



Pedagogická  
fakulta  
Faculty  
of Education

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Pedagogická fakulta  
Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

# Smysl života a hodnotová orientace v kontextu drogové závislosti z pohledu existenciální analýzy a logoterapie

Vypracoval: Lucie Režná  
Vedoucí práce: PhDr. Filip Abramčuk

České Budějovice 2017

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 28. 4. 2017

Podpis studenta

## **Poděkování**

Tímto bych ráda poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce PhDr. Filipu Abramčukovi, Ph.D., za odborné vedení, podnětné konzultace a poskytnuté rady. Dále Mgr. Janu Hynkovi za odborné konzultace při zpracování výsledků výzkumu. A v neposlední řadě také Psychiatrické léčebně Červený Dvůr za možnost realizace výzkumu, především pak primáři MUDr. Jiřímu Dvořáčkovi, staniční sestře oddělení 3D Markétě Šidlové a všem pacientům, kteří se ochotně zúčastnili výzkumu.

## **Abstrakt**

Bakalářská práce se zabývá problematikou smyslu života a hodnotové orientace u pacientů Psychiatrické léčebny Červený Dvůr, kteří se zde léčí ze závislosti na drogách. První část práce je zaměřena na vymezení pojmů smysl života a hodnotová orientace, a to především v kontextu logoterapie a existenciální analýzy Viktora Emanuela Frankla. Dále přibližuje definici drogové závislosti a teorie vzniku závislosti.

Výzkumná část práce uvádí výsledky výzkumu realizovaného v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr od listopadu 2016 do března 2017. Výzkumu se zúčastnilo celkem 33 respondentů (25 mužů, 8 žen) léčících se ze závislosti na drogách. Při sběru dat byly využity dotazníkové metody Logo-test, Existenciální škála a Řazení hodnot a hodnocení smyslu. Výsledky poukázaly na potíže pacientů v oblasti naplňování životních hodnot. Dále byl zjištěn pozitivní účinek pobytu v léčbě na snížení existenciální frustrace a zvýšení subjektivně vnímané smysluplnosti života. Výzkum prokázal, že existuje rozdíl v prožívání smysluplnosti a výskytu existenciální frustrace u pacientů podstupujících léčbu poprvé a u pacientů opakujících léčbu.

**Klíčová slova:** smysl života, hodnoty, hodnotová orientace, závislost, alkohol, drogy, Logo-test, Existenciální škála

## **Abstract**

This bachelor thesis focuses on the issues of meaning in life and a value orientation. The research is based on patients, who are being treated for a drug addiction at the Červený Dvůr Psychiatric hospital. The first part of the thesis focuses on giving definition to the terms “life purpose” and “value orientation”, primarily in the context of Victor Emanuel Frankl’s logotherapy and existential analysis. Further ahead, the definition of a drug addiction and the theory of addiction’s origin are discussed as well.

The exploration part of the thesis presents the results of research, which was carried out at the Červený Dvůr Psychiatric hospital since November 2016 to March 2017. 33 (25 men, 8 women) respondents, who are being treated for drug addiction, participated in the research. The Logo-test, Existential scale and Value ordering and value orientation methods were used for collecting the data. The results show, that patients have issues mainly in the area of life values fulfilling. Further the research points out, that staying in the institution has a positive impact on decreasing an existential frustration and positively influencing the perception of meaningfulness of life. The research proved that experiencing meaningfulness and occurrence of existential frustration differs at patients that are being treated for the first time and at patients who are being treated repeatedly.

**Key words:** meaning in life, values, value orientation, addiction, alcohol, drugs, Logo-test, Existential scale

## Obsah

Abstrakt.....	4
Abstract.....	5
Obsah.....	6
I Úvod.....	9
II Teoretická část.....	11
1 Smysl života.....	11
1.1 Definice smyslu života.....	11
1.2 Pojetí smyslu života v rámci psychologické teorie.....	11
1.3 Logoterapie a existenciální analýza.....	12
1.3.1 Život Viktora Emanuela Frankla.....	13
1.3.2 Následovníci Viktora Emanuela Frankla.....	14
1.3.2.1 Elisabeth Lukasová.....	14
1.3.2.2 Alfried Längle.....	15
1.4 Trojdimenzionální povaha osobnosti.....	16
1.5 Svoboda, odpovědnost a svědomí.....	18
1.6 Hodnoty.....	19
1.6.1 Zážitkové hodnoty.....	19
1.6.2 Tvůrčí hodnoty.....	20
1.6.3 Postojové hodnoty.....	20
1.7 Existenciální frustrace a existenciální vakuum.....	20
1.8 Terapeutické metody logoterapie.....	21

1.8.1	Paradoxní intence.....	22
1.8.2	Dereflexe.....	22
1.8.3	Modulace postoje.....	22
2	Problematika závislosti na drogách.....	23
2.1	Definice závislosti na drogách.....	24
2.2	Kritéria diagnostiky syndromu závislosti.....	25
2.2.1	Bažení – craving.....	25
2.2.2	Abstinenční syndrom.....	25
2.3	Teorie o vzniku závislosti na drogách.....	26
2.3.1	Biologické teorie.....	26
2.3.2	Psychologické teorie.....	27
2.3.3	Sociologické teorie.....	27
2.4	Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti.....	28
III	Výzkumná část.....	29
3	Cíle výzkumu.....	29
3.1	Výzkumný problém.....	29
3.2	Výzkumné otázky a hypotézy.....	32
4	Metodologický rámec.....	33
4.1	Průběh sběru dat.....	33
4.2	Výzkumný vzorek.....	34
4.3	Etické aspekty.....	36
4.4	Psychiatrická léčebna Červený Dvůr.....	36
5	Popis použitých metod.....	38

5.1	Logo-test .....	38
5.1.1	Vyhodnocení Logo-testu.....	39
5.2	Existenciální škála.....	39
5.2.1	Vyhodnocení ESK .....	40
5.3	Řazení hodnot a hodnotová orientace .....	41
5.3.1	Vyhodnocení dotazníku Řazení hodnot a hodnotová orientace.....	42
6	Výsledky výzkumu .....	42
6.1	Výzkumná otázka 1: Jak variuje preference hodnot a jejich naplnění v rámci dvouměsíčního pobytu v léčbě?.....	42
6.2	Výzkumná otázka 2: Jaké jsou rozdíly ve výskytu existenciální frustrace ve vztahu k pobytu v léčbě a počtu absolvovaných léčebných pobytů? .....	47
6.3	Výzkumná otázka 3: Jak se mění míra prožívání smysluplnosti existence v závislosti na pobytu v léčbě a počtu absolvovaných léčeb? .....	51
7	Diskuze .....	57
8	Závěr.....	62
	Seznam literatury .....	64
	Seznam obrázků.....	67
	Seznam tabulek .....	67
	Seznam grafů .....	68
	Seznam příloh .....	68
	Přílohy.....	69



# 1 Úvod

Dnešní doba je pro člověka velmi náročná. Máme kolem sebe spoustu lidí, jsme neustále v kontaktu přes sociální sítě, ale i přesto, nebo možná právě proto můžeme pociťovat jistou existenciální osamělost. Tedy stav jakési úzkosti z pocitu, že nevíme, kam vlastně patříme, kam náš život směřuje a jaký to všechno má vlastně smysl. Postmoderní doba je orientovaná zejména výkonově, což na nás klade vysoké nároky. Pokud člověk není schopen dostát těmto nárokům a požadavkům, může lehce sklouznout k pocitu vlastní nedostatečnosti a nesmyslnosti svého bytí. Zde pak hraje důležitou roli podpora okolí, ať už z řad blízkých, nebo z oblasti sociální a psychologické pomoci. Když se člověk dostane do životní situace, kterou není schopen vlastními silami vyřešit, často začne hledat jiné možnosti úniku. Může ho provázet pocit prázdnoty, potýkat se se ztrátou životního smyslu, bortí se mu jeho hodnotový systém. Tato situace může nastat například po traumatickém zážitku, ale velmi lehce i následkem každodenní rutiny. Člověk již nemá sílu nacházet smysl ve všedních činnostech, a proto se uchyluje k vyplnění této prázdnoty. Touto výplní se pro něj může stát právě droga.

Závislost na droze s sebou nese podstatné změny ve vnímání světa a také mění hodnotový systém, který si člověk do té doby vytvořil. Jedinou hodnotou a jediným smyslem života se pro něj stává touha po užití drogy. Tato hybná síla ovlivňuje jeho život natolik, že si ani nemusí uvědomovat důsledky svých činů, jako jsou ztráta rodiny a blízkých, sociálního zázemí, ale i fyzického a psychického zdraví. V momentě, kdy droga z jeho života zmizí, opět se vynoří prázdnota. A právě zde člověk musí najít sílu a znovu objevit svou touhu po smyslu. Začít opět od začátku budovat žebříček svých hodnot a ujasnit si, co v jeho životě mu dává smysl.

Pojem smysl života se v psychologii nejvíce pojí s teorií Viktora Emanuela Frankla, který se zabýval tím, co nazývá vůle ke smyslu. Dle Frankla má každý člověk potenciál směřovat k nejvyšší úrovni bytí, kterou označuje noós. To, jestli v našem životě nalezneme smysl, závisí pouze na nás a našem svobodném rozhodnutí. Člověka označuje jako bytost bio-psycho-spirituální. Na tomto poznání je založena jeho logoterapie, která se zaměřuje na člověka jako individualitu a snaží se mu pomoci nalézt cestu k objevení smyslu v každodenním životě.

Teoretická část se zabývá existenciální analýzou, logoterapií, hodnotovou orientací a problematikou závislosti na drogách. Praktická část je věnovaná vlastnímu výzkumu realizovanému od listopadu 2016 do března 2017 v PL Červený Dvůr. Ve výzkumu byly využity tři dotazníkové metody, a to Logo-test (Lukas, 1992), Existenciální škála (Längle, Orgler, & Kundi, 2001) a dotazník Řazení hodnot a hodnocení smyslu (Balcar & Lukas, nedat.).

# I Teoretická část

## 2 Smysl života

### 2.1 Definice smyslu života

Budeme-li se ptát, jaký význam vlastně spojení těchto dvou slov má, každý z nás si pod ním něco představí. Avšak psychologický slovník nám žádný odborný výklad nenabídne. Toto heslo v něm nelze dohledat. Otázkou je proč? Není snad v dnešní době tak často užívané spojení vědeckou obcí uznáváno jako odborné? Nebo se jedná o pojem tak široký, že jeho výklad ani nelze jednoznačně definovat?

Křivohlavý (2006) uvádí, že význam smyslu můžeme chápat v několika kontextech. **Nižší úroveň smysluplnosti**, která se vztahuje ke krátkodobým a konkrétním vztahům nebo činnostem (mysl učení se, mysl přípravy jídla atd.). Proti tomu **vyšší úroveň smysluplnosti** se vztahuje k dlouhodobým, někdy až celoživotním vztahům a činnostem. Sem řadíme problematiku smysluplnosti života a bytí člověka, otázky nejvyšších hodnot, životních cílů a směřování jedince. Reker (2000, in Křivohlavý, 2006) jej dále dělí na **implicitní** a **existenciální**. Implicitní mysl je ten, který se považuje za všeobecně známý, srozumitelný, bez potřeby bližší specifikace. Existenciální mysl se týká naší existence, jednání a bytí. Existenciální pojetí smyslu nám pomáhá pochopit kontext našeho života. Základní otázka zní: „Jaký je smysl života?“ A právě zde se projevuje vůle ke smyslu, jak ji popsal Frankl, coby základní motivační činitel. Dittman (2000, in Křivohlavý, 2006) odlišuje význam slova **mysl jako idea** a **mysl jako cíl**. První význam nás vede k hledání idey ve vlastním životě, která se pojí s nějakou důležitou událostí, zážitkem nebo zkušeností (např. uzavření sňatku, úspěch v práci atd.). Všechny události interpretujeme na základě těchto ideí, což nám umožňuje chápat smysluplnost našeho života. V případě pojetí smyslu jako cíle jde především o ujasnění si, jakých cílů chceme v životě dosáhnout a zda díky tomu bude náš život smysluplný.

### 2.2 Pojetí smyslu života v rámci psychologické teorie

Dle Křivohlavého (2006, s. 43) můžeme samotné slovo mysl v kontextu psychologie chápat jako „*určitý záměr, směr dalšího vývinu události, intence, účelu jednání či dění*“. Smysl života bychom pak v této souvislosti mohli definovat jako zaměřenost lidského jednání k dosažení určitého cíle. Fenoménem smyslu života se

zabývala velká spousta významných osobností psychologie. Jedním proudem je **existenciální filozofie a psychologie**, která vychází především z učení S. Kierkegaarda, E. Husserla, K. Jasperse, G. Marcela a J. P. Sartra. Jejich vliv je patrný zejména v díle V. E. Frankla a jeho následovníků. Dle Tavela (2007) zde lze nalézt společný přístup v chápání smyslu života jakožto lidskou odpověď na závažné a konečné otázky lidské existence. Druhý proud smýšlení o smyslu života definuje jako tzv. **hormickou psychologii**, v rámci které jsou cíle člověka považovány za rozhodující faktor v chování osobnosti a vystupují proti čistě statistickému chápání osobnosti.

Největší osobností existenciální psychologie je jistě **Viktor Emanuel Frankl**, o jehož životě a teorii pojednávám v další kapitole.

### **2.3 Logoterapie a existenciální analýza**

Směr logoterapie a existenciální analýza byl vytvořen Viktorem Emanuele Franklem. Původně se tento směr nazýval existenciální analýza. Protože však v té době zažívala velký rozmach existenciální filozofie, Frankl přidal do názvu svého učení pojem logoterapie, aby se tyto směry více odlišily. Balcar (1989) vidí logoterapii spíše jako léčebnou metodu, která pomáhá člověku dosáhnout sebepřesahu, transcendence a osobní svobody. Označuje ji jako cestu pomoci. Proti tomu existenciální analýza je cestou poznání, pomáhá nám objektivně popsat člověka, jeho směřování, hodnoty a subjektivní naplňování smyslu.

V souvislosti s logoterapií chápeme význam slova logos jako smysl. Logoterapie je proto často označována jako terapie smyslem.

