů bylo, že víra nebo spiritualita se v jejich předchozím životě nevyskytovala, nebo neměla takový význam. Všichni tito respondenti rozvíjeli svojí „spirituální citlivost“ v souvislosti se zážitky zahájení abstinence a členení chudobě. Popisovali, že nacházejí uspokojení a smysl v rozličných (a značně odlišných) situacích

jako jsou: hovor s duchovním, účast na mších, návštěva kapličky v lese, pronesení modlitby, obejmutí stromu, ale i intimní kontakt s lesem, s přírodou. Zatímco někteří respondenti zkušenost mohli převzít od jiných nositelů (např. od kaplana v zaměstnání, v průběhu hospitalizace, v kruhu AA), jiní si je vytvořili sami. Dva respondenti popsali svůj pocit propojení s přírodou takto:

„A když jdu třeba do lesa, tak jdu pomalu, nejedu na kole, neběžím. Jdu, udělám třeba 10 metrů a zůstanu stát. Jen tak stojím a poslouchám.“ (A jak jste se to naučil?) „Trpělivost a umět naslouchat lesu. (...) Tam u toho kostelíku jak se sjíždí do Mikulovic je pořekadlo: Jsi-li nemocné na duši, ticho stromu a lesa tě vyléčí. No a Les mluví a je mi to příjemné. (Co třeba říká?) „Zase jsi přišel, vidím, že se ti daří dobře – a něco jako – pomůžu ti si odpočinout. Něco takového. (...) Jako kdyby tam byla nějaká síla, která mě nabije. Některá energie. Která mě ty moje vybitý baterky přes ten tejden dobije.“ (A, 58, 5/1)

„Nevím, jestli je to karma, nebo, co to je, ale když budu dávat to pozitivní, tak to pozitivní se mi vrátí. Ale když budu negativní, tak zase to negativní přijde. Jsem součástí tady toho všeho. Všechno je nějaká energie, která je z nás. My jsme její součástí, my jsme jenom nějaká forma. To, co šíříme, se nám taky vrátí. Taky mi pomáhá obejmout strom. Ne každé. Ale většinou jsem na ty duby, že dub mi dává nejvíc, takže věřím v tu moc té přírody, světa, kterýho jsme součástí, neubližuju, nechávám žít a všechno má svůj důvod a smysl tady být – ať už je to hezký, nebo ošklivý.“ (O, 45 let, 1/2)

Respondenti, kteří chodili na mítinky AA, mluvili o Bohu („vyšší síla jak jí rozumíme sami“ – píše se v pravidlech Dvanácti kroků) a jejich spiritualita prolínala každodenní fungování. Osvojení spirituální zkušenosti nepramenilo z intelektuálního uchopení, ale spíše z osobní zkušenosti: Pro K (35 let, 6/1) byl bodem obratu *Boží okamžik*, pád na dno, kdy si uvědomila svojí bezmocnost. J (59 let, 6/2) prožil přímou spirituální zkušenost v pobytové léčbě. Mše pro něj byla silným zážitkem, po kterému zůstal na sedm let praktikujícím křesťanem. Dodnes pro něj má víra velký význam. Jiný respondent, S (65 let, 11/1), prožil svoje spirituální zkušenosti v prvních dvou letech po zahájení abstinence. K víře má i dnes velmi blízko, používá každý den svčenu vodu, křížek i modlitbu. Člověk sám je podle něj velmi slabý. Může ale *Vyšší moc* požádat, aby získal sílu pro to,

těžké věci přečkat. Jemu samotnému se této síly dostalo. Respondenti dávali vlastní spirituální zkušenosti i praxi do souvislosti se zvládáním těžkostí, se kterými se museli vypořádat. Na základě pozorování je tedy možné říci, že pro zvládnutí situace dvojího zatížení byl pro tyto respondenty důležitý jejich duchovní život, ať už měl povahu křesťanského vyznání nebo unikátní osobně vytvořené spirituality.

Úzdrava a bydlení

Přestože analýza bydlení naprosto nebyla součástí metodologické přípravy ani cílem mého výzkumu, stala podstatným zdrojem porozumění procesu úzdravy. Při telefonickém před-jednávání rozhovorů jsem respondentům nabízel, že interview může proběhnout v jejich domácím prostředí. 4 respondenti se pro tuto možnost rozhodli a upřednostnili ji před možností setkat se ve veřejném prostoru. Vstupoval jsem do této možnosti s jistým diskomfortem pramenícím z přílišného vpádu do soukromí, zároveň jsem ale tušil, že by takový vpád mohl přinést cenná data. Tento předpoklad se potvrdil. Důležitým zjištěním pro mě bylo, že způsob bydlení, jeho charakter a celkový soulad respondenta s jeho prostředím by mohl být měřítkem úspěšnosti úzdravy. Návštěva bydlení tak doplnila data o vzhled do toho, jaký prostor respondent obývá, co tvoří zázemí pro jeho každodennost.

Většina respondentů, kteří žili v samostatné domácnosti, obývala nějakou formu podnájemního bydlení (8 osob), což se zdá být pro lidi v této životní situaci typické. Většinou šlo o pronájem garsonky či menšího bytu (6 osob), případně lůžko na dvoulůžkovém pokoji chráněného bydlení (1 respondent). Jeden respondent žil ve velmi provizorních podmínkách v pronajaté nezkolaudované stavbě. Tři respondenty ve věku 53 – 65 let s délkou abstinence 6 – 11 let jsem navštívil přímo u nich doma, protože sami tuto možnost upřednostnili. O charakteru a bydlení ostatních respondentů jsem sice získal základní informace v průběhu rozhovoru, bez osobní návštěvy však nebylo možné udělat si o prostředí představu.

Čím je charakteristické bydlení nemajetných, od alkoholu úspěšně abstinujících mužů staršího věku? Z osobního pozorování i z interview vyplývá, že bydlení v první řadě **(1.) odráží jejich finanční možnosti**. Respondenti žili v takových podmínkách, které si mohli dovolit vzhledem ke svojí materiální situaci. Ta byla definována rozdílem mezi veškerými příjmy a veškerými výdaji. Více než o záměrný výběr bydlení respondenti mluvili o volbě nucené – přijali takové bydlení, které odpovídalo jejich aktuálním možnostem, přestože nešlo o optimální variantu. Jeden z respondentů, které jsem navštívil

doma, našel bydlení v malém bytě nad hospodou, který postupně zútulňoval. Další dva respondenti měli pronajatou místnost v rodinném domě, ale zmiňovali, že si nemohli příliš vybírat. Jeden z respondentů nebyl např. spokojený s tím, že bydlí daleko od zaměstnání (chráněné dálny, kde pracoval). Šlo však o nejlevnější bydlení, které v regionu sehnal. Respondent obývající nezkolaudované stavení např. nemohl z tohoto důvodu pobírat doplatek na bydlení. Změna bydlení by mu sice umožnila čerpat podporu sociální pomoci ve formě doplatku, vzhledem k nestálému příjmu si ji však nemohl dovolit. Dalším rysem bydlení respondentů se zdá být to, že **(2.) bydlení je stabilní v čase**. V době výzkumu obývalo 10 ze 13 respondentů stejný prostor, do kterého se nastěhovali záhy po dokončení pobytové léčby nebo ukončení chráněného ubytování. Tato skutečnost nejspíš vypovídá něco o situaci v prvních letech abstinence. Respondenti často sdělovali, že si změnu nemohli dovolit a že byli rádi, že vůbec nějaké odpovídající bydlení sehnali. Respondenti, kteří se v období po léčbě naopak dokázali vícekrát přestěhovat, tak činili proto, že si našli partnera, případně proto, že neměli na výběr a museli podnájem ukončit. Někteří respondenti ve starším věku (53 – 65 let) udržovali kontakt se svými rodinami (dospělé děti, vnoučata) žijícími často v jiném kraji. Neusilovali však o změnu v podobě přestěhování se za nimi. Žili prostě právě tam, kde žili a oceňovali stabilitu současného života. Respondenti srovnávali vlastní situaci v oblasti bydlení s životem v minulosti, zejména ve vztahu k excesům a neúspěchům. Většina z nich v průběhu období abstinence neměnila bydlení ani v případě, že se jejich finanční situace po splacení dluhů nebo exekucí již změnila.