Teoretický základ vychází z filozofických i antropologických poznatků zaměřených na existenci člověka. Frankl čerpal především z děl představitelů fenomenologie – Schelera a Heideggera – a existencialismu – Kierkegaarda, Jasperse, Buber a Sartera. Logoterapie a existenciální analýza bývá také označována jako třetí vídeňská škola. První zmínky o logoterapii a existenciální analýze jsou patrné v jeho práci již ve 20. letech 20. století, avšak písemně jeho díla vyšla až po 2. světové válce. Významně ho ovlivnil pobyt v nacistickém koncentračním táboře. V knize *A přesto říci životu ano* (Frankl, 2016) popisuje, jak principy logoterapie aplikoval u svých spoluvězňů.

Proti Freudově touze po slasti a Adlerově touze po moci staví do popředí veškerého lidského chování touhu po smyslu. Hledání smyslu života považuje v lidském životě za hlavní hybnou sílu. Dle Frankla naplnění životního smyslu přichází z nitra člověka a musí

být svobodným a uvědomělým rozhodnutím (Kalina, 2013). Vůle ke smyslu také pomáhá člověku **nalézt hodnoty**, které přesahují rámec vlastních biologických a psychologických potřeb, a jejich uspokojením dosáhnout **sebetranscendence**. Dlouhodobé neuspokojení vůle ke smyslu může přejít do stavu tzv. **existenciální frustrace**. Pokud tento stav trvá delší dobu, člověk prožívá svůj život jako bezsmyslný, bezcenný a ocitá se ve stavu **existenciálního vakuu**. A právě tento stav je podle Frankla příčinou vzniku různých psychických poruch, například závislosti na drogách (Halama, 2003).

### 2.3.1 Život Viktora Emanuela Frankla

Viktor Emanuel Frankl se narodil v roce 1905 ve Vídni. Pocházel z židovské rodiny, což velmi ovlivnilo jeho život v nacistickém Německu. Během svého dospívání se musel vyrovnat s traumatickým zážitkem, kterým byla sebevražda jeho spolužáka. Vystudoval medicínu ve Vídni, kde navázal přátelství se Sigmundem Freudem. Jejich komunikace probíhala nejdříve skrz korespondenci. Frankl zaslal Freudovi jeden ze svých rukopisů „Ke vzniku mimického souhlasu a nesouhlasu“, který Freuda natolik zaujal, že ho předal redakci časopisu Mezinárodní časopis pro psychoanalýzu (Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse), a poté byl v roce 1924 publikován. Seznámil se též s Alfredem Adlerem a nějaký čas působil pod jeho druhou vídeňskou školou. Díky tomu vydal v roce 1925 jeho další vědeckou práci Mezinárodní časopis pro individuální psychologii (Internationale Zeitschrift für Individualpsychologie). Avšak ani principy Freudovy psychoanalýzy ani principy Adlerovy individuální psychologie mu neposkytly odpovědi na jeho otázky. Během své práce na neuropsychiatrické klinice se začal setkávat u většiny pacientů s výrazným tématem, kterým byla ztráta smyslu života. A právě toto období v něm vyvolalo první myšlenky a principy existenciální analýzy a logoterapie. Během okupace Rakouska německou armádou Frankl odmítl nabídku odcestovat ze země a zůstal se svými starými rodiči. Avšak v roce 1942 byl společně s celou rodinou zapsán na transport do koncentračního tábora. Těsně před deportací sepsal první rukopis knihy Lékařská péče o duši. Během let 1942–1945 prošel největšími koncentračními tábory v Terezíně, Osvětimi, Kauferingu III a Türkheimu. Právě zde se pokoušel zmírnit utrpení svých spoluvězňů aplikováním principů své postupně se formující teorie. Po osvobození zjistil, že celá jeho rodina kromě sestry nepřežila. I přes nepříznivou situaci se znovu pustil do práce, vydal přepracovanou knihu Lékařská péče o duši, stal se přednostou neurologického oddělení Vídeňské polikliniky, profesorem na univerzitě ve Vídni, získal doktorát z filozofie. V rámci propagace svého díla a logoterapie přednášel po celém světě.

Jeho poslední přednáška se uskutečnila ještě v roce 1996 ve Vídni. Zemřel ve Vídni v roce 1997 ve věku 92 let (Frankl, 1997).

### 2.3.2 Následovníci Viktora Emanuela Frankla

Na Frankla ve svém učení navázali nejvýznamněji dva z jeho žáků – **Elisabeth Lukasová a Alfried Längle**. Zatímco Lukasová se snažila o další rozpracování Franklový teorie, Längle se od něj více odchýlil. Na základě toho vznikly dva proudy přístupu k logoterapii a na počátku devadesátých let se z nich vyvinuly dva odlišné směry. První z nich, **Süddeutsches Institut für Logotherapie**, se odkazuje na Lukasovou. V České republice se k němu hlásí **Institut pro integrativní psychoterapii a psychologické poradenství**. Druhý z nich, **Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse**, navazuje na Längleho a v České republice tento směr reprezentuje **Společnost pro logoterapii a existenciální analýzu**. Největší rozdíly jsou patrné v chápání logoterapie a existenciální analýzy ve vztahu k psychoterapii (Wagenknecht, 2001).

#### 2.3.2.1 Elisabeth Lukasová

Elisabeth Lukasová ve svém díle navazuje na pojetí logoterapie a existenciální analýzy Frankla a soustředí se zejména na její využití v praxi. Prvky logoterapie aplikuje ve fázi diagnostické, terapeutické i postterapeutické.

**Tabulka 1** Využití logoterapeutických prvků v psychoterapii (Lukas, 1998, s. 28–62)

Diagnostická fáze	Terapeutická fáze	Postterapeutická fáze
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zjištění základních informací o klientovi</li> <li>• Koncept otázek a odpovědí</li> <li>• Zabránění vzniku iatrogenní neurózy*</li> <li>• Použití specifických logoterapeutických technik – redukce hyperreflexe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poskytnutí pomoci klientovi</li> <li>• Koncept nabídky a akceptování</li> <li>• Nespecifická modulace postoje</li> <li>• Jistota orientace mezi více hodnotami</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propuštění klienta v co nejlepším duševním stavu</li> <li>• Koncept kontroly a zpětného hlášení</li> <li>• Objasnění individuální možnosti smyslu</li> <li>• Působení proti hyperreflexi</li> </ul>

*\*iatrogenní neuróza = vzniká u klienta po sdělení diagnózy; jako následek strachu a hyperreflexe si klient může vsugerovat další potíže, což vede ke zhoršení psychického stavu (Lukas, 1998, s. 32–33)*

Lukasová dále zdůrazňuje možnost volby jako základního činitele nalézání smysluplnosti. Možnost volby máme v jakékoliv situaci. Nachází-li se jedinec v situaci, která na něj působí negativně, ale má možnost něco změnit, vede ho logoterapie k mobilizaci vzdorné síly. Pokud se nachází v situaci, kterou nelze změnit, a má tak negativní postoj, působí logoterapie především v rovině změny postoje. Zaujetí pozitivního

postoje vůči situaci dává člověku útěchu a sílu ji překonat (Lukas, 1998). Lukasová je autorkou psychodiagnostické metody Logo-test, kterou jsem zařadila do testové baterie v rámci svého výzkumu. Bližší informace o Logo-testu uvádím ve výzkumné části práce.

### 2.3.2.2 Alfred Längle

Dalším významným žákem Frankla je Alfred Längle. Ve své práci se soustředí především na nalézání smyslu v přítomném okamžiku. Snaží se o přesnější teoretické i praktické zakotvení principů logoterapie a existenciální analýzy. Na rozdíl od Frankla nepovažuje logoterapii pouze za doplněk psychoterapie, ale za samostatný terapeutický směr (Wagenknecht, 2001). Je hlavním autorem psychodiagnostické metody **Existenciální škála**, kterou jsem využila ve svém výzkumu. Blíže o této metodě pojednávám ve výzkumné části práce. Längle tvrdí, že aktuálnost otázky smyslu života vyplývá ze tří základních zkušeností jedince (Längle, 2002):

- svobodné volby mezi možnostmi
- rozhodnutí o hodnotách vlastní volbou
- nestálost situace a neustále probíhající změna

Na základě tohoto přesvědčení formuloval Längle (2002, s. 39–52) **devět znaků smyslu a jeho nalézání**, prostřednictvím kterých se snaží odpovědět na otázku, co to znamená „smysluplně žít“.

1. *Smysluplně žít znamená plnit ten úkol, který před námi právě stojí.* Vždy záleží na konkrétním okamžiku, jaké nám poskytne možnosti a výzvy. Jednání člověka by tak mělo vycházet z pečlivého uvážení hodnoty dané situace.
2. *Smysl nelze dát, musí být nalezen nebo rozpoznán.* To, co je pro jednoho člověka smysluplné, může být pro druhého nepřijatelné. Každý sám musí smysl uchopit svobodně, dle svého nejlepšího vědomí a svědomí, aniž by mu byl někým nařizován.
3. *To, co vnímáme mezi řádky skutečnosti, jsou nabídky smyslu ve světě.* V každé situaci, každodenní i tíživé, lze najít smysl tím, jak se s danou situací vyrovnáme a pro co ji snášíme. Smysl je nárok – oslovující i vyžadující. Svým postojem k tomuto nároku udáváme smysl života.

4. *Spatřit smysl znamená uchopit celek.* Pro nacházení smyslu je důležité uvědomění, že všemu můžeme porozumět v souvislostech.
5. *Smysl je životní směr pro určité časové období.* Smysl je výzvou, kterou musíme přijmout i se všemi jejími riziky. Není zárukou, ale obsahuje v sobě naději cíle, pomáhá nám překonat cestu za tím, pro co stojí za to žít.
6. *Smysl se mění zároveň s každou změnou situace.* Smysluplný život vyžaduje určitou pružnost, ale také vytrvalost. V každém okamžiku na každého čeká jiný smysl. Tento smysl je jedinečný stejně tak, jako je jedinečný každý člověk. Neexistuje situace, ve které nám život přestane nabízet možnost smyslu.
7. *Co je smyslem, to mě plně uchopí, to vycítím dřív, než si to pomalu uvědomím.* I když se nám může zdát obtížné smysl najít a rozpoznat, pokud je to ten správný smysl, vnitřně to cítíme a nemusíme nad ním dlouho přemýšlet.
8. *Smysl může nalézt každý člověk, pokud je schopen činit rozhodnutí.* Nezáleží na věku, inteligenci, pohlaví, náboženském vyznání ani na ničem jiném. Důležitý je pouze vnitřní cit – svědomí. Jednání podle svědomí se stává tou nejlepší cestou. Schopnost nacházet smysl je přirozenou schopností člověka.
9. *Smysluplný život spočívá na zásadním postoji – postoji otevřeném otázkám.* Klíčem ke smyslu je otevřenost člověka. Vyhýbáním se možnostem, které nám život nabízí, se odvracíme od světa i od sebe samých. Zaměřením se na přítomný smysl naplňujeme svoji existenci.

## **2.4 Trojdimenzionální povaha osobnosti**

Frankl rozlišuje tři dimenze lidské osobnosti. První dimenze je fyziologická, druhá dimenze psychologická. Třetí dimenzi označuje jako noologickou – duchovní. Každá z těchto dimenzí je řízena svou vlastní dynamickou silou. Člověk se může svobodně rozhodnout, zda ve svém životě setrvá na úrovni psychobiologické, nebo zda se pustí do hledání smyslu. Uvědomění si úsilí a zápas o naplnění smyslu jsou prvními kroky ke zdravému a uspokojujícímu životu.



### a) Fyziologická úroveň

Tato dimenze může být označována také jako somatická. Její funkce je především seberegulující. Směřuje člověka k přežití, růstu, obnově rovnováhy vnitřního prostředí organismu. Všechny děje probíhající na somatické úrovni jsou extraspektivně měřitelné a pozorovatelné. Tělesné dění je řízeno uspokojováním základních potřeb (potrava, pití, spánek, ...), což zajišťuje **biodynamika** spočívající ve výskytu nerovnováhy a směřující k jejímu vyrovnání (Vymětal, 2004).

### b) Psychologická úroveň

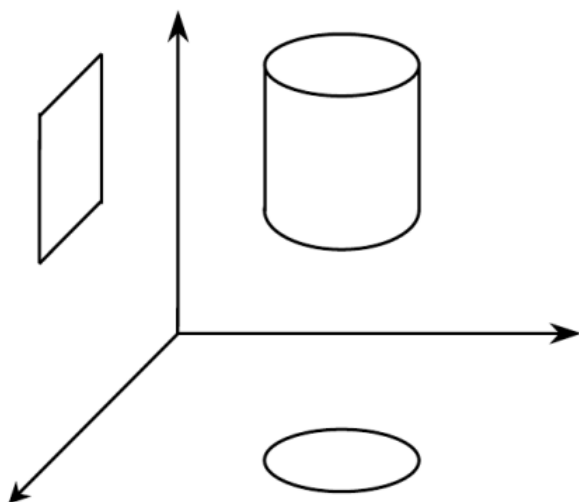
Základem duševního bytí je prožívání, ovládnutí sama sebe i svého okolí. Řídí se psychickými procesy, jako jsou vnímání, cítění, učení, myšlení, motivace, které ovlivňují změny právě v rovině prožívání. **Psychodynamicky** zde působí motiv, který vede prostřednictvím chování k uspokojení (Vymětal, 2004).

### c) Noologická úroveň

Základními vlastnostmi noologické neboli duchovní dimenze jsou zaměřenost ke smyslu a schopnost rozhodovat se. Na této úrovni je člověk svobodný při volbě hodnot a naplnění smyslu, zároveň s tím však přichází odpovědnost za vlastní činy. Hlavní roli zde má dle Frankla tzv. hodnotící orgán smyslu, kterým je lidské svědomí. **Noodynamika** spočívá ve stále přítomné vůli ke smyslu, utváření, naplňování hodnot.