Přestože oblast bydlení byla mapována ve výzkumu spíše orientačně, osobní návštěvy ve mně zanechaly silný dojem. U dvou respondentů jsem se ocitl v prostředí velmi skromného, ale útulného domova, v dobrém prostředí pro život. Oba respondenti obývali stejné prostory přibližně 10 let. Cena podnájmu se pohybovala v obou případech okolo 5 000,- korun měsíčně. Zatímco na vesnici 15 km od krajského města bylo za tuto cenu možné pronajmout 1+1, respondentovi žijícímu ve městě vystačila tato částka na pronajmutí místnosti bez sociálního zařízení v suterénu rodinného domu. Jednalo se v obou případech o skromné, ale vybavené domácnosti, do kterých respondenti vměstnali vše potřebné. Nechyběl zde televizor, případně monitor nebo tablet, který zajišťoval spojení se světem, nejčastěji však s rodinou. Skutečnost, že respondenti udržují kontakt se svými blízkými, byla patrná na vystavených fotografiích, obrázcích kreslených vnoučaty. Ty zaujímaly čestné a dobře viditelné místo. V jedné domácnosti nechyběl malý křížek a místo k modlení. Jeden z těchto respondentů (N, 59 let, 9/3) měl pokoj a

prostor za oknem a před domem obsazený květináči s paprikami, na jejichž pěstování se specializoval. Spolubydlení a sdílení sociálních zařízení s dalšími osobami mu nevyhovovalo. Podstatný byl pro něj ale fakt, že měl možnost věnovat se na zahradě před domem svojí vášni. „*Je důležité mít něco, o co se můžeš starat*“, vysvětloval. Dodal bych k tomu, že podstatné také je, když se to, na čem člověku záleží, může odrazit v místě, které člověk obývá. Všichni respondenti však nebyli ve stejné situaci. Z popisů několika dalších respondentů bylo zřejmé, že obývaný prostor může (zejména v prvních letech po přestěhování) být také spíše nezabydlený a provizorní. Respondent V (54 let, 0/2) byl se svým bydlením spokojený – vyzdvihoval to, že je byt v dobrém technickém stavu a že se mu tam líbí. Dobře se v něm však vzhledem k těžké životní situaci necítil:

„No, teď je to takový přežívání spíš. Zavřenej doma. Jedna velká místnost, větší no, pro mě akorát. Pro mě je to takový jako klec.“ (V, 54 let, 0/2)

Jiného respondenta (L, 53 let, 6/3) jsem navštívil na velmi odlehlém místě v česko-polském pohraničí. Sdílená domácnost tohoto více než šest let abstinujícího muže na mě působila dojmem neúrodného provizoria někoho, kdo se teprve nastěhoval. Rád by se přestěhoval někam blíže k zaměstnání, neměl na to ale prostředky. V situaci obou zmíněných respondentů (byť z hlediska délky udržované abstinence se jednalo o značně odlišné případy) se vyskytovalo mnoho nejistot ohledně financí a další budoucnosti.

Zdá se, že kvalita bydlení – vedle výše zmiňované délky abstinence – by mohla být měřítkem úrovně uzdravného procesu. Odráží totiž jak úroveň finanční stability, tak míru propojení s blízkými a sociálním prostředím jako takovým. Z výpovědí respondentů vyplývá, že kvalita bydlení může působit podpůrně vzhledem k dalšímu udržování střízlivého způsobu života. Můžeme tedy předpokládat, že **(3.) přijatelné bydlení je výsledkem dobré adaptace na finanční tíseň, ale i příznivým faktorem pro další úspěšné zvládnání.** Zatímco někteří respondenti si dobrý domov dokázali vybudovat během prvního roku či let po vystřízlivění, jiní nedosáhli dostatečného materiálního standardu ani po pěti nebo dokonce devíti letech střízlivosti.

Neadaptivní jednání vs „osobní teorie uzdravy“

Z hlediska udržení abstinence měla za sebou většina respondentů roční, nebo dokonce několikaletou zkušenost s nepřerušenu střízlivostí. Zatím co někteří respondenti otevřeně sdíleli, že to nejhorší z procesu uzdravy mají dávno za sebou, jiní sdíleli, že

nějakou náročnou fází právě procházejí. Pod tíhou zdravotních a socioekonomických potíží se někteří z nich vyrovnávali s lapsy. Jeden z respondentů se teprve připravoval na to, že odejde z chráněného bydlení. Při srovnání mezi respondenty navzájem bylo patrné, že některé postoje a jednání mohou být méně adaptivní. Jednalo se zejména o:

pasivní reagování na zátěž (přežívání) – trpění zátěže s pocitem, že se nic jiného nedá dělat, setrvávání v pocitech sebelítosti, spoléhání se na pomoc zvenčí;

nevyužití potenciálu prostředí – setrvávání v zaběhlém způsobu fungování, přestože v prostředí jsou dostupné další možnosti;

setrvávání v sociální izolaci – vyhýbání se sociálnímu kontaktu, minimální interakce se sociálním prostředím, nevyužití možnosti prohlubování užitečných sociálních vztahů;

devalvování přínosů léčby – negace přínosů léčby, předchozí práce na sobě a dobrých rozhodnutí, devalvace účinku pomoci institucí (ve smyslu: „*byl jsem tam, ale nic mi to nedalo*“);

neochota přijmout fakta a přizpůsobit se situaci – vzdorování situaci, která je daná a nejde změnit (např. nepřijetí faktu, že podmínkou úspěšné údravy ze závislosti na alkoholu je doživotní abstinence);

nerespektování názorů autorit – je opakem tendence zamýšlet se nad názory a doporučení personálu léčeben, lékařů, terapeutů, praktických lékařů, psychiatrů a zkušenějších spolupacientů; nejedná se o „nezávislé uvažování“, ale o „jednání navzdory něčemu“;

nadsazování problému chudoby nad závislost – postoj, který devalvuje závislostní problematiku u osobnosti, vede k pojetí: „*kdybych teď měl dostatek peněz, všechny moje problémy by zmizely*“.

Tyto „méně adaptivní“ postoje a reakce jsou v protikladu k aktivním postojům a zvládnání a pozitivní reflexi vlastního vývoje. Neadaptivní postoje mohou blokovat progres v procesu údravy a nejspíš mohou být i zdrojem ohrožení. Zdá se, že situace po léčbě závislosti mezi respondenty k úspěšnému zvládnutí vyžadovala aktivní zvládnání zaměřené na řešení problémů (existenčních, inter- a intrapersonálních). Stagnace či letargie směřovaly respondenty spíše k lapsům nebo recidivě. Respondenti se např.

nejvíce ohrožovali v momentech, kdy nepřijímali některou z daností situace, např. skutečnost, že dluhům budou vystaveni dlouhou dobu a nebude možné částky rychle splatit (O, 45 let, 1/2), nebo že kvůli sníženým příjmům budou muset omezit vlastní pohodlí a přestěhovat se do míň komfortního bydlení (V, 54 let, 0/2). Příčinou recidivy u J. (59 let, 6/2) po šestnácti letech abstinence byla také sebedůvěra, že se již může napít piva jako běžný konzument. Respondenti s delší zkušeností abstinence mluvili o tom, že důvodem „nepřijetí situace“ (závislosti, chudoby) je zpravidla absence pokory.

„Alkoholikům chybí pokora. A pokora není to, cejtít se malej před někym. Pokora je prostě v tom – uznat, že jsou nějaký pravidla. Mít z něčeho respekt, ale ne strach. Dokázat udělat práci i která se mi zrovna nelíbí, v tom mít před někým nebo něčím úctu. Ne v tom, že se před někým plazím.“ (J, 59 let, 6/2)

Na mou otázku „*Jak se to stane, že se člověk ze závislosti a z tak těžké finanční situace zotaví?*“ jsem od respondentů dostával značně různorodé odpovědi. Častou odpovědí od těch, kdo se nacházeli spíše na začátku procesu stabilizace, bylo, že člověk se uzdravit nemůže, že je to „*na celej život*“. Ti, kdo měli se střízlivým životem delší zkušenost, pojetí závislosti na celý život nerozporovali. Zároveň se mnou však sdíleli vlastní koncepty procesu zotavení. Šlo o jakési vlastní „*teorie údravy*“, které vycházely z vlastní zkušenosti i ze zkušeností jiných lidí. Některé obsahovaly determinismus pramenící z individuální zkušenosti („*nevyléčí se nikdo*“, příp. „*koho nevyléčí první léčba, ten se nevyléčí nikdy*“ apod.), jiné abstrahovaly z osobní zkušenosti cosi, co by mohlo být nadosobním (více obecným) rysem uzdravného procesu, byly propracovanější a propojovaly více typů adaptivního jednání:

„...Proč to někdo zvládá a někdo ne? Záleží na tom, kolik je člověk ochoten nastolit změn. Aby to nevzdal. Člověk musí bejt tak trochu bojovník. V žádným případě pasivní. Ale hlavně ty změny, opravdu. Sebemenší maličkost, která by vás táhla zase do minulosti – tak vás může stáhnout zpátky. (...) Odpoutat se od problémů lidí a soustředit se sám na sebe – sám sebe poznat, poznat svý limity a možnosti a poznat sám sebe, ve smyslu, že dělám chyby – že si je můžu dovolit dělat, ale zároveň tím, že nejsem dokonalej, ale že jsem jedinečnej. A hlavně bejt svobodnej.“ (O, 45 let, 1/2)

Prostý souhrn **všech** vodítek k úzdavě, uváděných úspěšnými abstinenty z našeho výběru, by vypadal následovně:

1. **Vzít to poctivě** – usilovat upřímně o změnu sebe sama, nikoli jen změnu životní situace. Být aktivní již v léčbě, přiznat si, že mnohé jednání v minulosti bylo problematické, „*využít léčbu k tomu, aby ze sebe člověk vykydal ten největší bordel*“ (O, 45 let, 1/2), v období po léčbě začít fungovat podle nových pravidel, „*žít správně*“, říkali někteří respondenti.
2. **Být aktivní** – snažit se aktivně řešit aktuální problémy. Usilovat o to, aby to člověk (v rámci aktuálních životních možností) „*někam dopracoval*“, měl zaměstnání a dosáhl postupně stability i v dalších oblastech. Respondenti zdůrazňovali vnitřní motivaci – dělat to kvůli sobě, kvůli vlastnímu duševnímu rozvoji.
3. **Nezapomínat na svoje limity** – dovolovat si jen to, na co člověk má, minimalizovat rizika, uvědomovat si vlastní slabost a omezené možnosti. Pomáhá, pokud člověk rozvíjí duchovní život, spiritualitu. Vědomí něčeho vyššího, než je on sám pomáhá udržovat respekt ke světu a k závislosti. „*Člověk je malý, člověk je slabý, nebojuj, ale pros, aby ti byla dána síla, víra a naděje potřebná pro to, abys to zvládl*“, opakoval S (65 let, 11/1)
4. **Všímat si vlastních úspěchů a pozitivní proměny** – byť někdy se to u okolí nesetká s pozitivní odezvou, je potřeba nenechat se zaskočit despektem nebo urážkami. Naopak – člověk musí rozvíjet vlastní asertivitu a udržovat pozitivního sebepojetí navzdory nesnázím.
5. **Vyhledat a využívat podpůrný kontakt** – značný význam má doléčování po pobytové léčbě, DC nebo AA. Nezůstat na svoje potíže sám.
6. **Udržovat a rozvíjet podpůrné vztahy s rodinou** - v udržení abstinence mohou hrát zásadní roli vztahy, děti, o které je potřeba se starat, pomáhat stárnoucím rodičům.
7. **Udržovat režim, vyhýbat se nudě** – strukturovat čas tak, aby člověk mohl naplnit vlastní závazky, včetně odpočinku a času pro sebe.
8. **Realizovat se v práci nebo ve volném čase** – „*najít si to svoje*“ – hobby, zaměstnání podle osobních očekávání. Věnovat se něčemu, co má člověk rád, mít pro co žít.

9. **Přizpůsobit očekávání realitě** - vyhnout se zklamání pramenícího z nespelnitelných cílů nebo očekávání.
10. **Postupovat pomalu, po malých krocích** - „Hlavně trpělivost a nespěchat“, zaznívalo od respondentů často. Prostě jít za svým cílem „pomalu, ale jistě.“

Paradigmatický model úzdravy ze závislosti a chudoby

Jedním z hlavních motivů tohoto výzkumu byla snaha o vytvoření teorie adaptace na situaci dvojího zatížení (výzkumný cíl B), nikoli podat pouze výčet jevů. Dosavadní výstupy přinášely postřehy a zjištění o tom, jaké jsou hlavní překážky úzdravy (stresory), jakým způsobem vznikají účinné adaptivní strategie a čím je charakteristická adaptace na finanční tíseň. Bylo uvedeno, že do procesu vstupuje řada proměnných, mezi nimi samotná závažnost finančních potíží, ale také místo bydlení a zdravotní stav (ten je navíc provázaný s faktorem věku). Další proměnné se ukázaly ležet na straně respondentů – ti totiž vstupovali do situace úzdravy s nějakými vlastnostmi a charakteristikami (byla např. zmíněna schopnost respektovat autoritu). Ve snaze najít to, co v úzdравě funguje, jsme také vymezili strategie, které jsou neúčinné nebo destruktivní, a uvedli veškeré vyzkoušené návody respondentů, které pramenily z jejich osobních zkušeností. Nepříliš sourodou změť těchto poznatků může utřídit paradigmatický model úzdravy (Tab. 6, níže), který propojuje podmínky, jevy, kontext, intervenující podmínky, strategie jednání a formuluje následky úspěšné adaptace. Proces úzdravy je pravděpodobně moderován mnoha faktory, předkládaný model však zahrnuje pouze ty, které podle analýzy dat hrály nejvýznamnější roli.

Podmínky úzdravy – jedná se o „vstupní nastavení“ závislé osoby, které může pozitivně ovlivnit veškeré další procesy v průběhu úzdravy. Můžeme je chápat jako tři navzájem nezávislé části „výbavy“: *Zážitek dna* odpovídá silnému impulzu na emoční úrovni - emoce způsobené zážitkem souvisejí se vznikem *bodů obratu*, stabilitou abstinence a motivací k dalšímu sebezáchovnému chování. Na těžké chvíle dna si respondenti vzpomínali v momentech, kdy jejich motivace chřadla. *Užitečné zkušenosti z předchozího života* jsou vkladem na úrovni dovedností (life skills), který potencuje aktivní zvládání. Charakteristické pro 8 respondentů z našeho vzorku bylo to, že v předchozím životě dosáhli běžné úrovně fungování – udržovali si zaměstnání, vedli partnerský život nebo měli rodinu, měli nějaké zájmy. Jejich „původní život“ se

pravděpodobně defragmentoval až v důsledku prohlubování pití. Tito respondenti v období abstinence částečně rehabilitovali něco, čeho již dosáhli (např. respondent, který zamlada pracoval s dětmi, kontaktoval po léčbě skautský oddíl a nabídl svoji pomoc – díky tomu se sociálně stabilizoval; jiný respondent se po léčbě věnoval v zaměstnání zahradničení – vztah k této činnosti měl však již vytvořený z minulosti, byl zvyklý se starat o zahradu). Vstupní podmínkou úspěchu na úrovni osobnostní výbavy se ukázala být *schopnost respektovat autoritu*. Respondenti, kteří dokázali dlouhá léta abstinovat a vzdorovat nepříznivým podmínkám, byli zároveň osobnostmi, které respektovaly doporučení autorit, měly smysl pro pravidla a tíhly k tomu, vytvořit si v životě vlastní řád a sveřepě i s nadšením jej dodržovat. Někteří z respondentů si byli vědomi toho, že tuto schopnost měli již v období předcházejícím problémům s pitím.

Jevy a procesy – kategorie zahrnuje některé významné procesy – činnosti a skutky, které jsou pro pozitivní vývoj řešení závislosti klíčové. Jedná se např. o *absolvování léčby* a následné využití některé z forem *doléčování* (včetně AA), *zajištění zdroje finančního příjmu* a dalších podmínek k životu, *zvládání finanční tísně*, nebo *využití zkušeností z předchozího života*. Jedná se tedy o pozorovatelné jevy charakteristické pro velkou část uzdravného procesu. V souboru nebyl žádný respondent, který by v minulosti nevyužil nějaké formy doléčování (zahrnuji též opakovací pobyty a AA). Také zajištění zdroje finančního příjmu a zvládání chudoby byly procesy, se kterými se museli úspěšně vypořádat všichni respondenti.

Kontext – popsané jevy se odehrávaly v kontextu myšlenkových operací a emočního prožívání respondentů, které ke zvládnutí situace muselo dosahovat specifických úrovní a kvalit. Respondenti byli úspěšnější, pokud upřímně *usilovali o změnu sebe sama*, nikoli jen změnu situace. Klíčovým procesem pro emoční stabilizaci mohlo být uplatňování *ocenění sebe sama, zaměření na úspěchy a reflexe pozitivních přínosů léčby*. Respondenti, kteří byli schopní převzít doporučení některých autorit, v procesu uzdravy méně tápali a rychleji osvojovali účinné strategie (konkrétní doporučení pocházela nejčastěji od lékařů a terapeutů, týkala se zejména oblasti péče o sebe, denního režimu a stravovacích návyků).

Strategie jednání – zahrnovaly zvládací reakce a strategie jednání orientované navenek, aktivní zvládání podle klíče „dělat to, co je pro mě dobré“, případně principu „žít

správně“. Ve vztahu k finanční tísní respondenti uplatňovali reakce postavené na změně postojů k penězům a postojů k celkové situaci chudoby. Účinnou strategií pro konečné vyřešení finanční tísně bylo *řešení dluhů* (mapování, následně insolvence), byť u některých respondentů to kvůli nízkým příjmům nebylo možné. Klíčovými strategiemi z hlediska zvládnání negativních emocí i budoucího sociálního začlenění bylo *vyhledání sociální opory*, z hlediska individuálního naplnění pak hledání seberealizace s pomocí nalezení dalšího zdroje uspokojení, koníčku.

Intervenující podmínky – adaptační procesy se dějí za účasti intervenujících podmínek, které mohou stimulovat proces údravy pozitivně (urychlení, posílení stabilizace) nebo negativně (zvýšení emočního stresu a následný výskyt bažení). *Finanční situace* se ukázala být faktorem přinášejícím ve fázi copingu spíše stres a negativní emoce. Zkušenost některých respondentů ale zároveň říká, že je bezpečnější, pokud situace nezlepší dříve, než si alkoholik osvojí potřebné dovednosti sebekontroly. Dalšími intervenujícími faktory zvyšujícími či snižujícími potenciál pro údravu se ukázalo být *zdraví a bydlení*. Prožívaný stres v těchto oblastech měl negativní dopad na stabilitu respondentů. Za intervenující podmínku by mohl být považován i *věk*. Tento faktor ovlivňuje jak zdraví, pracovní schopnosti, tak i oblast bydlení a obecně schopnost přizpůsobovat se novým podmínkám.

Následky adaptace – model uvádí některé možné výsledky dobrého adaptování se na situaci dvojího zatížení. Dlouhodobá úspěšná adaptace a celkové zvládnutí závislostní problematiky se u respondentů vyznačovalo dosažením celkové stability v životě, zvládnáním nebo vyřešením situace chudoby, přijatelným sociálním začleněním, ale také určitým pozitivním pohledem nazpět, nadhledem, uvědoměním si podstatných věcí o životě a oceněním sebe sama a vlastního snažení.