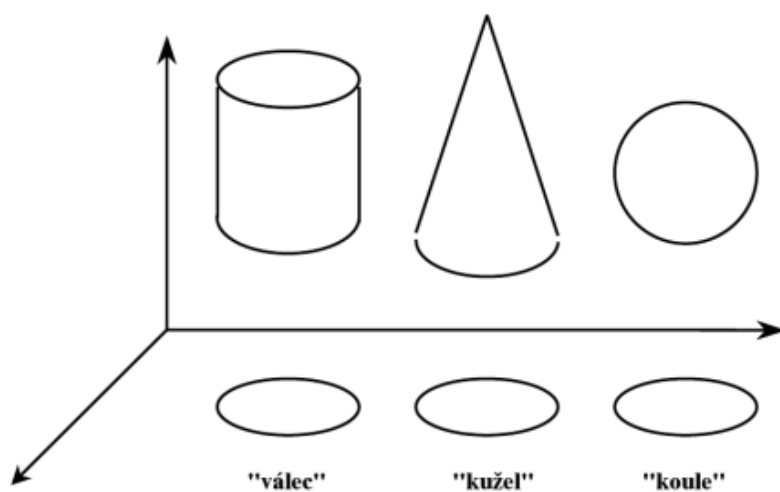
Pro Franklovu teorii je stěžejní slovo **existence**. Pochází z latinského „*existō*“, což znamená **vystupovat z něčeho**. A právě dle Frankla ono vystoupení z psychofyzické roviny, ze sebe sama, je otázkou svobodného rozhodnutí o zaměřenosti vlastního života ke smyslu a zaujetí postoje sám k sobě (Balcar, 1989).

Toto pojetí osobnosti Frankl demonstroval na **dvou zákonech dimenzionální ontologie**. Hlavním důvodem byla snaha varovat před jednostranným pohledem na člověka. Z prvního zákona vyplývá, že pouze ve vyšší dimenzi můžeme spatřit celek, kdežto v nižších dimenzích se nám stejná věc může jevit odlišně. Druhý zákon pak ukazuje, že jeví-li se nám na nižší úrovni více věcí stejně, na úrovni vyšší může mít mnoho různých významů.



**Obrázek 1 První zákon dimenzionální ontologie** (převzato z <http://www.slea.cz/index.php?page=mw2>)

*Jedna a tatáž věc promítnutá ze své dimenze do různých dimenzí, které jsou nižšího řádu než její vlastní dimenze, se zobrazuje tak, že si zobrazení navzájem odporují. (V tomto případě je otevřená nádoba – sklenice - redukována na uzavřený průmět - obdélník a kruh.) (Frankl & Lukas, 1997, s. 102)*



**Obrázek 2 Druhý zákon dimenzionální ontologie** (převzato z <http://www.slea.cz/index.php?page=mw2>)

*Různé věci (zde slouží jako model válec, kužel a koule, promítnuty ze své dimenze do jedné a téže dimenze, která je nižšího řádu než jejich vlastní dimenze, se zobrazují takovým způsobem, že jsou jejich zobrazení shodná (ze samotných průmětů – kruhů – se nedá usoudit, co je projikuje, "vrhá" – projekce je víceznačná). (Frankl & Lukas, 1997, s. 102)*

## 2.5 Svoboda, odpovědnost a svědomí

Svoboda a odpovědnost jsou základními pojmy, které se dle Frankla pojí se smyslem života. Křivohlavý (2010) rozděluje dva druhy svobody. První je **svoboda od něčeho**, čímž se rozumí schopnost člověka vzdorovat vrozeným pudům a instinktům nebo také

rozhodovat se svobodně o svých názorech a postojích na základě získaných zkušeností a informací. Znamená to také nepodléhat předsudkům, i když to není lehké. Druhou kategorií podstatnou právě pro Franklovu existenciální analýzu a logoterapii je **svoboda k něčemu**. Každý člověk si může svobodně zvolit svůj budoucí život i postoj k minulosti. Svoboda volby velmi úzce souvisí s uskutečňováním hodnot. I v situacích, kdy se zdá, že nemáme možnost svobodné volby, se můžeme svobodně rozhodnout, jak se k dané situaci postavíme – a to je podle Frankla podstatou lidské existence.

Důležité je uvědomit si, že svoboda jde ruku v ruce s **odpovědností**. Längle (2002, s. 13) uvádí: „Člověk je sice svobodný, ale jeho svoboda je právě jen lidská a nikoli nadpřirozená, a proto je podmíněná.“ Odpovědnost přichází všude tam, kde se svobodně rozhodujeme, neboť rozhodnutím uzavíráme všechny ostatní alternativy. Cílem logoterapie je vést pacienta, aby za své činy přijal plnou zodpovědnost a tím uskutečnil hodnotu postoje. Frankl upozorňuje také na to, že samotná lidská existence je odpovědností vůči konečnosti života (Frankl, 2006).

Svědomy chápá Frankl jako intuitivní schopnost každého člověka. Považuje ho zároveň za orgán smyslu. Otvírá konkrétní a individuální hodnotové možnosti a sahá do nevědomí. Frankl však připouští, že svědomí není neomylné. Ale úlohou člověka je statečně a odpovědně čelit rozhodnutí, které učiní na základě vlastního svědomí (Frankl, 2007).

## 2.6 Hodnoty

Frankl (2006, s. 60) označuje hodnoty jako abstraktní smyslové univerzálie. Jako takové neplatí pouze pro jednu osobu, ale jsou spíše jakýmsi principy opakujícími se v různých situacích. Člověk může být postaven před volbu hodnot, ve které mu pomáhá svědomí. Jeho rozhodnutí je svobodné a odpovědné.

Frankl rozlišuje **tři kategorie hodnot** nebo-li tři směry, ve kterých lze nalézat smysl:

### 2.6.1 Zážitkové hodnoty

Věnujeme-li v životě pozornost světu v jeho plné kráse, pestrosti, mnohotvárnosti, můžeme ho prožívat jako smysluplný, neboť samotná pozornost ho již naplňuje smyslem. Zážitkové hodnoty jsou uskutečňovány v prožívání. Můžeme je nalézt v přírodě, umění, sportu, technice, vědě. K nejhlubším zážitkovým hodnotám však patří setkávání s druhými lidmi. K tomu, aby se z obyčejných zážitků stal smysl, je nutná osobní angažovanost,

neboť skrze aktivní spoluúčast prožíváme něco hodnotného ze světa, co nás vnitřně obohacuje. Bez našeho „sebevzdání“ by tyto zážitky zůstaly pouhými krásnými věcmi (Frankl, 2006; Längle, 2002).

### **2.6.2 Tvůrčí hodnoty**

Tvůrčí hodnoty lze nalézt všude tam, kde člověk vytváří „životní dílo“, vynakládá tím tak svůj čas a sílu k vytvoření něčeho hodnotného. Za největší dílo považoval Frankl zvládnutí života. Z toho vyplývá, že nemluví pouze o věcech hmotných, ale za tvůrčí hodnotu považuje vše, čemu se člověk oddává a zavazuje. Frankl (2006, s. 32) sám uvádí: *„Jestliže zážitkové hodnoty mu pomáhají pojmout něco hodnotného ze světa do sebe, a tím se obohatit, jde u tvůrčích zase o to, aby výměnou za to něco hodnotného do světa vložil, a tím ten svět, v němž právě pobývá, něčím hodnotným zase sám obohatil.“*

Prožívání a tvoření, to jsou dvě základní cesty, po kterých se lze v životě vydat. Frankl se ale ptá dál. Co s životem, ve kterém nelze naplnit ani jednu z těchto cest? V životě, ve kterém je člověk svázán nemocí, utrpením nebo jinými okolnostmi, které mu neumožňují najít smysl ani v prožití hodnoty, ani ve vytvoření něčeho hodnotného? V těchto chvílích pak člověku zbývá jediná možnost, chce-li se postavit osudu a naplnit svůj smysl, a tou je zaujetí postoje vůči nepříznivé situaci.

### **2.6.3 Postojové hodnoty**

V životě mohou přijít situace, které se nám zdají nesmyslné. Utrpení ze ztráty milované osoby, diagnóza nevyléčitelné nemoci a mnohé další situace, ve kterých si připadáme bezmocní. Zde se Franklova existenciální analýza a logoterapie snaží ukázat cestu všem bez rozdílu. Touto cestou je svoboda postavit se osudu. Buď se můžeme vzdát, čímž se vzdáme vůle po smyslu, nebo se pokusit i v utrpení najít vyšší smysl. Možná právě to nám ukáže hodnotu nás samých. Velmi dobře toto rozhodnutí vystihuje název Franklovy vlastní knihy – A přesto říci životu ano (Längle, 2002).

## **2.7 Existenciální frustrace a existenciální vakuum**

Frankl uvádí, že pokud člověk ve svém životě nenaplní touhu po smyslu, dostává se do stavu existenciální frustrace. Může se tak stát několika způsoby. Pokud nemůže nalézt smysl života, je mu zabráněno v uskutečňování tvůrčích a zážitkových hodnot a není schopen ke svému osudu zaujmout smysluplný postoj. Z noologické úrovně se vrací do psychobiologické dimenze a soustředí se na uspokojení základních potřeb. Trvá-li tento

stav dlouhodobě, nazýváme ho existenciálním vakuem. Mezi jeho základní projevy řadíme pocity bezsmyslnosti, lhostejnosti, bezcennosti, špatné nálady a nudy, celkovou nespojenost se životem (Vymětal, 2004). Právě tento stav se člověk snaží kompenzovat různými způsoby, například užíváním návykových látek, rizikovými způsoby chování, agresivními projevy. V kontextu drogové závislosti se Frankl (Frankl & Lukas, 1997, s. 17) vyjadřuje následovně: „*Mladí lidé jsou ve své původní vůli ke smyslu frustrováni. Pak vezmou LSD a najednou pro ně nabývá svět, který se zdál jako bezsmyslný, obrovskou smyslovou plnost. Ale to není žádný smysl, nýbrž pocit smyslu. A mladí lidé se spokojují s pouhými pocity smyslu a to skrývá velké nebezpečí.*“

Výskyt existenciální frustrace potvrdila studie z roku 1997, kterou provedla Mária Angeles Noblejas de la Flor. Testováno bylo 125 respondentů závislých na drogách. Výsledky prokázaly vztah mezi závislostí na drogách a výskytem existenciální frustrace. V České republice se touto problematikou zabývala Kavenská (2009) a Slabý (2013). V obou případech výzkumy potvrdily přítomnost existenciální frustrace u pacientů podstupujících léčbu závislosti. Naproti tomu výzkum Samkové a Dolejše (2014) tuto hypotézu nepotvrdil. Podrobnější informace o výzkumech provedených v oblasti smyslu života v kontextu závislosti uvádím ve výzkumné části práce.

## **2.8 Terapeutické metody logoterapie**

Halama (2003) rozděluje využití logoterapie v léčbě závislosti do dvou oblastí. První oblast se týká všeobecné práce se smyslem života, a to po dobu celého průběhu léčby. Druhá oblast se zaměřuje na konkrétní aplikace logoterapeutických metod – paradoxní intence, dereflexe a modulace postoje.

Ať už je existenciální vakuum prvotním, nebo sekundárním problémem ve vzniku závislosti, nesmíme opomíjet význam smyslu života. Po detoxikaci se u pacientů často objevují stavy prázdnoty, nezájmu a apatie. S nástupem do léčby souvisí i odloučení od skupiny a přetrhání sociálních vazeb, které bývají v komunitě uživatelů drog silné. Je proto důležité pomoci pacientovi zaměřit se na vytvoření hodnot, které ve svém životě může naplňovat.

Kalina (2013) uvádí, že nejúčinnějšími faktory logoterapie v léčbě závislosti jsou pozitivní očekávání a naděje, věnování pozornosti, zvyšování/rozšiřování vědomí, volba

alternativ a terapeutický vztah. Z těchto bodů je patrné, že pacienti nejvíce oceňují samotnou terapeutovu přítomnost při nalézání a znovuobjevování smyslu.

### 2.8.1 Paradoxní intence

Frankl popisuje **paradoxní intenci** jako techniku, která se využívá ke zmírnění strachu a obav z určité situace. Tím, že si pacient přeje to, čeho se nejvíce bojí, zbavuje se tzv. očekávací úzkosti neboli strachu ze znovuobjevení určité situace (Frankl & Lukas, 1997). Důležitou součástí je využití smyslu pro humor. Využít tuto metodu v adiktologii můžeme především při snaze předejít strachu z cravingu nebo flashbacků u uživatelů halucinogenů a psychostimulancií (Halama, 2003).

### 2.8.2 Dereflexe

**Dereflexe** je technika, kterou se pacient učí odvrátit pozornost od sebe samého a zabránit tak přehnané sebereflexi. V podstatě se jedná o zaměření pozornosti na hodnotné činnosti, které tak nahradí přehnanou vazbu na drogu (Wagenknecht, 2009). Lukasová (1998) ale upozorňuje, že nejde pouze o rozptýlení pacienta, nýbrž o dosažení sebepřesahu a odpoutání se od egocentrismu. Pacienti většinou trpí hyperreflexí, hyperdiskuzí a hyperintencí. Příliš sami sebe pozorují, nedostatek smyslu kompenzují negativním vyjadřováním se o vlastním prožívání a opomíjejí hodnotu každodenního života. Tímto chováním se zbavují odpovědnosti, což je to, na čem se snaží terapeut pracovat. Místo neustálé snahy dosáhnout jakéhosi „instantního štěstí“ se jedinec musí soustředit na sebepřesahující hodnoty (Vymětal, 2004).

### 2.8.3 Modulace postoje

Poslední technikou je **modulace postoje**. Člověk, který se léčí z drogové závislosti, se většinou musí vyrovnat s pocity hanby, viny, ponížení, které plynou z jeho činů. Zde je nutné soustředit se na postojové hodnoty, přijmout minulé skutky jako součást života a postavit se k nim čelem. Terapeut pomáhá pacientovi tím, že mu ukazuje pozitivní stránku věci a učí ho, jak ze svých chyb těžit a poučit se z nich (Halama, 2003). V praxi tuto metodu využívá terapeut při rozhovoru s pacientem, ve kterém se snaží najít negativní výroky o minulosti, z nichž je patrný negativní postoj k určité situaci nebo zážitku. Následně pak společně s pacientem pracuje na jejich odstranění, zaměření pozornosti na pozitivní stránku věci a racionální argumentaci, pomocí čehož se snaží dosáhnout změny postoje (Vymětal, 2004).

Logoterapie v léčbě závislosti by jistě nemohla a ani by neměla být jedinou metodou. Jak uvádí Ševčíková (2005), logoterapii lze vhodně zařadit tam, kde již pacienta netrápí fyzické příznaky odvykání. Velmi přínosná je logoterapie zejména ve fázi hledání správného postoje k vyrovnání se se současnou situací, soustředění se na budoucnost. Jako velmi dobrá se ukazuje kombinace KBT, logoterapie a skupinové terapie, neboť problematika závislosti je velmi komplexní a zahrnuje oblast fyzickou, psychickou, sociální i duchovní.

Autoři Khaledian, Yarahmadi a Mahmoudfakhe provedli v roce 2016 experimentální studii, jejímž cílem bylo ověřit efektivitu logoterapie v léčbě drogové závislosti. V rámci léčebného pobytu podstoupila jedna skupina pacientů deset logoterapeutických sezení. Kontrolní skupině proti tomu nebyla poskytnuta logoterapeutická intervence. Výsledky prokázaly účinnost logoterapie na snížení depresivity a zvýšení naděje u léčených pacientů. Více o tomto výzkumu uvádím ve výzkumné části práce.

### **3 Problematika závislosti na drogách**

Než budu podrobněji rozebírat samotnou problematiku drogové závislosti, je třeba specifikovat termín droga. V literatuře můžeme dohledat několik termínů, které se běžně používají pro označení látek, jež jakýmkoliv způsobem ovlivňují duševní stav člověka, jeho myšlení, citění či jednání. Mezi hlavní a obecně uznávané termíny patří **droga, omamná látka, návyková látka, psychoaktivní látka** (Šedivý & Válková, 2011). Velkou otázkou také je, zda lze alkohol řadit mezi drogy, či ne. Dle úmluv OSN rozlišujeme drogy na nepovolené omamné psychotropní látky a povolené drogy, mezi které řadíme alkohol, tabák a těkavé látky (Kalina, 2003).

Pro účely mé práce využívám termín **droga** jako obecný a nadřazený pojem, kterým označujeme **látky, které po vpravení do organismu mohou ovlivnit jednu nebo více jeho funkcí.**

### 3.1 Definice závislosti na drogách

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize řadíme závislost na návykových látkách do oddílu F10–F19. Syndrom závislosti nalezneme pod položkou F10.2. Zde je charakterizován jako:

Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládní při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritu v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšenou toleranci pro drogu a někdy somatický odvykací stav.

U užívání psychoaktivních látek rozlišujeme několik stádií (Kalina, 2008):

- a. **úzus** psychoaktivní látky – jednorázové užití látky; vede ke stavu *akutní intoxikace*; projevuje se narušením úrovně vědomí, emotivity, chování; tyto poruchy jsou vyvolané akutním působením psychoaktivní látky v organismu a po vyprchání zmizí bez signifikantního poškození uživatele (v případě, že nedojde k poškození tkáně nebo jiným komplikacím)
- b. **škodlivé použití = abúzus** – dochází k narušení jedince, a to jak na úrovni somatické (přenosné choroby, např. při aplikaci injekční stříkačkou), tak na úrovni psychické (např. depresivní stavy)
- c. **syndrom závislosti** – následek abúzu; centrálním příznakem je zejména *craving* neboli bažení; syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí (F10–F19).

Ke vzniku závislosti vede vzájemné působení různých rovin, z nichž v každé lze pozorovat různé činitele a vliv, který na jednotlivce mají. Tento vliv může být jak ochranný – snižující riziko syndromu závislosti – tak naopak rizikový, který působí negativně a posiluje tendence k užívání drogy. Mezi hlavní činitele řadíme sociální okolí (rodina, vrstevníci, dostupnost návykové látky, ...), vlastnosti jedince (psychický a fyzický stav), vliv masmédií a sdělovacích prostředků. Při léčbě syndromu závislosti se snažíme o omezení rizikových faktorů (např. vymanění ze společnosti užívající a poskytující návykovou látku) a posilování ochranných faktorů (Nešpor, Csémy, & Pernicová, 1994).



## 3.2 Kritéria diagnostiky syndromu závislosti

Dle MKN 10 je pro stanovení diagnózy syndromu závislosti nutné objevit alespoň tři z následujících znaků v životě jedince za poslední rok (Heller & Pecinovská, 2011):

- a) silná touha užít látku – bažení
- b) neschopnost ukončení konzumace či ztráta kontroly nad užitým množstvím
- c) projevy abstinenčního syndromu při poklesu hladiny látky v těle
- d) zvýšení hladiny tolerance
- e) zanedbávání jiných běžných činností, péče o sebe, koníčků
- f) neschopnost ukončit konzumaci i přes výrazné negativní účinky a závažné důsledky

### 3.2.1 Bažení – craving

Bažení neboli v anglickém originálu craving (tento pojem se často používá i v české literatuře) je společným rysem všech typů závislostí (drogové závislosti, patologického hráčství, workoholismu, chorobného nakupování aj.). Již v roce 1955 byl tento jev popsán Světovou zdravotnickou organizací (Nešpor, 1999). Rozlišujeme dva typy bažení – **psychické** a **fyzické**. Fyzické bažení se projevuje při klesání hladiny látky v těle a liší se dle druhu užívané látky, kdežto psychické bažení se objevuje až po delší době abstinence. Nešpor (2011) uvádí hlavní objektivně pozorovatelné projevy psychického bažení – aktivace určitých částí mozečku, oslabení paměti, zhoršení postřehu, abnormální záznam elektrické aktivace sítnice, zvýšení tepové frekvence, vyšší salivace (u alkoholové závislosti) atd. Vysvětluje, že některé z těchto příznaků se shodují s příznaky stresu. Bažení tak zvyšuje riziko recidivy, neboť negativně působí na rozhodovací schopnosti člověka, emoce a paměť. Subjektivní pocity doprovázející bažení zahrnují zejména vzpomínání na příjemné pocity spojené s užitím látky, nepříjemné tělesné i psychické pocity jako například bušení srdce, svírání žaludku, únava, slabost a další (Nešpor, 1999).

### 3.2.2 Abstinenční syndrom

Abstinenční syndrom se vyskytuje po vysazení dlouhodobě a opakovaně užívané drogy. Projevy jsou závislé na druhu užívané látky, liší se také svou nebezpečností a mohou končit smrtí. Nejtěžší odvykací stavy jsou patrné u uživatelů sedativ, hypnotik a alkoholu, kde se mezi typické projevy řadí epileptické záchvaty a delirantní stavy

(Nešpor, 2011). Syndrom odnětí drogy, jak se také abstinenční syndrom označuje, odezní velmi rychle v případě opětovného užití drogy a bývá doprovázen silným bažením (Heller & Pecinovská, 2011).

### 3.3 Teorie o vzniku závislosti na drogách

Odpověď na otázku, co bývá hlavní příčinou vzniku závislostí, je předmětem dlouhodobého zkoumání. Většinou se jedná o komplexní soubor různých faktorů, kterými je ovlivňováno chování jedince. Kalina (2003, s. 18) uvádí tři hlediska, podle kterých lze na závislost pohlížet:

- **potřeba vyhnout se bolesti nebo nalézt zklidnění**
- **potřeba cítit se energicky**
- **potřeba transcendence utrpení v zážitku splynutí a/nebo sebepřekročení, jednoty se sebou, druhými nebo s Bohem**

Podle Kaliny těmto třem potřebám odpovídají příslušné skupiny drog, které napomáhají k jejich uspokojení:

- **opioidy** – tlumí bolest
- **stimulancia** – přinášejí slast a euforii
- **psychedelika** – látky zjevující cosi z nejhlubších úrovní lidské psychiky

Teorie se různí především dle typu faktorů, které ovlivňují její vznik. Podle dominantního hlediska můžeme vyčlenit čtyři základní oblasti teorií vzniku závislosti. V následujícím textu uvedu hlavní koncepty, kterými se zabývají Mühlpachr (2001), Kalina (2003), Řehan (2007) a Nešpor (2011).

#### 3.3.1 Biologické teorie

První kategorií jsou **biologické teorie**, které redukuje příčiny pouze na fyziologickou úroveň a snaží se definovat biologicky podmíněné znaky vedoucí k rozvoji závislosti. Radíme sem **genetickou teorii**, která vychází z předpokladu dědičnosti sklonu k nadměrné konzumaci drogy. Další teorií, která vysvětluje alkoholovou závislost, je **enzymová teorie**. Ta předpokládá spojitost mezi působením enzymů odbourávajících alkohol a rozvojem závislosti. Poslední je **dopamin endorfinová teorie**, jež spatřuje

hlavní příčinu v nedostatku endorfinů, které jsou tak nahrazovány účinky drogy (Mühlpachr, 2001; Nešpor, 2011).

### 3.3.2 Psychologické teorie

V rámci psychologických teorií jsou patrné rozdíly v přístupu jednotlivých psychologických směrů (Řehan, 2007). Například **hlubinná psychologie** vnímá rozvoj závislosti jako následek neuspokojení potřeb v raných vývojových stádiích a následné opakované užívání drogy jako emoční obranu, kterou se organismus snaží obnovit nebo udržet rovnováhu. **Behavioristé a neobehavioristé** nahlíží na závislost jako na výsledek procesu učení, a tedy jako na naučené chování. Tento návyk se vyvíjí a fixuje jako reakce na přílišný tlak a stresové prostředí, vztahuje se k celému vývoji jedince a je závislý na celkové osobnostní skladbě člověka. **Humanistická psychologie**, kam bychom mohli zařadit i logoterapii a existenciální analýzu V. E. Frankla, pohlíží na závislost jako na důsledek ztráty životního smyslu a stavu existenciální frustrace (Kudrle, 2003). O tomto jevu jsem se již zmínila v rámci první kapitoly.

### 3.3.3 Sociologické teorie

Druhou oblastí jsou **sociologické teorie**. Jejich zájem se přesouvá od jedince ke společnosti jako celku a zároveň považuje sociální prostředí a vztahy za hlavní příčiny vzniku závislosti. **Klasické studie** uvádějí stále rostoucí nároky a požadavky na člověka jako hlavní příčinu. Jedinec, který společenský tlak na výkon neunes, využívá drogu jako prostředek úniku od reality. **Teorie distribuce spotřeby** se zabývá vztahem mezi celkovou spotřebou alkoholu v populaci a procentem závislosti na alkoholu. Podle této teorie platí, že čím je vyšší spotřeba alkoholu v populaci, tím vyšší bude prevalence chorobného alkoholismu (Řehan, 2007). Třetí je **teorie anomie** Emila Durkheima, která opět považuje konzumaci drog za snahu o útěk ze společnosti, která trpí rozpadem společenských norem 1 důsledku revolucí, válek a dalších sociálních změn (Mühlpachr, 2001). Velkým tématem v rámci sociologických teorií je rozpad rodin. Kudrle (2003) uvádí, že mladiství hledají identifikační vzory mimo svou rodinu, touží hlavně po pocitu sounáležitosti, přijetí. Další specifický faktor pak podle něj představuje dospívání v blízkosti závislé osoby/rodiče. V tomto případě je dítě konfrontováno s užíváním drog jako s normou. S tím souvisí poslední **teorie modelu systémové dynamiky**, která zdůrazňuje přejímání společenských postojů k užívání návykových látek jedincem.

### 3.4 Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti

Tento model ke klasickému bio-psycho-sociálnímu pojetí přidává spirituální stránku, o jejíž výzkum roste v poslední době zájem. Mluvíme zde především o tématech životního smyslu, duchovního a hodnotového systému a existenciálního rozměru (Kalina, 2003). Jak již bylo řečeno, vznik a rozvoj závislosti nelze přičítat pouze jedné příčině. Jedná se o souhru mnoha faktorů. Kudrle (2003, s. 91) říká: „*Zatím nebylo potvrzeno nic, co by jednoznačně prokazovalo predispozice pro vznik závislosti. Neznáme predisponovanou alkoholickou osobnost. Nejčastěji jde o kombinaci řady faktorů.*“

V dnešní době nahlížíme na člověka jako na bytost bio-psycho-socio-spirituální, a proto bychom všechny tyto roviny měli brát v úvahu při zkoumání nejen závislosti na drogách, ale i jiných patologických stavů. Tento předpoklad je dle Kudrleho (2003) důležitý pro oblast prevence, a to jak primární (odrazení člověka od užití drogy), sekundární (aktivní léčba), tak terciární (prevence škod, sociální služba). Chceme-li člověku pomoci ke kompletnímu uzdravení, náprava musí probíhat ve všech čtyřech dimenzích lidského bytí.

## II Výzkumná část

### 4 Cíle výzkumu

Jak je z názvu práce patrné, zajímám se o tematiku smyslu života a hodnotovou orientaci u lidí s diagnózou závislosti na drogách. V předchozí části jsem stanovila základní teoretické pilíře, o které se práce opírá. Především pak poznatky Viktora Emanuela Frankla a jeho následovníků, teorie logoterapie a existenciální analýzy a možnosti aplikace prvků logoterapie v psychoterapii. Dále pak hlavní body problematiky drogové závislosti, některé z možných příčin jejího vzniku, rozvoje a bio-psycho-socio-spirituální model závislosti. Výzkumná část se zabývá fenoménem prožívání smysluplnosti života u drogově závislých, preference životních hodnot, jejich naplňování a hodnotové orientace.

#### 4.1 Výzkumný problém

V oblasti vnímání smyslu života a kontextu adiktologie je možné uvést několik výzkumů. Nejprve uvedu zahraniční výzkumy a dále se zaměřím na výzkumy prováděné v rámci České republiky.

**Meaning levels and drug-abuse therapy: An empirical study** (Noblejas de la Flor, 1997)

Tato studie byla provedena v roce 1997 ve Španělsku. Výzkumný vzorek zahrnoval 125 respondentů, kteří se účastnili Logoterapeutického rehabilitačního programu závislosti na drogách. Respondentům byly administrovány dva dotazníky – Logo-test a Purpose in Life test. Výsledky potvrdily, že drogová závislost je spojena s existenciální frustrací a že eliminace závislosti souvisí s výrazným zlepšením v oblasti smyslu života.

**Spirituality, Meaning in Life, and Depressive Symptomatology in Individuals with Alcohol Dependence** (Kleftaras & Katsogianni, 2012)

Cílem studie bylo zjistit vztah mezi smyslem života, spiritualitou a jejími dimenzemi, závislostí na alkoholu a symptomy deprese. Během 16 měsíců proběhlo šetření u 200 pacientů léčících se ze závislosti na alkoholu. Použity byly dva dotazníky zaměřené na zjišťování smyslu života, sebepřesahu a existenciální frustrace – ASPIRES (Assessment of Spirituality and Religious Sentiments) a LAP-R (Life Attitude Profile-Revised). Dále

dotazník na zachycení depresivních symptomů QD2 (Questionnaire of Self-Evaluated Depressive Symptomatology) a dotazník AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) pro zjišťování míry závislosti. Byla prokázána pozitivní korelace mezi depresivními symptomy, nadužíváním alkoholu a nižším prožíváním smysluplnosti ve všech dimenzích spirituality.