Tab. 6: Proces úzdravy s použitím paradigmatického modelu (Strauss, Corbinová, 1999, 72). Zvýrazněny klíčové oblasti při adaptaci na chudobu.

podmínky úzdravy	jevy (vnější procesy)	kontext (myšlenkové operace, zpracování emocí)	intervenující podmínky	strategie jednání	následky
"zážitek dna" - silný impuls k budoucímu aktivnímu zvládnání	absolvování léčby, následně využití některé z forem doléčování	poctivé uchopení vlastního problému, snaha o změnu sebe sama	finanční situace	adaptivní jednání dle principu "žít správně"	celková stabilizace ve střízlivém stavu (absence bažení, nové účinné zvládací mechanismy)
užitečné zkušenosti z předchozího života	zajištění zdroje finančního příjmu a dalších podmínek k životu	přiznání pozitivního přínosu léčby a doléčování	zdravotní stav	aktivní skromnost, změna vztahu k penězům	Dlohodobé zvládnání chudoby, příp. vyřešení situace
schopnost respektovat autoritu	zvládnání finanční tísně způsobené změnou životní situace nebo dluhy	řízení se doporučeními, respektování životní situace a vlastních limitů, přijetí faktu závislosti	bydliště a obývané místo	zodpovědné řešení dluhové situace	Zhodnocení pozitivních přínosů kritických období života (sebeevaluace)
	využití zkušenosti v profesní nebo sociální oblasti	směřování k seberealizaci		hledání seberealizace nebo vášně	Přijatelné sociální začlenění
		vědomá práce se sebou, s vlastním myšlením a prožíváním		Vyhledání sociální opory	Seberealizace v některé z životních oblastí
		uvědomování si vlastní pozitivní proměny a ocenění sebe sama			Smiření s vlastním příběhem
		rozvíjení náhledu na vlastní problematické jednání v minulosti			
		spiritualita			

V předloženém paradigmatickém modelu jsou zvýrazněny ty procesy a konstrukty, které se zdají být nezbytné pro zvládnutí finanční tísně, zatímco nezvýrazněné zůstávají oblasti důležité pro zvládnutí závislosti jako takové. Např. *vědomá práce se sebou, vlastním myšlením a prožíváním* je užitečná v každém procesu úzdravy. V kontextu zvládnutí dlouhodobé chudoby se ale tato dovednost jevila zcela nezbytná, podobně jako *schopnost respektovat autoritu*. Finanční tíseň se ukázala být faktorem, který zvedá práh pro zvládnutí chudoby tím, že nutí k větší důslednosti a osvojení adaptivních postojů a hodnot. Má-li být úzdrava ze závislosti a chudoby úspěšná, měla by být charakteristická jevy, strategiemi a kontextem představeném v uvedeném modelu, zároveň však s akcentem na barevně zvýrazněná pole.

7.3.1 Shrnutí (výzkumný cíl B)

Cíl B: *Poskytnout teorii funkční adaptace na situaci dvojího zatížení, která vychází z kvalitativní analýzy jevů a významů sdílených samotnými aktéry výzkumu.*

Výstupem analýzy adaptace na finanční tíseň je **vývojový adaptační model**, který nahlíží proces přizpůsobování se těžké socioekonomické situaci jako přechod mezi čtyřmi na sebe navzájem navazujícími fázemi. Úspěšná adaptace je završena (1.) zvládnutím situace po finanční stránce, (2.) prožitkem dobrého pocitu z dobrého zvládnutí situace, ale i (3.) potřebou vyhledávání nových pozitivních podnětů. Úspěšná adaptace na chudobu souvisí s délkou abstinence, samotná délka udržování abstinence však nejspíš není jediným faktorem, který se na úspěšnosti procesu podílí. Jako jedna z dalších podmínek bylo představeno místo bydliště, charakter bydlení, které více nebo méně vyhovovalo potřebám konkrétních respondentů. Významnou vstupní podmínkou byl zážitek bodu obratu, který nejspíše moderuje motivační procesy v průběhu úzdravy. Finanční tíseň byla představena v kontextu **paradigmatického modelu** jako intervenující podmínka, která má potenciálně destabilizující účinek: její zvládnutí vyžaduje osvojení specifických postojů a strategií, čímž zvyšuje práh pro dosažení úzdravy. Klíčovým prvkem pro rozvíjení adaptačních strategií je **schopnost respektovat autoritu**, která umožňuje vyhnout se nejproblematictějším stresorům a osvojení vhodných postupů zvládnutí. Respondenti s nejdelší délkou abstinence v socioekonomicky stabilní situaci dokázali reflektovat pozitiva, která životem v chudobě získali. Také v důsledku omezených možností u nich došlo k osobnostnímu růstu a posílení sebepojetí.

8 DISKUZE

Předkládaný výzkum se zabývá reálným problémem adaptace závislých na alkoholu na situaci po léčbě závislosti. Tato situace představuje z hlediska udržení abstinence „rizikové období“ – abstinence je křehká a riziko návratu ke zneužívání alkoholu je vysoké. Špatná socio-ekonomická situace v tomto období (ohrožení příjmovou chudobou, materiální deprivace, viz ČSÚ, 2018b) se týká značného počtu závislých osob, ať už kvůli vysoké zadluženosti nebo potížím s bydlením (Mravčík, Chominová a kol., 2018). Léčebné modely uplatňované v léčebných a doléčovacích programech se orientují na problém závislosti, méně však na problém zvládnání chudoby, jejíž řešení bývá detašováno k vyřešení sociálními pracovníky jako „sociální téma“. Chudoba se nicméně ukazuje být významným zátěžovým faktorem, který limituje schopnosti jedince (Santiagová a kol. 2011; Mani, Mullainathan a kol., 2013; Schillbach a kol., 2016), a je možné, že v budoucnu získá v oblasti adiktologie významnější statut. Provedená výzkumná sonda směřovala právě do této oblasti.

Z metodologického hlediska je potřeba zmínit skutečnost, že kromě role autora výzkumu jsem zároveň pracovníkem doléčovacího programu, kde se věnuji práci se závislými nacházejícími se v procesu údravy. Vlastní profesní zkušenosti z práce terapeuta zotavujících se závislých jsem považoval spíše za výhodu a za zdroj „teoretické citlivosti“ ke zkoumanému problému. Zároveň jsem však v této oblasti tušil riziko zkreslení. Do výzkumné situace jsem vstupoval s určitým před-porozuměním, citlivostí k problému chudoby, která byla tématem řady klientů zařízení, kde pracuji, a se kterými udržuji někdy blízké pracovní spojení. Téma práce má vzhledem k této skutečnosti určitou osobní rovinu. K jistému zkreslení mohlo dojít skrze to, že čtyři respondenty jsem osobně znal, dva muži byli bývalými klienty našeho programu a s dalšími dvěma jsem v době výzkumu udržoval terapeutický kontrakt. To se ukázalo být ale nakonec výhodné: přinášel jsem některá výzkumná zjištění do konzultací a zjišťoval, jak budou vnímána někým, kdo abstinuje od alkoholu kratší dobu a nachází se v odlišné fázi adaptace na chudobu. Díky tomu jsem přišel na to, že adaptace na finanční tíseň je dlouhodobý proces, který probíhá na několika úrovních prožívání a myšlení, a který lze (pro porozumění) rozdělit do několika fází – takto vznikl „vývojový model adaptace na finanční tíseň“.

Z hlediska struktury výzkumu se zdálo být užitečné dopředu stanovit 2 hlavní cíle, a to z toho důvodu, aby se téma nepřesunulo zcela jinam původní záměr. V případě cíle **A** (*popsat nejvýznamnější stresory i adaptační strategie*) nebylo obtížné ze sebraných dat

abstrahovat data, a to pomocí metod vytváření trsů a zachycení vzorců (Miovský, 2006). Otázkou však je, nakolik byla primární data zkeslená metodou jejich sběru, postavenou na subjektivním popisu situace respondenty, často navíc retrospektivně z odstupe několika (v jednom případě dokonce 27) let. Stavěl jsem se k vyprávění proto jako k narativu, který nemusel být v detailech přesný, ale mohl být přesný v tom, jak odráží přemýšlení respondentů o svojí minulosti. Tímto způsobem bylo možné zachytit fakt, že ve vyprávěních se nejspíš vyskytují orientační body, jakési milníky, okolo kterých je příběh vystavěn. Charakteristickým milníkem byl *bod obratu, křivda, zážitek pomoci ze strany okolí* nebo *uvědomění si něčeho podstatného*. Specifikum těchto milníků spočívalo v tom, že pokud představovaly momentální ohrožení, tak ve vyprávění byly spojeny s hrdoostí za jejich překonání. Jedním z paradoxních zjištění proto bylo, že to, co respondenty v období střízlivosti téměř stáhlo na dno, se jim podařilo překonat a ve výsledku (1.) posílilo jejich motivaci pokračovat směrem k úzdavě a (2.) stalo se zdrojem sebehodnoty. Zjištěné nejsilnější stresory v tomto období (finanční nejistota, samota, pracovní podmínky, zdravotní potíže a pocity křivdy) nebyly překvapením. Zaskakující ale pro mě bylo, kolik zátěžových zkoušek se může po léčbě ještě odehrát a jak toto období vlastně trvá dlouho. Čtyři respondenti žili s minimálními příjmy na hranici bídy i po pěti, v jednom případě dokonce po devíti letech abstinence.

Výstupy z mapování sebehodnocení s pomocí R-SES ukazují na to, že jedinci stížení životními těžkostmi, jako je alkoholismus a chudoba, mohou mít přijatelné sebehodnocení. Sebehodnocení je relativně stabilní součástí osobnosti (Rosenberg, 1965). Na místě je však otázka, zda naši respondenti neprošli obdobím, kdy k sobě tak pozitivní vztah neměli a k pozitivnímu sebehodnocení „dozráli“ teprve pod vlivem úspěšně završených adaptivních procesů. Předmětem dalšího výzkumu by mohlo proto být zachycení toho, zda v této oblasti dochází ke změnám v průběhu období úzdavy.

Proces adaptace na situaci dvojího zatížení byl konceptualizován s pomocí teorie postojů. Jak adaptace na střízlivou situaci, tak i adaptace na chudobu byla uchopena s pomocí kategorizace na adaptivní postoje a jednání. Postoje nebyly mapovány zaměřeně, a tak lze brát toto dělení spíš jako orientační. Jak je v psychologii dobře známo, postoje mohou být v rozporu s jednáním (např. Nakonečný, 2015). Hodinové interview neumožnilo tento jev lépe prozkoumat. Někteří respondenti se ve vyprávění snažili o soulad mezi postoji a jednáním, nebo o propojení několika postojů s danostmi situace takovým, aby (dle mé interpretace) posílili svůj pocit jistoty a dobrého zvládnání. Např. jedna respondentka propojovala danosti situace, postoje, jednání a hodnocení do velkých, navzájem

propojených trsů. Jedno ze souvětí např. obsahovalo výroky: „*vystačíme s málem, daleko líp, než předtím* [když jsem pila], *máme všechno, co potřebujem, (...) některý věci mít nemůžem, protože by nám je možná vzali. Takže je nepotřebujem (...) přizpůsobili jsme se tedy situaci (...) jsme v tom spokojení*“ (M, 41 let, 2,5/7). To mě přivedlo k závěru, že větší šanci na udržení stability mají respondenti, kteří si dovedou osvojit adaptivní postoje vzhledem k situaci a jednat v souladu s nimi. Jazyk nejspíš může být nástrojem, jakým lze postoje posílit. Předpoklad, že adaptivní postoje vznikají jak ve vztahu k abstinenci, tak ve vztahu k chudobě, se odvíjí od toho, že sami respondenti zdůrazňovali spíše jedno, nebo druhé. Chudobu vnímali jako závažnější problém ti respondenti, kteří byli spíše na začátku svého zápasu o úzdravu a měli kratší dobu abstinence. Respondenti, kteří již byli stabilizovaní, naopak vnímali chudobu jako překážku, která patřila k dané životní situaci a byla součástí problému. Představený vývojový model adaptace na chudobu (cíl B) vychází z předpokladu, že všichni, kdo začnou čelit po léčbě chudobě, procházejí podobným procesem. Určitou paralelu je možné vidět v procesu truchlení představeném Kübler-Rossovou (2015 [1969]), která popisuje stadia reagování pacientů na terminální diagnózu (*popírání a izolace – zlost – smlouvání – deprese – akceptace*). Právě popírání, zlost a smlouvání jsou běžnými prvními reakcemi na realitu chudoby. Chudobu je možné vnímat také v jistém smyslu jako terminální diagnózu, která ovlivní další vývoj na mnoho let (případně až do konce, nemá-li jedinec finanční nebo mentální kapacitu pro realizování insolvenčního řízení). Teprve *akceptace* – v tomto výzkumu v podobě *přijetí chudoby* – byla podmínkou pro zdárné řešení dalších potíží a osvojení nových strategií zvládání. Možnost adaptace na chudobu však nesdílejí autoři Clark a kol. (2016), kteří srovnávali data z panelového šetření na vzorku 54 000 osob žijících v Německu, průběžně od roku 1985 do 2012. V důsledku chudoby snížený pocit spokojenosti (*well-being*) se v průběhu času podle nich nemění. Di Tella a kol. (2010) s použitím stejných panelových dat, ale na vzorku 7 812 osob, došli k závěru, že adaptace na snížený příjem je možná v horizontu 4 let, s tím, že je někteří lidé se nedokáží adaptovat na snížený příjem a jiní selhávají v adaptaci na snížený socioekonomický statut. Clark a kol. (2016) ještě poukazují na kritiku měření subjektivně hodnocené chudoby, kterou vyslovil Amartya Sen. Tento autor (nositel Nobelovy ceny za ekonomii) upozornil na to, že lidé dlouhodobě žijící v materiální deprivaci jsou schopní vyvinout obrovské úsilí, aby dosáhli alespoň malých potěšení (*small mercies*), nicméně i přes drastické omezení jejich osobních potřeb není jejich deprivace zachytitelná dostupnými výzkumnými nástroji (Sen, 1990). Je možné, že se „*fenomén šťastného otoka*“ (jak autoři nazývají situaci, kdy materiální deprivaci nereflektují sebehodnotící měřicí nástroje, ale přitom je zcela

zřejmá) týkal i několika respondentů v tomto výzkumu. Z psychologického hlediska by se mohlo jednat o adaptivní obranný mechanismus. Rozpor mezi objektivní a subjektivní realitou jsem nejspíš zažil v případě respondenta, jehož mi pracovníci následné péče popsali jako „těžký případ, žijící v tristních a improvizovaných podmínkách“. Respondent se mi však (k mému překvapení) při setkání prezentoval jako někdo, kdo se naučil radovat z každé maličkosti, poradil si se vším a má svoji situaci v podstatě pevně v rukou. To však bylo v rozporu s informacemi o jeho finančním hospodaření. Pro plné porozumění situaci tohoto a dalších respondentů by bylo užitečné jít hlouběji, možná s pomocí nástrojů pro měření kvality života (SEIQoL/Individual Quality of Life) a rozšířit kontakt s respondenty o formu terénního výzkumu, např. zúčastněného pozorování v běžných životních situacích, v domácnostech apod.

Zajímavým zjištěním bylo, že někteří respondenti zvládnutím náročných životních zkoušek ve střízlivém životě mnoho získali. Šolcová (2009) uvádí, že vlivem životních událostí může dojít k posílení kapacit resilience nad její původní úroveň. Dobrým konceptem pro tento fenomén se zdá být také *posttraumatický růst* (Paulík, 2010). Závislost (chronické onemocnění) a chudobu (chronický stresor) můžeme vnímat jako silné stresory, které si vynucují změny chování a prožívání oproti stavu před začátkem působení stresoru (před zahájením abstinence). Může jít o typ situace, která nutí člověka vydat ze sebe maximum, překonat sám sebe a vyspět. Překonání těžkostí spojených se stresem může vést k uspokojení i zvýšení sebevědomí. Tyto silné procesy mohou vyvolat i změny v životních hodnotách, prohloubení životního názoru nebo příklon k víře (Paulík, 2010). Skutečnost, že se pět respondentů přiklonilo k nějaké formě spirituality nebo duchovního života se v tomto kontextu zdá být srozumitelná. Pozitivní procesy prohlubování zralosti osobnosti je nicméně možné vnímat jako přirozený jev, který souvisí s vyšším věkem respondentů, stejně tak jako vztah ke spiritualitě. Vztah k Bohu může podle některých výzkumů ve stáří nahrazovat jiné sociální vztahy a být zdrojem sociální opory (Blatný a kol., 2016), zejména té se některým našim respondentům dostávalo v posledních letech velmi poskrovnu.

Teorie adaptace (cíl B) na situaci dvojího zatížení byla zachycena s pomocí paradigmatického modelu. Tento model byl primárně sestaven jako jedno z vodítek pro práci s kódy (Strauss, Corbinová, 1999), v našem případě ale posloužil pro zachycení komplexnosti situace. Data ukazují na to, že proces úzdravy byl moderován jednáním a postoji respondentů (zejména aktivitou a determinací v přijetí adaptivních postojů),

zároveň byl ovlivněn vstupními podmínkami (zážitek dna, zkušenosti z předchozího života, schopnost respektovat autoritu) a faktory prostředí (finance, zdraví, bydlení). Teoretický model nabízí propojení mezi jednotlivými podmínkami procesů a adaptivními procesy na intrapsychické úrovni i na úrovni jednání. Skutečnost, že toho model zahrnuje mnoho, odpovídá realitě: úzdrava ze závislosti je komplexním procesem, který není možné jednoduše zachytit (viz koncept kapitálu pro úzdravu, Kelly & Hoepfnerová, 2015). Slabinou poskytnutého modelu je pravděpodobně jeho linearita (předpoklad posloupnosti jednotlivých jevů) a determinismus vstupních podmínek (faktory na úrovni emocí – *bod obratu*, dovedností – *zkušenosti z předchozího života*, a osobnosti – *respekt k autoritě*), které se zdály být klíčovými vstupními předpoklady k úzdравě. Faktem ale je, že mezi respondenty převládali ti, kteří *rehabilitovali*, nad těmi, kdo teprve měli habilitovat a užitečné zkušenosti z předchozího života neměli (viz Kalina a kol. 2015). Stejně tak respekt k autoritě (transformovaný možná v pozdější fázi do *smyslu pro řád*) se ukázal být mezi respondenty silným vstupním faktorem na úrovni kvality osobnosti. Někteří autoři v této souvislosti mluví o *narušeném vztahu k autoritě* (O'Reilly, 1997), k jehož úzdравě dochází teprve skrze *kapitulaci*, přiznání, že všechny pokusy o sebezáchranu s pomocí nefunkčních obranných mechanismů selhaly (Röhr, 2003). Jako autoritu lze přitom vnímat závislost, nutnost změny životní situace, ale i rady konkrétních lidí. To může být těžší pro osoby s nezralým vývojem ega, případně pro osoby, které se hůře regulují na základě vrozeného temperamentu (Thorová, 2015). Podle Röhra jsou na cestě k úzdравě ti, kteří kapitulovali, vzdali se a přijali fakt, že tak jako dosud už to nepůjde (Röhr, 2003, 66-67). Respondenti, kteří byli v procesu úzdравy „nejdále“, např. popisovali, že situaci brali hodně vážně, následovali řadu doporučení (užívali po doporučenou dobu Antabus, absolvovali opakovací pobyty v PL, sebevzdělávali se v tématu závislosti, aby sobě porozuměli). Respekt vůči autoritám jim nebyl cizí a nebylo tomu tak ani v době před léčbou. Toto vyústění výzkumu směřuje nutně k položení otázky, zda se *dvojím zatížením* mohou úspěšně prokousat i jedinci, kteří neprošli silným zážitkem bodu obratu (tudíž nemají tak silnou motivaci k úzdравě) a nemají dobré *pojetí autority* (mají sklon nerespektovat danosti situace, nepřijmout chudobu jako realitu, nerespektovat doporučení profesionálů, ale v důsledku také více selhávají v řízení vlastního jednání). Pokud tomu tak není a situaci dvojího zatížení mohou zvládnout pouze ti, kdo k tomu mají od počátku předpoklady (mají vysoký *potenciál k úzdравě*), pak by to znamenalo, že společnost má na část závislých příliš velké nároky a směřuje tuto skupinu