### **Spirituality, Meaning in Life, and Depressive Symptomatology in Drug Addiction** (Katsogianni & Kleftras, 2015)

Na základě výsledků studie z roku 2012 provedli autoři nové šetření v roce 2015 na vzorku 300 pacientů léčících se ze závislosti na drogách. Autoři využili stejné metody a výsledky byly také velmi podobné. Byla zjištěna pozitivní korelace depresivních symptomů se všemi škálami dotazníku ASPIRES i dotazníku LAP-R, kromě škály existenciálního vakuua. V návaznosti na výsledky této i předchozí studie autoři doporučují zahrnout do terapeutického procesu léčby závislosti na drogách práci se smyslem života a celkovou smysluplností existence pacientů.

### **Effect of group logotherapy in reducing depression and increasing hope in drug addicts** (Khaledian, Yarahmadi & Mahmoudfakhe, 2016).

Autoři této experimentální studie se zaměřili na efekt logoterapie u drogově závislých ve vztahu ke snížení depresivity a posílení naděje. Celkem 70 pacientům byly zadány dotazníky Beck's depression inventory a Snyder's adult hope scale, na základě kterých vybrali 20 pacientů s nejvyšším skórem depresivity a nejnižším skórem naděje. Následně byli náhodně rozděleni do dvou stejně velkých skupin – experimentální a kontrolní. Experimentální skupina podstoupila deset skupinových logoterapeutických sezení, kdežto kontrolní skupina byla bez logoterapeutické intervence a poté všichni účastníci opět vyplnili stejné dotazníky. Výsledky ukázaly, že skupinová logoterapie je účinná při redukci depresivity a zvýšení naděje u pacientů závislých na drogách.

### **Smysl života v kontextu závislosti na alkoholu** (Kavenská, 2009)

Autorka provedla výzkum s cílem objasnit, do jaké míry prožívají lidé se závislostí na alkoholu pocit smysluplnosti života, zda se liší od běžné populace a jestli dochází v průběhu léčby ke změnám v jeho vnímání. Výzkumu se zúčastnilo 62 osob a byl použit Logo-test E. Lukasové. Pro porovnání s běžnou populací posloužila data sebrána od 121 studentů VŠ. Výsledky ukázaly signifikantní rozdíl v prožívání smysluplnosti u osob

závislých na alkoholu a běžné populace a také v míře tohoto prožívání na počátku a na konci léčby.

### **Smysl života a závislost na alkoholu (Slabý, 2013)**

Autor se soustředí na vztah mezi mírou konzumace alkoholu a prožíváním celkové smysluplnosti u pacientů závislých na alkoholu. Ve své studii vychází z poznatků Alfrieda Längleho, proto také ke sběru dat využil Existenciální škálu a dotazník závislosti AUDIT. Výzkumu se zúčastnilo 6 pacientů PL léčících se ze závislosti na alkoholu, se kterými byly provedeny polostrukturované rozhovory a následně jim zadány dotazníky. Na základě kvalitativní analýzy bylo zjištěno, že pacienti prožívají i naplňují velké množství hodnot, stejně tak ve svém životě vidí smysluplnost. Na druhou stranu však popisovali pocity prázdnoty, které umocňovala vysoká míra konzumace alkoholu.

### **Smysl života u závislých na alkoholu a jejich osobnostní charakteristiky (Samková & Dolejš, 2014).**

Cílem studie bylo zmapovat souvislosti mezi osobnostními faktory, smyslem života, životní spokojeností a jejich vývojem v průběhu léčby osob závislých na alkoholu. Ke sběru dat se využíval DŽS (Dotazník životní spokojenosti), NEO pětifaktorový osobnostní inventář, LOGO-test a ESK (Existenciální škála). Vzorek 21 pacientů byl rozdělen na dvě skupiny – závislí na alkoholu (ALK) a závislí na alkoholu s jinou přidruženou závislostí (ALK+). Výzkum ukázal, že osoby závislé na alkoholu se liší od běžné populace v testu NEO především ve škálách neuroticismu a extraverte, v testu DŽS ve všech škálách kromě sexu, v testu ESK ve všech škálách. Výsledky Logo-testu nepotvrdily zvýšenou přítomnost existenciální frustrace u pacientů. Porovnání skupin ALK a ALK+ neukázalo statisticky významné rozdíly.

Jak je vidět z uvedených výzkumů, smysl života a hodnotová orientace jsou pro léčbu závislostí velkým tématem. Cílem mého výzkumu je zjistit, jak a do jaké míry prožívají pacienti léčící se ze závislosti na drogách smysluplnost v jejich životě, v jakých oblastech lze pozorovat největší problémy oproti běžné populaci. Je-li závislost na drogách doprovázena výskytem existenciální frustrace. Dále se výzkum soustředí na to, jak se prožívání smysluplnosti mění při nástupu do léčby a po dvou měsících strávených v léčbě. Zda dochází ke zlepšení v oblasti vnímání smysluplnosti vlastního života. Dalším cílem je popsat, jaké hodnoty hrají v životě pacientů roli a jak se jim daří tyto hodnoty naplňovat.

## **4.2 Výzkumné otázky a hypotézy**

Vzhledem ke komplexnosti dané problematiky a relativně velkému množství získaných dat je téma rozděleno do tří základních okruhů výzkumných otázek, v rámci kterých jsou stanoveny hypotézy. Nejprve se zaměřuji na popis hodnotové orientace, preference jednotlivých hodnot a jejich naplňování. Dále se soustředím na výskyt existenciální frustrace u pacientů. Posledním okruhem je prožívání celkové smysluplnosti a jednotlivých dimenzí v kontextu závislosti na drogách.

### **Výzkumná otázka 1: Jak variuje preference hodnot a jejich naplnění v rámci dvouměsíčního pobytu v léčbě?**

V rámci šetření mě zajímá, jaké životní hodnoty pacienti nejvíce preferují a v jaké míře jsou schopni je i přes svou závislost na drogách naplňovat. Další předmětem výzkumu je, zda se jejich preference a naplnění mění v závislosti na pobytu v léčbě. Pro uchopení problematiky jsou stanoveny tři hypotézy.

**H1: Preference hodnot při nástupu do léčby se liší od preference hodnot po dvou měsících léčby.**

**H2: Skór naplnění hodnot je odlišný po dvou měsících léčby oproti nástupu do léčby.**

**H3: Existuje vztah mezi preferencí hodnoty a skórem jejího naplnění.**

### **Výzkumná otázka 2: Jaké jsou rozdíly ve výskytu existenciální frustrace ve vztahu k pobytu v léčbě a počtu absolvovaných léčebných pobytů?**

Vycházíme-li z Franklovy teorie (Frankl, 1997), jednou z příčin rozvoje závislosti na drogách je existenciální frustrace. Tímto předpokladem se zabývali například výzkumy Kavenské (2009) či Slabého (2013). Výsledky obou výzkumů výskyt existenciální frustrace potvrdily. Proto předpokládám, že při nástupu do léčby bude u pacientů přítomna existenciální frustrace a že po dvou měsících léčby se zlepší vnímání prožívané smysluplnosti, s čímž bude souviset pokles výskytu existenciální frustrace. Dále mne zajímá, zda souvisí počet již absolvovaných léčebných pobytů s mírou prožívané smysluplnosti a výskytem existenciální frustrace.

**H4: Pacienti podstupující léčbu závislosti vykazují nižší míru prožívané smysluplnosti při nástupu do léčby než po dvou měsících léčby.**



**H5: Celkové dosažené skóre Logo-testu se liší v závislosti na počtu absolvovaných léčebných pobytů.**

**Výzkumná otázka 3: Jak se mění míra prožívání smysluplnosti existence v závislosti na pobytu v léčbě a počtu absolvovaných léčebných pobytů?**

Předpokládám, že pobyt v léčebně pozitivně působí na vnímání celkové smysluplnosti pacientů i jednotlivých dimenzí. Cílem je zmapovat rozdíly mezi pacienty a běžnou populací v rámci prožívání smysluplnosti. Dále se zaměřuji na rozdíly vnímané celkové smysluplnosti v závislosti na počtu absolvovaných léčebných pobytů.

**H6: Pacienti podstupující léčbu závislosti dosahují nižších hodnot v celkovém skóre ESK při nástupu do léčby než po dvou měsících léčby.**

**H7: Celkové dosažené skóre ESK se liší v závislosti na počtu absolvovaných léčebných pobytů.**

**H8: Pacienti podstupující léčbu závislosti se na začátku léčby statisticky významně liší ve všech škálách ESK od běžné populace.**

**H9: Pacienti podstupující léčbu závislosti se po dvou měsících léčby statisticky významně liší ve všech škálách ESK od běžné populace.**

## **5 Metodologický rámec**

Vzhledem k povaze zkoumané problematiky pro svou práci volím kvantitativní design výzkumu. Především se soustředím na komparaci výsledků dotazníků získaných od respondentů v rámci zahájení léčby v PL Červený Dvůr a po dvou měsících léčby. Dále se věnuji vztahu mezi počtem absolvovaných léčebných pobytů respondentů, jejich schopností naplňovat smysl života a výskytem existenciální frustrace.

### **5.1 Průběh sběru dat**

Sběr dat pro můj výzkum probíhal od listopadu 2016 do března 2017 ve spolupráci s Psychiatrickou léčebnou Červený Dvůr. Tato instituce se specializuje na léčbu závislostí na návykových látkách i patologickém hráčství. Vzhledem k časové náročnosti a designu výzkumu by bylo velmi komplikované dojíždění a následný sběr dat, proto pan primář pověřil jednu ze staničních sester, která dotazníky rozdávala přímo pacientům. Jednalo se o **záměrný výběr přes instituci.**

Výzkum probíhal ve dvou částech. Každý respondent vyplňoval stejnou testovou baterii dvakrát. **Poprvé přímo při nástupu do léčebny** na oddělení 3D, hned během prvních tří dnů. Tímto jsem se snažila o zachycení počátečního stavu bez ovlivnění terapií a pobytem v komunitě. **Druhé měření pak proběhlo po dvou měsících**, přičemž pacient již byl zařazen na jednom z oddělení a přešel do tzv. druhé fáze léčby. Dotazníky jsem následně párovala na základě přiděleného čísla.

Součástí testové baterie byl i **informovaný souhlas**, ve kterém se respondenti seznámili s účelem výzkumu, důvěrností poskytnutých informací a možnostmi ukončení testování. Dále pak každý respondent vyplnil základní údaje – **pohlaví, věk, rodinný stav, nejvyšší dosažené vzdělání, typ závislosti** (výběr ze dvou možností: alkohol X drogy), **počet absolvovaných léčeb.** Na vyplnění testové baterie nebyl zadán časový limit.

Jedinou podmínkou účasti ve výzkumu byla diagnóza syndromu závislosti na alkoholu nebo jiné návykové látce. Vzhledem ke specializaci PL Červený Dvůr mohli být do výzkumu zařazeni všichni pacienti, s výjimkou těch s diagnózou patologického hráčství. Účast byla dobrovolným rozhodnutím pacientů.

## 5.2 Výzkumný vzorek

Celkem se prvního měření zúčastnilo 40 osob podstupujících léčbu závislosti v PL Červený Dvůr. Z toho pět pacientů opustilo léčbu dříve než po dvou měsících, a proto jsem je z výzkumu vyřadila. Další dva respondenti byli vyřazeni z důvodu neúplného vyplnění testové baterie. Výsledný počet je **33 respondentů, z toho 8 žen a 25 mužů**. Průměrný věk je 40,8 let. Detailní charakteristiku uvádím v tabulce 2.

**Tabulka 2** Charakteristika výzkumného vzorku

	n	Průměrný věk	Medián	SD
<b>Muži</b>	25	39,84	39	9,78
<b>Ženy</b>	8	43,88	40	14,78
<b>CELKEM</b>	33	40,82	39	11,33

V tabulce 3 je uvedeno rozdělení vzorku dle typu závislosti. Tuto položku pacienti vyplňovali v rámci základních údajů formou výběru ze dvou možností (alkohol, drogy),

popřípadě výběrem obou, jednalo-li se o kombinovanou závislost. Pojem droga zde definuji jako jinou látkovou závislost než alkoholovou.

**Tabulka 3 Charakteristika výzkumného vzorku dle typu závislosti**

	Alkohol	Drogy	Alkohol + drogy
<b>Muži</b>	9	10	6
<b>Ženy</b>	6	2	0
<b>CELKEM</b>	15	12	6

Výzkumný vzorek je dále rozdělen na základě uvedeného počtu absolvovaných léčebných pobytů do tří skupin (viz tabulka 4). První skupina zahrnuje pacienty absolvující léčbu poprvé. Do druhé skupiny jsou zařazeni pacienti, kteří se účastní léčebného pobytu podruhé, potřetí nebo počtvrté. Do poslední skupiny pak patří ti, kteří již absolvovali pět a více léčebných pobytů. Toto rozdělení je použito v rámci testování hypotéz 5 a 7, kde zjišťuji rozdíly v prožívání smysluplnosti života právě na základě počtu absolvovaných léčebných pobytů.

**Tabulka 4 Charakteristika výzkumného vzorku dle počtu absolvovaných léčebných pobytů**

	Prvoléčba	Druhý až čtvrtý léčebný pobyt	Pět a více léčebných pobytů
<b>Muži</b>	8	10	7
<b>Ženy</b>	5	2	1
<b>CELKEM</b>	13	12	8

V rámci základních údajů respondenti uváděli aktuální rodinný stav. Tyto údaje jsou vyznačeny v tabulce 5.

**Tabulka 5 Charakteristika výzkumného vzorku dle rodinného stavu**

	Svobodný/á	Ženatý/vdaná	Rozvedený/á	Vdovec/vdova
<b>Muži</b>	17	3	5	0
<b>Ženy</b>	1	4	2	1
<b>CELKEM</b>	18	7	7	1

Poslední rozdělení opět vychází ze základních údajů. Pacienti vyplňovali nejvyšší dosažené vzdělání, a to výběrem ze čtyř možností – ZŠ, SOU, SŠ, VŠ. Tyto údaje jsou uvedeny v tabulce 6.