k léčebným intervencím, které jsou odsouzené k nezdaru. Je možné, že chudobě závislých společnost nepřiznává status přitěžujícího faktoru, ale spíše status zaslouženého trestu např. za nemorální chování. Příčinou toho může být i skutečnost, že je téma chudoby v psychologii a adiktologii poněkud mimo diskurz. Z hlediska designování léčebných, terapeutických a sociálních služeb (které jsou silně ovlivněny sociální a zdravotní politikou) by bylo v každém případě užitečné zjistit toho o vztahu chudoby a adaptace více, a následně rozvíjet paletu možných intervencí pro tuto chronicky zatíženou cílovou skupinu.

9 ZÁVĚRY

Kvalitativní výzkum přináší zjištění o skupině 14 abstinujících závislých na alkoholu, kteří současně žijí, nebo žili v chudobě. Nejvýznamnějšími stresory v období abstinence se ukázaly být zdravotní potíže, finanční nejistota, pracovní podmínky, křivdy a samota. Klíčovým pro respondenty bylo osvojení adaptivních postojů a strategií pro zvládání dvojího zatížení. Kongruence mezi postoji a jednáním souvisela s účinnějším zvládáním, přičemž klíčovým postojem bylo přijetí situace, považování si peněz, strategie aktivní skromnosti, ale také spiritualita. Adaptivní procesy a jednání se vyznačovaly efektivní seberegulací zacházení s penězi a regulací způsobů naplňování osobních potřeb. Byly zachyceny s pomocí 4-fázového vývojového adaptačního modelu. Zkušenost s finanční tísňí byla významným stresorem, zároveň se stala u některých zdrojem posílení sebepojetí a osobnostního růstu. Potenciál pro uzdravení moderují vstupní podmínky i vnější a vnitřní faktory prostředí jako bydlení nebo zdraví. Klíčovým vstupní podmínkou pro adaptaci se však zdála být schopnost respektovat autoritu.

10 SOUHRN

Předkládaná práce je sondou směřující do tématu úzdravy ze závislosti na alkoholu mezi lidmi, kteří v období úzdravy čelí socio-ekonomickým nesnázím nebo materiální deprivaci. Kapitola 2 je věnována rozboru závislostní problematiky a fenoménu úzdravy. Syndrom závislosti na alkoholu zde byl představen jako chronické onemocnění s pestrými etiologií vzniku a složitou dynamikou progresu i remise. Jako vhodný model pro konceptualizaci závislosti byl uveden bio-psycho-socio-spirituální model závislosti, z něž se odvíjí i chápání procesu úzdravy. Na základě představení odlišných konceptualizací uzdravného procesu můžeme shrnout, že: (1.) Trajektorií úzdravy je více, může jít o pozvolný proces, ale i spontánní uzdravu, chronický průběh závislostního chování s opakujícími se recidivami, či smrt; (2.) Opakované lapy a relapsy, ke kterým v procesu úzdravy zpravidla dochází, mohou být na cestě k uzdravě důležitými mezníky, např. podnětem k osvojení účinnějších strategií k udržení střízlivosti; (3.) Proces úzdravy má více úrovní, závislí v dlouhodobé perspektivě dosahují různých „úrovní úzdravy“, lišící se mírou dosažených intrapersonálních, interpersonálních změn a taktéž mírou spirituality a smysluplnosti.

Kapitola 3 je věnována fenoménu chudoby a stavu mezi závislými. Jak ukazují zahraniční výzkumy v posledním desetiletí, chudoba má negativní dopad na zdravotní i psychický stav. V oblasti zkoumání s názvem psychologie chudoby se pracuje s termíny jako *kognitivní zdanění*, které mají zachytit skutečnost, že se chudí lidé v důsledku socioekonomického stresu dostávají do situací, kdy se jejich kognitivní výkon zhoršuje, čelí depresivním symptomům, a i v důsledku těchto změn dělají horší rozhodnutí a setrvávají v chudobě. Výzkum vlivu chudoby na chování probíhá zatím pouze na Slovensku. Chudobě v ČR a chudobě mezi závislými je věnována další kapitola teoretické části textu (kap.3). Chudoba je v ČR nahlížena skrz zornici byrokratického diskurzu, který pracuje s pojmy příjmová chudoba a materiální deprivace přejatému z administrativy EU. Oficiální statistiky, které řadí Česko mezi státy s nejmenším podílem chudých lidí, nereflktují zadluženost velké části obyvatel. Zadlužení a materiálně neuspokojivá situace je běžnou situací mezi závislými, kteří (i) vlivem svého jednání přišli o prostředky. Statistiky o míře materiální deprivace mezi závislými v podstatě nejsou k dispozici.

Metodologická část práce (kap. 4 – 6) popisuje kvalitativní design výzkumu, v jehož průběhu dojde ke kontaktu se 14 respondenty. Výběrový soubor zahrnuje 12 mužů a 2

ženy, závislí na alkoholu ve fázi pokročilé úzdravy, s délkou souvislé abstinence 1 týden až 18 let. Respondenti byli kontaktováni záměrným výběrem přes instituce a také s pomocí kontaktování sítě AA. Metodami konstrukce dat byla polostrukturovaná interview, v několika případech v domovech respondentů. Pomocnou metodou byl dotazník mapující sebe hodnocení (R-SES). Při analýze dat bylo využito vodítek zakotvené teorie, data tříděna s pomocí Atlas.ti. Výzkumnými cíli bylo (A) popsat stresory a adaptační strategie využívané v období abstinence, a (B) poskytnout teorii adaptace na situaci dvojího zatížení závislostí a chudobou.

Dle výstupů orientačního měření inventáři se sebehodnocení respondentů se nacházelo v pásmu obvyklého (průměrného) sebehodnocení. Rozbor rozhovorů s respondenty ukázal na fakt, že adaptace závislých na situaci dvojího zatížení vyžaduje překonání specifických stresorů, mezi které patří *zdravotní potíže, finanční nejistota, pracovní podmínky, křivdy a samota*. Klíčovým pro respondenty bylo osvojení některých strategií zvládání závislosti a zvládání chudoby. U strategií zvládání se ukázalo být užitečné rozlišovat úroveň (1.) *adaptivních postojů*, které tvoří hlubší jádro copingového nastavení, a (2.) *adaptivního jednání* (procesů), které můžeme chápat jako jednotlivé vzorce behaviorálních odpovědí na konkrétní výzvy. Kongruence mezi postoji a jednáním se vyznačovala menším množstvím rozporů a vedla podle výpovědí respondentů k účinnějšímu zvládání. Klíčovými postoji pro zvládnutí popisovaných životních situací bylo např. *přijetí situace, považování si peněz a aktivní skromnost*. Adaptivní procesy a jednání se vyznačovaly efektivní *seberegulací zacházení s penězi a regulací způsobů naplňování osobních potřeb*. Zkušenost s finanční tísní byla významným stresorem a zátěžovou zkouškou. S odstupem se však stala u některých zdrojem posílení sebepojetí.