**Tabulka 6 Charakteristika výzkumného vzorku dle nejvyššího dosaženého vzdělání**

	Základní škola	Střední odborné učiliště	Střední škola	Vysoká škola
<b>Muži</b>	5	9	11	0
<b>Ženy</b>	1	0	5	2
<b>CELKEM</b>	6	9	16	2

### 5.3 Etické aspekty

Jak jsem již uvedla, výzkum probíhal se souhlasem vedení PL Červený Dvůr. Pro dodržení etického kodexu každý účastník výzkumu obdržel informovaný souhlas, v rámci kterého byl seznámen s účelem výzkumu:

Výzkum je zaměřen na zmapování, jak a do jaké míry lidé s diagnózou závislosti na drogách prožívají smysl života a jaké hodnoty hrají v jejich životě roli. Vstupem do této studie účastník absolvuje psychologické testy, a to při zahájení léčby v PL Červený Dvůr a po dvou měsících léčby. Výsledky budou využity k vypracování bakalářské práce zpracovávané Lucií Režnou v rámci studia Psychologie na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích.

Dalšími uvedenými informacemi bylo zachování důvěrnosti, možnost ukončení výzkumu jak ze strany respondenta, tak ze strany výzkumníka a výhody či nevýhody studie. Kompletní informovaný souhlas je součástí přílohy 1.

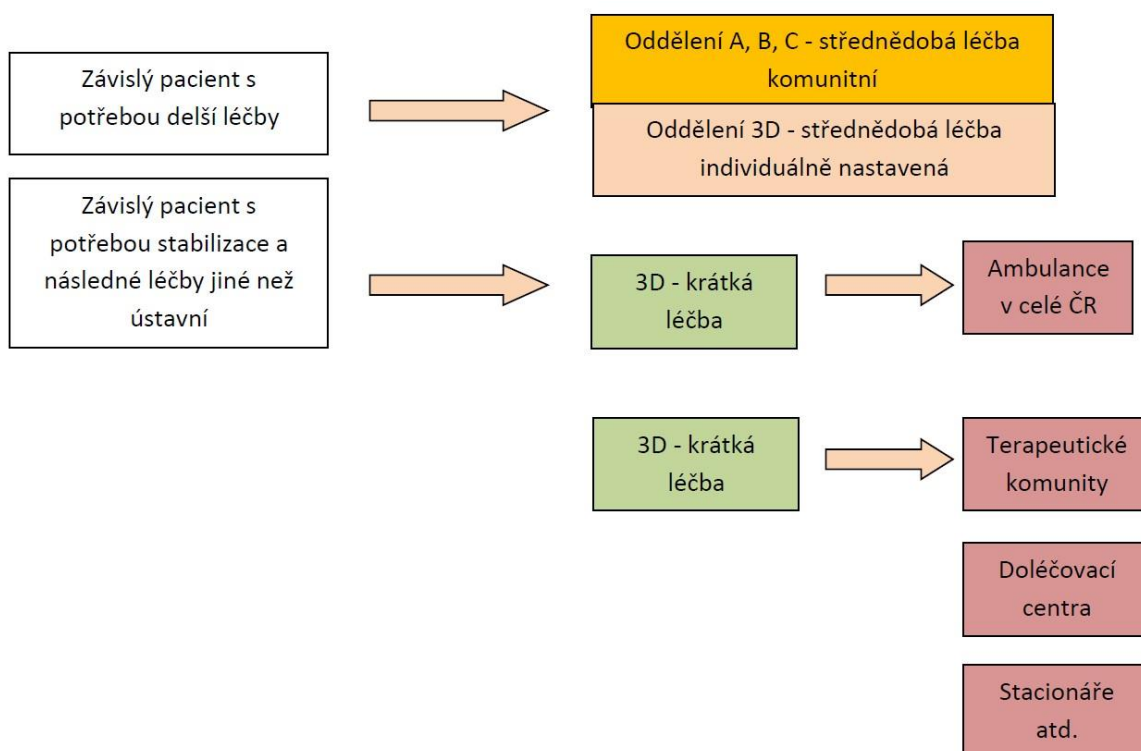
Pro zachování anonymity bylo následně každému účastníkovi přiděleno identifikační číslo (1–40), na základě kterého jsem provedla párování testů vyplněných při nástupu do léčby s testy vyplněnými po dvou měsících.

### 5.4 Psychiatrická léčebna Červený Dvůr

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr je zařízení specializované na střednědobou ústavní léčbu závislostí na návykových látkách a patologického hráčství. Byla založena v roce 1966. V současnosti je kapacita léčebny 103 lůžek, ročně absolvuje terapeutický program v léčebně 550 až 750 pacientů. PL Červený Dvůr je přímo zřizovanou organizací

Ministerstva zdravotnictví ČR. V současné době má PL čtyři oddělení – 3D oddělení a tři oddělení psychoterapeuticko-režimová (dvě mužská, jedno ženské).

Po příjmu je pacient zařazen na oddělení 3D, které funguje od dubna 2016. Toto oddělení je novinkou v léčbě závislostí, neboť poskytuje šanci pro pacienty, kteří nemají možnost strávit v léčebně několik měsíců. Na rozdíl od klasické léčby, která trvá 3–6 měsíců, může poskytnout pomoc více přizpůsobenou individuálním potřebám pacientů (Rozšířené možnosti léčby, 2017). Současné možnosti léčby ukazuje obrázek 3.



**Obrázek 3** Schéma léčebného procesu PL Červený Dvůr (převzato z <http://cervenydvur.cz/>)

Pokud to možnosti pacienta a léčebny dovolí, ideálním pokračováním z oddělení 3D je zařazení do jedné z komunit na odděleních A, B nebo C. V případě individuálních potřeb pacienta lze pokračovat na oddělení 3D, v doléčovacím centru, ambulanci v místě bydliště, stacionáři, terapeutické komunitě atd. Důležité je, že zodpovědnost se přenáší na pacienta a on sám musí zvážit všechny možnosti, na základě kterých se rozhodne o dalším postupu.

Při zařazení do komunity si pacient musí zvyknout na pravidla a režim, které je nutné dodržovat. Absolvuje terapeutická sezení, jak individuální, tak skupinová, účastní se pracovních terapií, arteterapií a dalších aktivit. Asi po 8 týdnech má pacient nárok zažádat

o přechod do tzv. druhé fáze, což je jakýsi rituál, kdy pacient předstoupí před komunitu a terapeutický tým, zhodnotí své dosavadní působení v léčebně a další postup. Následně musí jeho přestup schválit jak terapeutický tým, tak ostatní příslušníci komunity.

## **6 Popis použitých metod**

Pro výzkum jsem zvolila testovou baterii složenou ze tří dotazníkových metod. Dva dotazníky se zabývají problematikou smyslu života, jeho naplnění a rizika existenciální frustrace. Oba vycházejí z Franklova pojetí logoterapie a existenciální analýzy a jsou řazeny mezi tzv. logodiagnostické metody. Třetí metoda zjišťuje preferenci hodnot v životě respondenta, hodnotovou orientaci a celkové naplnění těchto hodnot.

### **6.1 Logo-test**

Tento diagnostický nástroj vytvořila žačka V. E. Frankla Elisabeth Lukasová. Při jeho konstrukci vycházela z logoterapeutických principů. Na základě poznatků logoterapie a existenciální analýzy Lukasová předpokládala, že s klesající orientací člověka ke smyslu se zhoršuje jeho schopnost psychohygieny a stoupá u něj frustrace (Frankl & Lukas, 1997). Na základě výzkumů, které byly v souvislosti s konstrukcí Logo-testu provedeny, se ukázalo, že orientace ke smyslu závisí na věku, proto musíme pro vyhodnocení tohoto dotazníku znát i věk respondenta. Test má za cíl poukázat na potíže v noogenní oblasti člověka a určit tak, kdy je vhodné zapojit logoterapeutickou intervenci. Do češtiny ho převedl Karel Balcar v roce 1992. Jedná se o sebeposuzovací dotazník.

Logo-test je rozdělen do tří částí. První část se soustředí na subjektivní výpověď o přítomnosti a naplnění životních hodnot. Je zde uvedeno devět výroků, na které respondent odpovídá ANO či NE, popřípadě může odpověď vynechat, není-li si odpovědi jistý. Druhá část se věnuje známkám přítomnosti existenciální frustrace. Respondent volí takovou odpověď, která nejvíce vystihuje, jak často prožívá určité situace. Celkem je uvedeno sedm situací a tři možnosti volby – VELMI ČASTO, OBČAS a NIKDY. Ve třetí části má respondent nejprve ze tří popisovaných příběhů zvolit, který z uvedených aktérů je nejšťastnější a který naopak nejvíce trpí. Poté má do vyznačeného prostoru několika větami shrnout vlastní příběh, porovnat své dosavadní cíle a snažení a uvést, jak svůj život doposud hodnotí.

### 6.1.1 Vyhodnocení Logo-testu

Logo-test lze vyhodnocovat jak kvalitativně, na základě rozboru třetí části a porovnání s celkovým skóre, tak kvantitativně. Pro naše účely jsme využili pouze kvantitativní způsob vyhodnocení. Na základě součtu dílčích bodů v jednotlivých částech dostaneme celkové skóre, které porovnáme s věkem respondenta (viz tabulka 7) a dostaneme tak výsledné pásmo kvartilových (decilových) norem Q1–Q4 (D9, D10).

Tabulka 7 Vyhodnocení Logo-testu

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

- **Q1** – dobré existenciální zakotvení a vysoká úroveň naplnění smyslu, bez ohrožení existenciální frustrací
- **Q2 + Q3** – průměrné existenciální zakotvení a dobré naplnění smyslu, s nízkým rizikem ohrožení existenciální frustrací
- **Q4 – (D9 + D10)** – okrajové pásmo existenciální frustrace, nízké naplnění smyslu, vyžaduje logoterapeutickou pomoc
- **D9** – osoba trpí existenciální frustrací, což může ovlivnit její zdravotní stav, a vyžaduje logoterapeutický zásah
- **D10** – osoba trpí existenciální frustrací, je ohrožena životní krizí, ztrátou smyslu a je zde riziko sebevražedného jednání, logoterapeutická pomoc je nutná a neodkladná

## 6.2 Existenciální škála

Existenciální škálu (ESK) vytvořil další z významných Franklových žáků Alfred Längle ve spolupráci s C. Orglerovou a M. Kundim. Vychází opět z Franklovy teorie

logoterapie a existenciální analýzy. Jedná se o sebeposuzovací dotazník, který dle slov Längleho měří „*způsobilost člověka pro existenci*“. Test obsahuje 46 položek, přičemž každou z nich posuzuje respondent na šestibodové škále na základě toho, jestli a do jaké míry u něj daný výrok platí nebo neplatí. ESK do češtiny přeložil a následně i standardizoval Karel Balcar a v roce 2001 ji vydalo Testcentrum (Křivohlavý, 2006).

### 6.2.1 Vyhodnocení ESK

Vyhodnocení lze provést za použití šablony nebo hodnoticího listu, na základě kterých určíme hrubé skóry ve všech rovinách prožívání smysluplnosti. Jednotlivé položky se vztahují ke čtyřem základním rovinám – **sebeodstup**, **sebepřesah**, **svoboda** a **odpovědnost**. Z těchto čtyř rovin následně odvozujeme dva složené faktory – **personalitu** a **existencialitu**. Z výsledného hrubého skóru pak získáme **celkovou smysluplnost** (Längle, Orgler, & Kundi, 2001). Skladba stupnic je znázorněna v tabulce 8.

Tabulka 8 Skladba stupnic ESK

<b>Sebeodstup (SO)</b>	<b>Personalita (P)</b> <b>P = SO + SP</b>	<b>Celková smysluplnost (CS)</b> <b>CS = P + E</b>
<b>Sebepřesah (SP)</b>		
<b>Svoboda (S)</b>	<b>Existencialita (E)</b> <b>E = S + O</b>	
<b>Odpovědnost (O)</b>		

- **Sebeodstup** – schopnost přistupovat k sobě i světu nezaújatě, s odstupem vůči vlastním představám, citům a přáním
- **Sebepřesah** – schopnost překročit hranice zaměření na sebe a vstoupit do vztahu citové angažovanosti k něčemu/někomu
- **Svoboda** – schopnost rozhodovat se v přítomnosti dle sebe samého po uvážení hodnoty situace
- **Odpovědnost** – schopnost stát si za svým rozhodnutím a přijímat následky
- **Personalita** – otevřenost vůči sobě samému
- **Existencialita** – otevřenost vůči světu



- **Celková smysluplnost** – osobní smysluplná existence

Získané výsledky můžeme porovnat s normami uvedenými v manuálu převedením na percentilové či decilové hodnoty. Čím vyšší je respondentovo skóre, tím více v dané oblasti dosahuje naplnění.

### 6.3 Řazení hodnot a hodnotová orientace

Tento dotazník vytvořil Karel Balcar jako doplněk k Logo-testu E. Lukasové, ze kterého zároveň vychází. I proto uvádí Lukasovou jako spoluautorku. Dotazník jsem ve svém výzkumu mohla použít díky svolení docenta Balcara po absolvování kurzu Základy logoterapie a logodiagnostiky (K. Balcar, ústní sdělení, 2016).

Při konstrukci testu využil Balcar první část Logo-testu, kdy z devíti uvedených výroků formuloval **devět hodnot** (viz tabulka 9). Tyto hodnoty má následně respondent **seřadit od 1 do 9** tak, jak jsou pro něj v životě důležité (1 – nejdůležitější, 9 – nejméně důležité). Následně ke každé hodnotě uvádí, do jaké míry ji ve svém životě prožívá (0 – prožívám / mám naplněnou, 1 – zčásti prožívám, 2 – neprožívám / nemám naplněnou), což nám určí **skór naplnění**. Jelikož Balcar uznává, že uvedených devět hodnot nemusí být pro člověka dostačujících, má respondent možnost až tři další hodnoty podle svého uvážení doplnit, určit jejich preferenci a míru naplnění. Poslední položkou je pak zhodnocení smysluplnosti vlastního života na stupnici 0 až 4 (0 – ve svém životě vidím jasný smysl, 4 – myslím, že můj život žádný smysl nemá).