Vyhodnocení cíle B: Výstupem analýzy adaptace na finanční tíseň je *vývojový adaptační model*, který nahlíží proces přizpůsobování se těžké socioekonomické situaci jako přechod mezi čtyřmi na sebe navzájem navazujícími fázemi. Úspěšná adaptace je završena (1.) zvládáním situace po finanční stránce, (2.) prožitkem dobrého pocitu z dobrého zvládnutí situace, ale i (3.) potřebou vyhledávání nových pozitivních podnětů. Úspěšná adaptace na chudobu souvisí s délkou abstinence, samotná délka udržování abstinence však nejspíš není jediným faktorem, který se na úspěšnosti procesu podílí. Jako jedna z dalších podmínek bylo představeno místo bydliště, charakter bydlení, které více nebo méně vyhovovalo potřebám konkrétních respondentů. Významnou vstupní

podmínkou byl u respondentů zážitek bodu obratu, který nejspíše moderuje motivační procesy v průběhu úzdravy. Finanční tíseň byla představena v kontextu *paradigmatického modelu* jako intervenující podmínka, která má potenciálně destabilizující účinek: její zvládnutí vyžaduje osvojení specifických postojů a strategií, čímž zvyšuje práh pro dosažení úzdravy. Klíčovým prvkem pro rozvíjení adaptačních strategií se ukázala být *schopnost respektovat autoritu*, která umožňuje vyhnout se nejproblematictějším stresorům a osvojení vhodných postupů zvládnání. Respondenti s nejdelší délkou abstinence v socioekonomicky stabilní situaci dokázali reflektovat pozitiva, která životem v chudobě získali. Také v důsledku omezených možností u nich došlo k osobnostnímu růstu a posílení sebepojetí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

ADAMKOVIČ, M., MARTONČÍK, M. (2017). A Review of Consequences of Poverty on Economic Decision-Making: A Hypothesized Model of a Cognitive Mechanism. *Frontiers In Psychology*, 8, 1784.

ADDENBROOKOVÁ, M. (2011). *Survivors of Addiction: Narratives of Recovery*. New York: Routledge.

ALDWINOVÁ, C., M. (Ed.). (2007). *Stress, Coping, and Development: An Integrative Perspective*. New York: The Guilford Press.

BANONIS, B. (1989). The lived experience of recovering from addiction: A phenomenological study. *Nursing Science Quarterly*, 2, 37-43.

BĚLÍČEK, J., RYCHLÍKOVÁ, A. (2017). *Česko ohožuje skrytá, ale rozsáhlá chudoba. Rozhovor se sociologem Danielem Prokopem, 15.6.2017*. Staženo 12.1.2019 z <http://a2larm.cz/2017/06/cesko-ohrozuje-skryta-ale-rozsahla-chudoba/>

BLATNÝ, M., OSECKÁ, L. (1994). Rosenbergova škála sebehodnocení: struktura globálního vztahu k sobě. *Československá psychologie*, 38, 481–488.

BLATNÝ, M. a kol. (2016). *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Karolinum.

BRUCE, A., K. (2008). *The Globalization of Addiction: A Study in Poverty of the Spirit*. New York: Oxford University Press.

BUCKINGHAMOVÁ, S. A., FRINGS, D., ALBERY, I. P. (2013). Group Membership and Social Identity in Addiction Recovery. In: *Psychology of Addictive Behaviors*. American Psychological Association, Vol. 27, No. 4, 1132–1140

CLARK, A. E., D'AMBROSIO, C., GHISLANDI, S. (2016). Adaptation to poverty in long-run panel data. In: *Review of Economics and Statistics*, 98(3): 591–600.

ČSÚ (2018a). *Příjmová chudoba ohrožuje 9,1 % Čechů*. Staženo 28.7.2018. z <https://www.czso.cz/csu/czso/prijmova-chudoba-ohrozuje-91-cechu>.

ČSÚ (2018b). *Životní podmínky 2017*. Staženo 28.7.2018 z <https://www.czso.cz/csu/czso/prijmy-a-zivotni-podminky-domacnosti-rn2to6gtkz>.

DiCLEMENTE, C. C., FAIRHURST, S. K., PIOTROWSKÁ, N. A. (1995). Self-efficacy and addictive behaviors. In: MADDUX, J. (Ed.). (1995). *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research and application*. New York: Plenum Press.

DI TELLA, R., HAIKEN-DE NEW, J., MACCULLOCH, R. (2010). Happiness Adaptation to Income and to Status in an Individual Panel. In: *Journal of Economic Behavior and Organization*, 76: 834–852

DUNLOP, W. L., TRACY, L. (2013). Sobering Stories: Narratives of Self-Redemption Predict Behavioral Change and Improved Health Among Recovering Alcoholics. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 104, No. 3, 576–590.

DŽUKA, J., BABINČÁK, P., KAČMÁROVÁ, M., MIKULÁŠKOVÁ, G., MARTONČIK, M. (2017). Subjektívne príčiny a psychologické dôsledky chudoby: prehľadová štúdia. *Československá psychologie*, 61, 1, 58-67.

EUROSTAT (2018). *Eurostat, 18/01/2018: Práce, sociální statistiky*. Staženo 28.7.2018 z <https://www.czso.cz/documents/10180/46173143/370002170343.pdf/8e84b1e6-0fb7-41e2-bf10-b8c6c849573c?version=1.1>.

EVANS, G. W., KIM, P. (2012). Childhood Poverty and Young Adults' Allostatic Load: The Mediating Role of Childhood Cumulative Risk Exposure. In: *Psychological Science*, 23(9), 979-983.

FROUZOVÁ, M. (2003). Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti. In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.

GIDDENS, A. (2005). *Sociologie*. Praha: Argo.

HAUSHOFER, J. a FEHR, E. (2014). On the psychology of poverty. In: *Science* 344 (6186), 862-867.

- HENDL, J. (2016). *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
- HSER, Y-I., ANGLIN, M. D. (2011). *Addiction Treatment and Recovery Careers*. In: KELLY, J., F., WHITE, W., L. (eds.) (2011). *Addiction Recovery Management: Theory, Research and Practice*. Boston: Humana Press.
- JELLINEK, E. M. (1960). *The Disease Concept of Alcoholism*. New Haven: College and University Press.
- KAHNEMAN, D. (2012). *Myšlení rychlé a pomalé*. Praha: Jan Melvill Publishing.
- KALINA, A. a kol. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing a.s.
- KALINA, A. a kol. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing a.s.
- KALINA, K. (2015). Koncept potenciálu pro úzdravu v adiktologii. In: Maxová, V. (ed.) a kol. *Úzdrava & drogy. Sborník z odborné konference*, 53-60. Praha: Sananim.
- KEARNEYOVÁ, M., H. (1998). Truthful Self-Nurturing: A Grounded Formal Theory of Women's Addiction Recovery. In: *Qualitative Health Research*, 8(4), 495-512.
- KELLY, J. F. & HOEPPNEROVÁ, B. (2015). A biaxial formulation of the recovery construct. In: *Addiction Research & Theory*, 23(1), 5-9.
- KELLY, J., F. & GREENOVÁ, M. C. (2014). Where There's a Will There's a Way: A Longitudinal Investigation of the Interplay Between Recovery Motivation and Self-Efficacy in Predicting Treatment Outcome. In: *Psychology of Addictive Behaviors*. Vol. 28, No. 3, 928–934.
- KELLY, J. F., HOEPPNEROVÁ, B., STOUT, R. L., & PAGANO, M. E. (2012). Determining the relative importance of the mechanisms of behavior change within Alcoholics Anonymous: A multiple mediator analysis. In: *Addiction*, 107, 289–299.
- KELLY, J., F., WHITE, W., L. (2011). *Recovery Management: What If We Really Believed That Addiction Was a Chronic Disorder?* In: KELLY, J., F., WHITE, W., L.

- (eds.) (2011). *Addiction Recovery Management: Theory, Research and Practice*. Boston: Humana Press.
- KOLB, L. (1927). Clinical contribution to drug addiction: The struggle for cure and the conscious reasons for relapse. In: *Journal for Nervous and Mental Disease*, 66, 22-43.
- KUDA, A. (2003a). Relaps a prevence relapsu. In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- KUDA, A. (2003b). Následná péče, doléčovací programy. In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- KUDRLE, S. (2003). Psychopatologie závislosti a kodependence. In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- KÜBLER-ROSSOVÁ, E. (2015). O smrti a umírání. Praha: Portál.
- LAZARUS, R., FOLKMANOVÁ, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- LORANT, V., DELIÈGE, D., EATON, W., ROBERT, A., PHILIPPOT, P., & ANSSEAU, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. In: *American Journal of Epidemiology*, 157, 98–112.
- MANI, A., MULLAINATHAN, S., SHAFIR, E., & ZHAO, J. (2013). Poverty Impedes Cognitive Function. *Science*, 341(6149), 976–980.
- MAREK, J., STRNAD, A., HOTOVCOVÁ, L. (2012). *Bezdomovectví v kontextu ambulantních sociálních služeb*. Praha: Portál.
- MAREŠ, P. (1999). *Sociologie nerovnosti a chudoby*. 1. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství.
- MARLATT, G., A., BAER, J. S., & QUIGLEY, L. A. (1995). *Self-efficacy and addictive behavior*. In: BANDURA, A (Ed.). *Self-efficacy in Changing Societies*, (289–315). Cambridge: Cambridge University Press.

- MIOVSKÝ, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- MOHATT G., V., RASMUS, S., M., THOMAS, L., ALLEN, J., HAZEL, K. & MARLATT, G., A. (2007). Risk, resilience, and natural recovery: a model of recovery from alcohol abuse for Alaska Natives. *Addiction*, Vol. 103, 205–215.
- MRAVČÍK, V., CHOMINOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B. a kol. (2018). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2017*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- NAKONEČNÝ, M. (2015). *Obecná psychologie*. Praha: Triton.
- NEPUŠTIL, P. (2015). Přirozené zotavení. In: Maxová, V. (ed.) a kol. *Úzdrava & drogy. Sborník z odborné konference*, 53-60. Praha: Sananim.
- NICOLAUS, M. (2009). *Empowering Your Sober Self: The LifeRing approach to Addiction and Recovery*. San Francisco: Jossey-Bass.
- O'REILLY, E. B. (1997). *Sobering Tales: Narratives of Alcoholism and Recovery*. University of Massachusetts Press.
- PAULÍK, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- PAULÍK, K. (2009). *Moderátory a mediátory zátěžové odolnosti*. Ostrava: Ostravská univerzita v ostravě.
- POLJAKOV, N. a kol. (2018). Chudé Česko. *Aktuálně.cz*. Praha: Economia, a.s. Staženo 11.11.2018 z <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/chude-cesko/r~e8ce002ca06411e890620cc47ab5f122/>
- PROCHASKA, J. O. & VELICER, W. F. (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. In: *American journal of health promotion: AJHP*, 12(1), 38-48.
- PROCHASKA, J. O., NORCROSS, J. C. (1999). *Psychoterapeutické systémy: Průřez teoriemi*. Praha: Grada Publishing.

- RADIMECKÝ, J. (2015). Úzdrava bez léčby, léčba bez úzdravy – Je to možné? In: Maxová, V. (ed.) a kol. *Úzdrava & drogy. Sborník z odborné konference.* (53-60). Praha: Sananim, z. s.
- ROSENBERG, M. (1965). *Society and the adolescent self-image.* Princeton, N. J.: Princeton University Press.
- ROSENBERG, M. (1979). *Conceiving the self.* New York: Basic Books.
- ROTGERS, F., KELLER, D., S., MORGENSTERN, J. (1999). *Léčba drogových závislostí.* Praha: Grada Publishing.
- RÖHR, H. - P. (2003). *Hraniční porucha osobnosti: Vznik poruchy, průběh a možnosti jejího překonání.* Praha: Potrál.
- SALDAÑA, J. (2016). *The Coding for Qualitative Researchers.* London: SAGE Publications Ltd.
- SAMHSA (2012). SAMHSA's Working Definition of Recovery: 10 Guiding Principles Of Recovery. Staženo 12.2.2017 z <http://store.samhsa.gov/shin/content//PEP12-RECDEF/PEP12-RECDEF.pdf>
- SANTIAGOVÁ, C. D., WADSWORTHOVÁ, M. E., STUMPOVÁ, J. (2011). Socioeconomic status, neighborhood disadvantage, and poverty-related stress: Prospective effects on psychological syndromes among diverse low-income families. In: *Journal of Economic Psychology*, 32 (2), 218-230.
- SCOTTOVÁ, CH. K., DENNIS, M. L., LAUDET, A. FUNK, R., SIMEONE, R. S. (2011). Surviving Drug Addiction: The Effect of Treatment and Abstinence on Mortality. In: *American Journal of Public Health*, No 101(4), 737–744.
- SEN, A., K. (1990). Development as Capability Expansion. In: Griffin K., Knight, J., eds. *Human Development and the International Development Strategy for the 1990s.* London: Macmillan; 1990. pp. 41–58.
- SCHILBACH, F., SCHOFIELD, H., MULLAINATHAN, S. (2016). The Psychological

Lives of the Poor. In: *American Economic Review: Papers & Proceedings 2016*, 106(5), 435–440.

STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Nakladatelství Albert.

ŠOLCOVÁ, I., SLEZÁČKOVÁ, A., FRANKOVÁ, E., GREENGLASS, E. (2012). Psychologické souvislosti ekonomické recese. *Československá psychologie*, 56(1), 64–72.

ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. (2002). Sociálně založené nerovnosti ve zdraví: Současný vývoj ve světě a stav u nás. *Československá psychologie*, 46(3), 219–224.

ŠUSTOVÁ, Š. (2015). Jak se měří materiální deprivace. In: Statistika a my. Český statistický úřad (ČSÚ). Staženo 7.11.2017 z <http://www.statistikaamy.cz/2015/03/jak-se-meri-materialni-deprivace/>

TAFARODI, R., W., SWANN, W., B., Jr. (1995). Self-liking and self-competence as dimensions of global self-esteem: Initial validation of a measure. *Journal of Personality Assessment*, 65, 322–342.

THOROVÁ, K. (2015). *Vývojová psychologie*. Praha: Portál.

TIBENSKÁ, A., MARTÍNEK, C., LIBINGER, J. (2016). Katamnesticke sledování pacientů se závislostí po 5 letech od ukončení odvykací léčby. In: *Česká a slovenská Psychiatrie 2016*; 112(4), 159–164.

WEST, R. (2016). *Modely závislosti*. Praha: Úřad vlády České republiky.

WHITE, W. L. (1996). *Pathways: from the culture of addiction to the culture of recovery: a travel guide for addiction professions*. Minnesota: Hazelden.

WHO (2008): *MKN – 10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Aktualizované vydání k 1.1.2013. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

WORLD BANK GROUP [WBG] (2019). *Site resources World Bank.org: Chapter 2: The definitions of poverty*. Staženo 2.1.2019 z: <https://siteresources.worldbank.org/INTPOVERTY/Resources/335642-1124115102975/1555199-1124115187705/ch2.pdf>

WORLD BANK GROUP [WBG] (2018). *Piecing together the poverty puzzle. Poverty and shared prosperity 2018*. Washington: International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.

ZAUTRA, A. J., & WRABETZ, A. B. (1991). Coping Success and Its Relationship to Psychological Distress for Older Adults. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(5), 801-810.

Absolventské práce

BOČKOVÁ, L. *Zaměstnávání seniorů ve vztahu k jejich nároku na starobní důchod*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze.

MACHANOVÁ, M. (2009). *Fenomén sebehodnocení: Psychometrická analýza dotazníku SLCS-R*. (Nepublikovaná diplomová práce). Masarykova univerzita v Brně.

SLIVKA, M. (2017). *Strategie zvládání stresu a vnímaná osobní účinnost abstinence u závislých klientů doléčovacích programů*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.

ŠVARCOVÁ, T. (2015). *Resilience a vnímání životní smysluplnosti*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Abstrakt Mgr DP

Příloha 2: Oslovující dopis

Příloha 3: Záznamový arch

Příloha 4: Škála sebehodnocení

ABSTRAKT

Klíčová slova: úzdava, chudoba, materiální deprivace, závislost na alkoholu, psychologie chudoby

Předkládaná práce je sondou směřující do tématu úzdavy ze závislosti na alkoholu mezi lidmi, kteří v období úzdavy čelí socio-ekonomickým nesnázím nebo materiální deprivaci. Výzkumnými cíli bylo (A) popsat stresory a adaptační strategie využívané v období abstinence, a (B) poskytnout teorii adaptace na situaci dvojího zatížení závislostí a chudobou. Pro empirický výzkum byl zvolen kvalitativní design - osobní kontakt s respondenty s použitím polostrukturovaných rozhovorů a dotazníku sebehodnocení. Výběrový soubor čítal 14 osob (z toho 2 ženy) závislých na alkoholu ve věku 35 – 65 let s délkou souvislé abstinence od 1 týdne do 18 let. Data byla konstruována s pomocí nahrávek, transkripce byly kódovány v programu Atlas.ti a následně analyzovány za pomoci principů zakotvené teorie. *Výstupy:* Sebehodnocení respondentů se nacházelo v pásmu obvyklého (průměrného) sebehodnocení. Finanční tíseň byla nejvýznamnějším stresorem vedle zdravotního stavu, zážitků křivdy, pracovních podmínek a samoty. Úspěšná adaptace probíhala skrze osvojení vhodných postojů a chování podle principu maximalizace budoucích přínosů a minimalizace rizik, adaptace na finanční tíseň probíhá ve 4 fázích, vyžaduje osvojení specifických strategií a zvyšuje práh pro dosažení stability v životě. Klíčovými charakteristikami pro proces úzdavy jsou na straně osobnosti (1) schopnost respektovat autoritu, (2) profesní a sociální dovednosti získané dříve a (3) zážitek ohrožení života či silný spirituální impuls, který posílil motivaci ke střízlivosti. U úspěšně adaptovaných respondentů došlo k osobnostnímu růstu, přehodnocení vnímání chudoby a posílení sebehodnocení.

ABSTRACT

Key words: recovery, poverty, material deprivation, alcohol addiction, psychology of poverty

The thesis deals with the topic of the alcohol-addiction recovery process among people with severe socio-economic difficulties. The research is meant to compliment the psychology of poverty and recovery theory with the use of qualitative research methods. The main research goals were (A) to describe the main stressors and to map out useful coping strategies used within the abstinence period; and (B) to provide a theory of adaptation to multiple-stress situations caused by both craving and poverty. Data was constructed with the use of a face-to-face interview with 14 participants (2 females, 12 males) aged 36 to 65 and addicted to alcohol, contacted both by deliberate choice from various institutions and via public AA groups. The research methods were based on semi-structured interviews (recorded) and the Rosenberg self-esteem inventory. The data was constructed via rewriting and coding of each interview with the use of the Grounded theory framework. *Results:* The location of the participant's self-esteem lies within the average (middle) range of the scale. Financial difficulties, together with loneliness, work conditions and health problems were the main stressors. The adaptation process comprised 4 stages, and new skills and special financial competence are needed for its accomplishment. The key characteristics or determinants for a successful recovery process are: (1) ability to respect authority (personality trait), (2) professional and social skills, and (3) a near-death (or similar) turning point experience fostering a motivation to abstinence. The results of successful adaptation are presented through positive personal development, positive reevaluation of economic hardship and increase of self-esteem.