**Tabulka 9 Preference hodnot a skór naplnění**

Pořadí	Hodnota	Mám	Zčásti	Nemám
	Žít v pohodě a s dobrým hmotným zajištěním.	0	1	2
	Moci si volit a uskutečňovat své osobní cíle.	0	1	2
	Žít v dobré rodině a manželství.	0	1	2
	Mít dobré uplatnění ve svém povolání.	0	1	2
	Mít dobré blízké vztahy s dalšími lidmi.	0	1	2
	Prožívat potěšení a zdar v nějaké zájmové činnosti.	0	1	2
	Prožívat krásné zážitky z přírody, umění, poznávání.	0	1	2
	Sloužit tomu, co vyplývá z vlastního přesvědčení.	0	1	2
	Statečně vzdorovat strádání či utrpení.	0	1	2

### **6.3.1 Vyhodnocení dotazníku Řazení hodnot a hodnotová orientace**

Dle zvolené preference přiřadíme každé hodnotě váhu, která se rovná obrácenému pořadí hodnoty. Tuto váhu následně vynásobíme skórem naplnění a dostaneme tak výslednou míru naplnění jednotlivých položek.

## **7 Výsledky výzkumu**

Výsledky výzkumu byly stanoveny na základě vyhodnocení použité testové baterie – Logo-test, Existenciální škála, Řazení hodnot a hodnotová orientace. K vyhodnocení jsem použila programy Microsoft Excel a Statistica 12. Na základě získaných výsledků posuzuji přijetí nebo zamítnutí všech stanovených hypotéz.

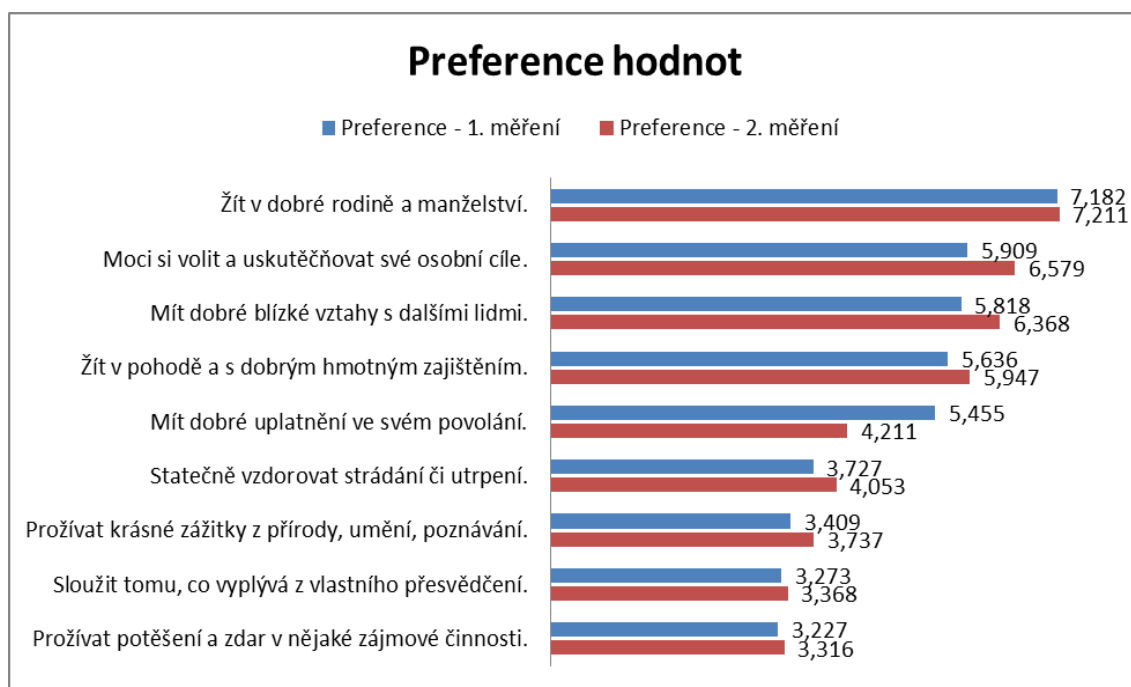
### **7.1 Výzkumná otázka 1: Jak variuje preference hodnot a jejich naplnění v rámci dvouměsíčního pobytu v léčbě?**

V tabulce 10 vidíme naměřené průměrné váhy preferencí a skóru naplnění jednotlivých položek z dotazníku Řazení hodnot a hodnotová orientace. První měření proběhlo při nástupu respondentů do léčby a druhé po dvou měsících strávených v léčbě. Údaj preference udává důležitost dané hodnoty v hodnotovém žebříčku respondentů, přičemž vyšší váha značí větší důležitost. V případě naplnění platí, že čím je vyšší skóre naplnění, tím méně se člověku daří v životě hodnotu uskutečňovat.

**Tabulka 10 Průměrné hodnoty preference a skóru naplnění jednotlivých hodnot při nástupu do léčby a po dvou měsících**

Hodnota	1. měření		2. měření	
	Preference ( $r_{p1}$ )	Naplnění ( $r_{n1}$ )	Preference ( $r_{p2}$ )	Naplnění ( $r_{n2}$ )
Žít v pohodě a s dobrým hmotným zajištěním.	5,636	7,857	6,579	7,947
Moci si volit a uskutečňovat své osobní cíle.	5,909	4,286	6,368	6,158
Žít v dobré rodině a manželství.	7,182	9,952	7,211	8,158
Mít dobré uplatnění ve svém povolání.	5,455	7,238	4,211	5,579
Mít dobré blízké vztahy s dalšími lidmi.	5,818	3,524	5,947	4,158
Prožívat potěšení a zdar v nějaké zájmové činnosti.	3,227	3,000	3,316	2,158
Prožívat krásné zážitky z přírody, umění, poznávání.	3,409	3,048	3,368	1,684
Sloužit tomu, co vyplývá z vlastního přesvědčení.	3,273	3,333	3,737	2,737
Statečně vzdorovat strádání či utrpení.	3,727	3,810	4,053	3,316

Ze zmíněné tabulky je patrné, že při nástupu do léčby pacienti nejvíce preferují hodnotu *Žít v dobré rodině a manželství* ( $r_{p1}=7,182$ ). Naopak nejmenší důležitost je přiřazována hodnotě *Prožívat potěšení a zdar v nějaké zájmové činnosti* ( $r_{p1}=3,409$ ). Po dvou měsících zůstává nejvíce preferovaná hodnota nezměněná *Žít v pohodě a s dobrým hmotným zajištěním* ( $r_{p2}=6,579$ ), stejně tomu je i v případě nejméně preferované hodnoty *Prožívat potěšení a zdar v nějaké zájmové činnosti* ( $r_{p2}=3,368$ ). Přehledně nám celkovou preferenci hodnot v prvním i druhém měření zobrazuje graf 1.



**Graf 1 Průměrné preference hodnot v prvním a druhém měření**

**H1: Preference hodnot při nástupu do léčby se liší od preference hodnot po dvou měsících léčby.**

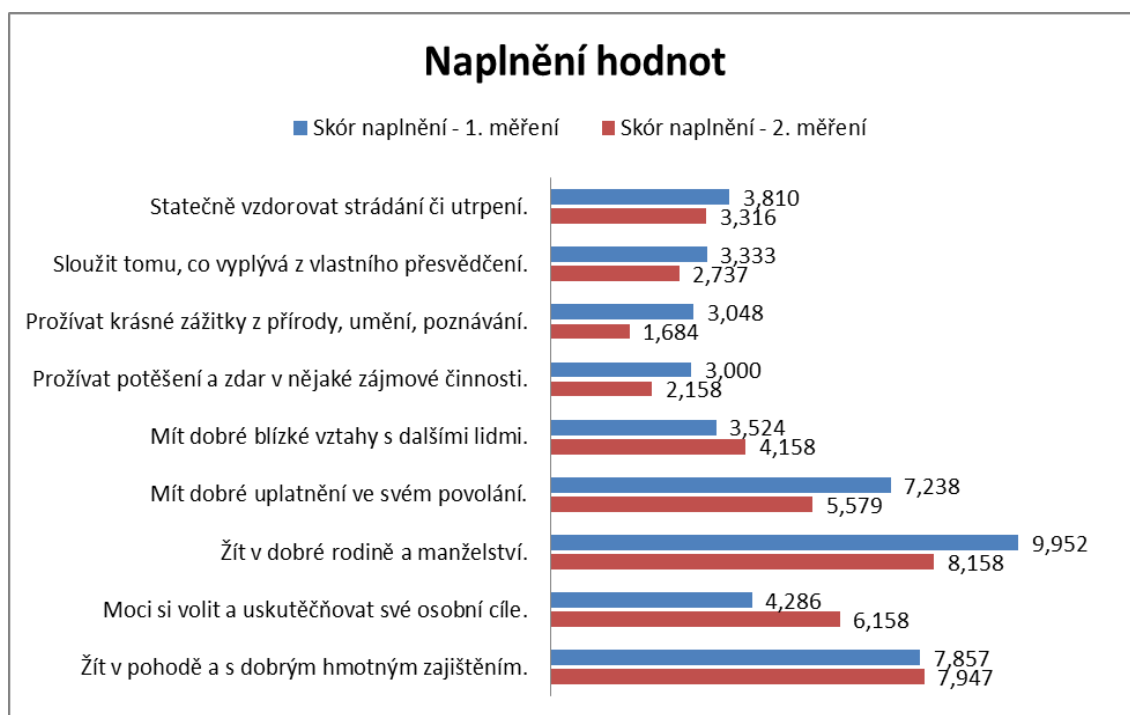
Preferenci hodnoty rozumíme důležitost dané hodnoty v životě respondentů. V rámci dotazníku respondenti seřazovali devět hodnot podle toho, jak významnou roli hrají v jejich životě. Na základě dílčích výsledků jsem stanovila průměrnou váhu jednotlivých hodnot z prvního měření ( $r_{p1}$ ) a z druhého měření ( $r_{p2}$ ). Získané váhy hodnot jsou uvedeny v tabulce 9 a jejich porovnání je zobrazeno v grafu 1.

Pro testování hypotézy je využit Wilcoxonův test, který dovoluje srovnat výsledky dvou měření u jednoho výběrového souboru. Výsledné  $Z=1,362$  na hladině významnosti  $\alpha=0,05$  ( $p=0,173$ ) ukazuje, že rozdíl mezi preferencemi při nástupu do léčby a po dvou měsících léčby není signifikantně významný. Na základě tohoto zjištění **hypotézu zamítám**. Z výsledku lze usuzovat, že hodnotová orientace pacientů je stálá a pobyt v léčbě na ni nemá vliv.

**H2: Skór naplnění hodnot je odlišný po dvou měsících oproti nástupu do léčby.**

Při posuzování naplnění jednotlivých hodnot respondenti odpovídali na třístupňové škále (mám, zčásti, nemám naplněnou hodnotu). Na základě uvedené preference a zvoleného stupně naplnění u každé hodnoty získali určitý skór naplnění (čím vyšší skór

naplnění, tím méně se pacientům daří danou hodnotu v životě naplňovat). Z těchto jednotlivých údajů je stanoven průměrný skóre naplnění pro všechny hodnoty v rámci dvou měření ( $r_{n1}$  a  $r_{n2}$ ). Tyto skóre jsou uvedeny v tabulce 9 a graficky znázorněny v grafu 2.



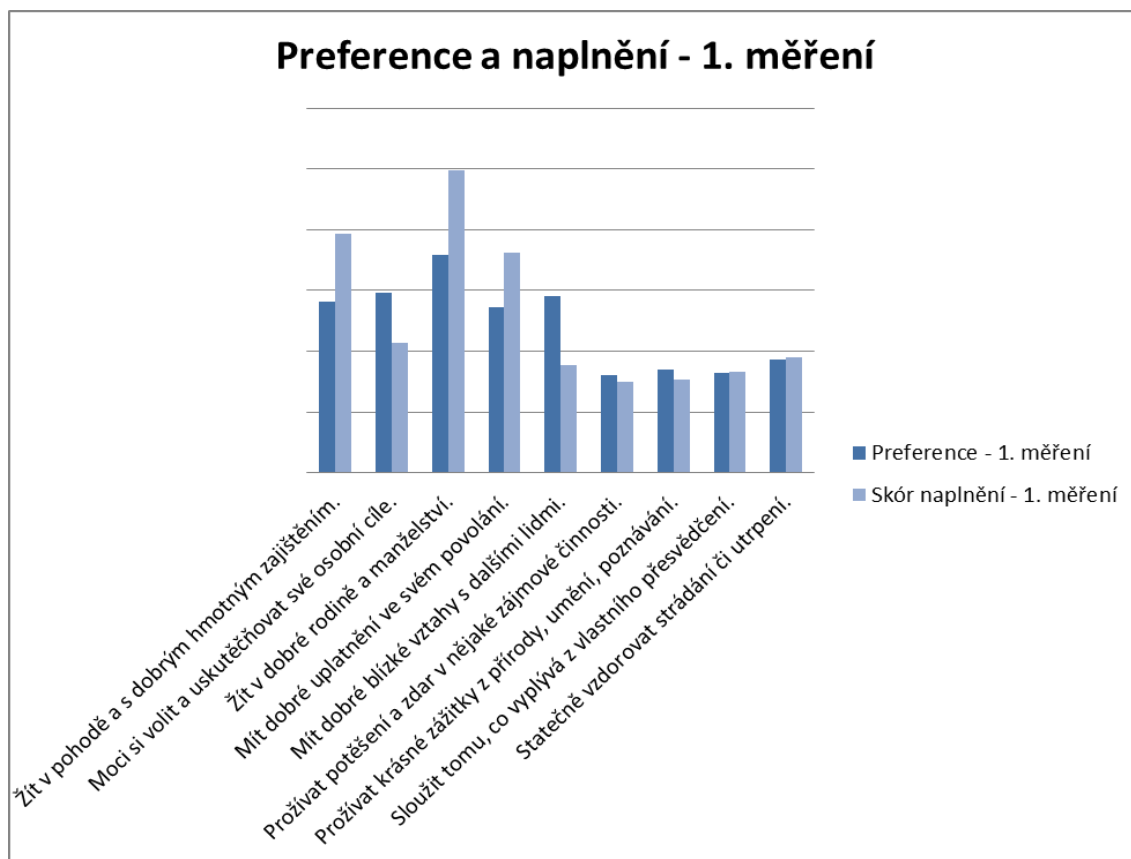
**Graf 2** Porovnání skóre naplnění hodnot z prvního a druhého měření

Pro testování druhé hypotézy je využit Wilcoxonův test, neboť opět srovnávám dvě měření provedená u jednoho výběrového souboru. Výsledné  $Z=1,006$  na hladině významnosti  $\alpha=0,05$  ( $p=0,313$ ) ukazuje, že neexistuje signifikantně významný rozdíl v naplnění hodnot při nástupu do léčby a po dvou měsících. Na základě tohoto zjištění **hypotézu zamítám.**

### **H3: Existuje vztah mezi preferencí hodnoty a skórem jejího naplnění.**

Pro testování třetí hypotézy používám Spearmanův korelační koeficient, který určuje, zda se mezi zkoumanými množinami vyskytuje vztah. Porovnali jsme průměrné naměřené váhy preference hodnot s průměrnými skóre naplnění u všech položek. Vzhledem k tomu, že testování H1 a H2 prokázalo, že neexistuje signifikantní rozdíl jak mezi preferencemi, tak mezi skóre naplnění hodnot při prvním a druhém měření, testování třetí hypotézy provádím pouze pro data z prvního měření. Tato data jsou znázorněna v tabulce 10.

Pro přehlednější zobrazení vztahu mezi preferencí hodnoty a skórem jejího naplnění slouží graf 3. Pro fenomén preference platí, že čím vyšší váhy hodnota dosahuje, tím důležitější roli pro člověka hraje v jeho hodnotovém žebříčku. Naopak čím je vyšší skór naplnění, tím méně se člověku daří danou životní hodnotu v jeho životě naplňovat.



Graf 3 Vztah mezi preferencí a naplněním hodnot při nástupu do léčby

Pro první měření platí pozitivní korelace  $r_s=0,803$  na hladině významnosti  $\alpha=0,05$  ( $p=0,009$ ). Z toho můžeme usuzovat, že důležitost hodnoty pozitivně koreluje se schopností respondenta ji naplnit. Toto zjištění značí, že pacienti mají obtíže uskutečňovat v jejich životě hodnoty, které jsou pro ně důležité. **Hypotézu** na základě tohoto výsledku **přijímám**. Lze předpokládat, že dlouhodobá neschopnost pacientů naplnit hodnoty, které jsou v jeho životě nejvýznamnější, může mít podíl na ztrátě smyslu života a rozvoji existenciální frustrace.

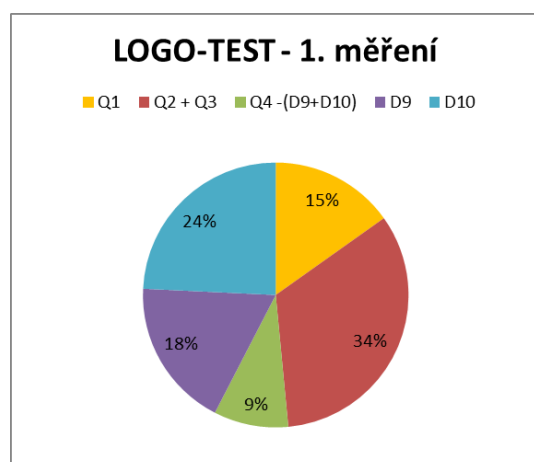
## 7.2 Výzkumná otázka 2: Jaké jsou rozdíly ve výskytu existenciální frustrace ve vztahu k pobytu v léčbě a počtu absolvovaných léčebných pobytů?

Závislost na drogách je podle Frankla následkem výskytu existenciální frustrace (Frankl, 1997). Pro ověření této teorie jsem administrovala Logo-test jakožto diagnostický nástroj k zachycení míry ohrožení tímto jevem. V tabulce 11 uvádím rozdělení respondentů do pásem Q1–Q4 po vyhodnocení hrubých skóre dosažených v dotazníku.

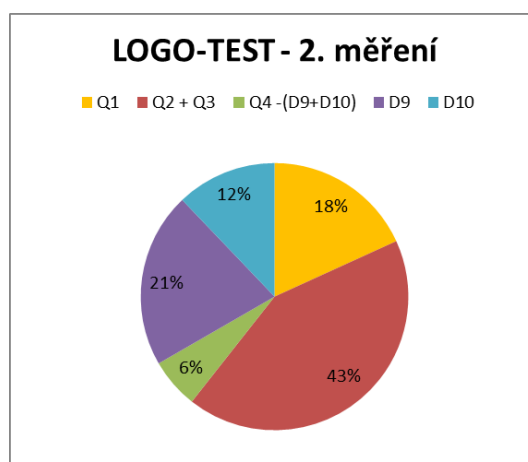
Tabulka 11 Vyhodnocení Logo-testu

Pásmo	Počet respondentů	
	1. měření	2. měření
Q1	5	6
Q2 + Q3	11	14
Q4 – (D9 + D10)	3	2
D9	6	7
D10	8	4

Z tabulky 11 je patrné, že při nástupu do léčby se existenciální frustrace vyskytovala u 17 respondentů, kteří se nacházeli v pásmech Q4 – (D9 + D10), D9 a D10, což vypovídá o nízkém naplnění smyslu. V pásmu středního naplnění smyslu Q2 + Q3 se vyskytovalo 11 respondentů a v pásmu Q1 s nejvyšším naplněním smyslu 5 respondentů. Po dvou měsících se existenciální frustrace prokázala u 13 respondentů, středního pásma dosahovalo 14 respondentů a nejvyššího naplnění 6. Rozložení v jednotlivých pásmech lze vidět na grafech 4 a 5.



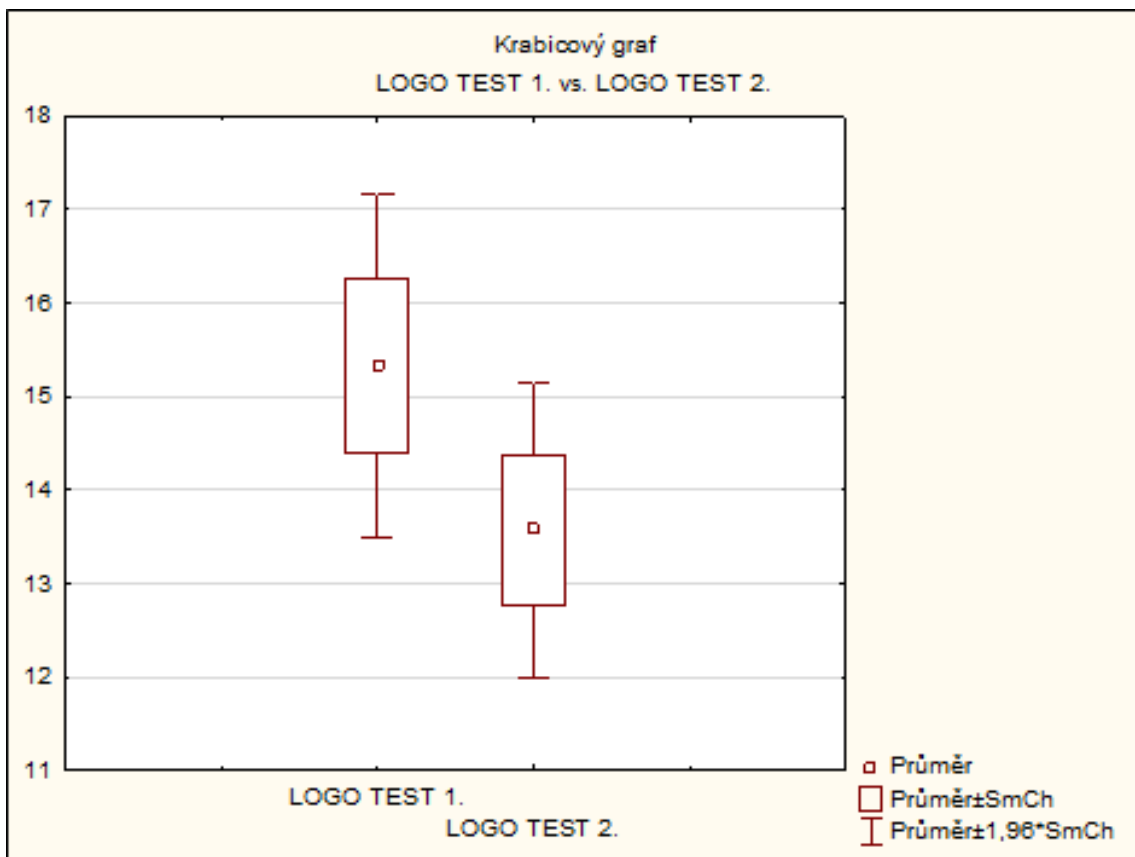
Graf 4 Vyhodnocení Logo-testu při nástupu do léčby



Graf 5 Vyhodnocení Logo-testu po dvou měsících léčby

**H4: Pacienti podstupující léčbu závislosti vykazují nižší míru prožívané smysluplnosti při nástupu do léčby než po dvou měsících léčby.**

Pro testování hypotézy používám párový t-test a v jeho rámci porovnávám hrubé skóry získané při prvním měření a hrubé skóry z druhého měření. Ukazuje se, že na hladině významnosti  $\alpha=0,05$  je výsledné  $t=2,301$  ( $p=0,028$ ), což značí, že mezi naměřenými hodnotami v prvním a druhém měření existuje signifikantní rozdíl. Tento rozdíl je patrný i v grafu 6, na kterém lze pozorovat průměrné hodnoty v obou testech. Na základě těchto výsledků **hypotézu přijímám**.



Graf 6 Krabicový graf vyhodnocení Logo-testu



V rámci t-testu jsou porovnávány hrubé skóry, jejichž změna sice může být patrná, ale nemusí zároveň signalizovat posun v rámci pásmech. Dále proto porovnávám výsledná pásma z obou měření, abych zjistila, zda došlo ke zlepšení, či zhoršení v rámci prožívání smysluplnosti a výskytu existenciální frustrace. Tento přehled naleznete v tabulce 12.

**Tabulka 12 Změny v rámci pásmech Logo-testu**

Změna v rámci pásma	Počet respondentů	Procento respondentů
<b>Bez zlepšení</b>	18	56 %
<b>Zhoršení</b>	4	13 %
<b>Zlepšení</b>	10	31 %

Jak je patrné z dílčího rozboru výsledků, zlepšení vnímání naplnění smyslu proběhlo u 31 % pacientů, zhoršení u 13 % a více než polovina, tedy 56 % zůstalo v rámci pásma beze změny. Z celkového počtu 17 respondentů, kteří se na začátku nacházeli v pásmech Q4 – (D9 + D10), D9 a D10 a byla u nich tedy průkazná existenciální frustrace, se u 8 neprokázalo žádné zlepšení, 6 respondentů vykazovalo zlepšení o 1–2 pásma, a tedy lepší naplnění smyslu po dvou měsících léčby. U 3 respondentů sice došlo ke zlepšení, ale stále se pohybovali v pásmech s přítomností existenciální frustrace. V případě zhoršení se pouze u 1 respondenta jednalo o přechod z průměrného pásma naplnění Q2 + Q3 do pásma D9. U zbylých 3 případů zhoršení došlo ke snížení z pásma Q1 do pásma Q2 + Q3.

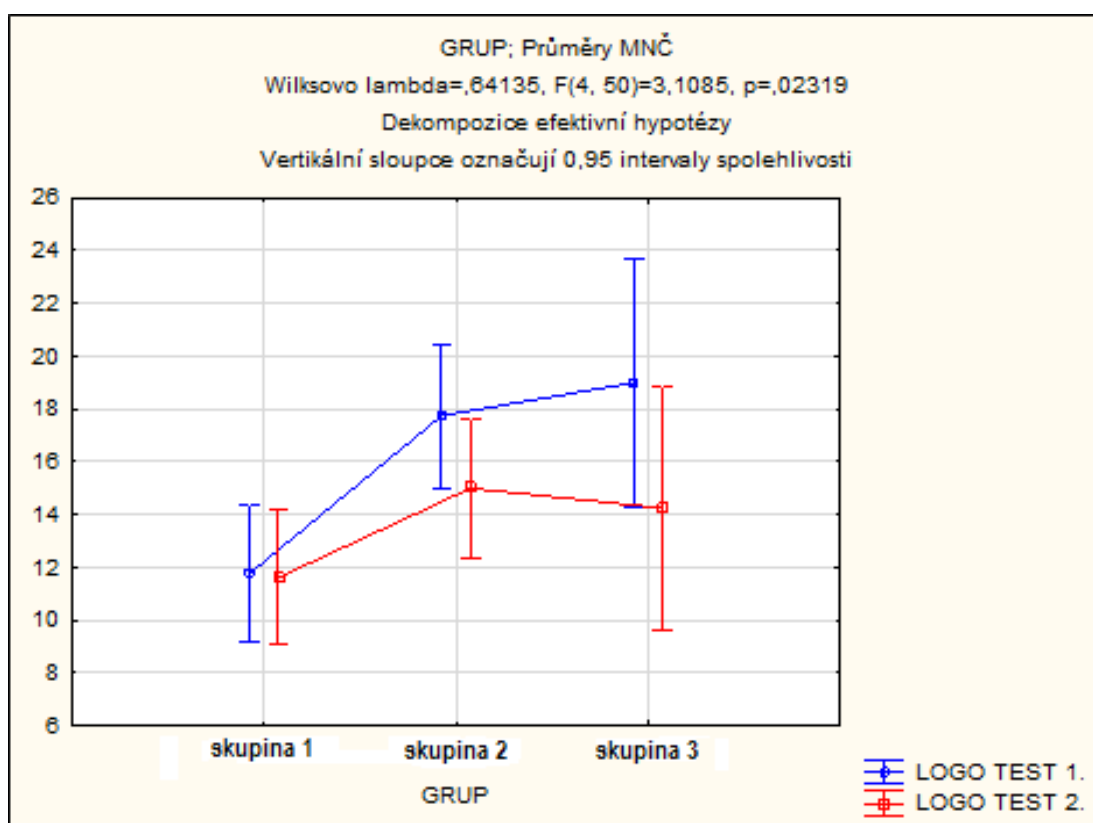
**H5: Celkové dosažené skóre Logo-testu se liší v závislosti na počtu absolvovaných léčebných pobytů.**

Jako součást základních údajů vyplňovali respondenti položku, kolikrát již absolvovali léčbu závislosti v psychiatrické léčebně. Pro naše účely jsme vzorek následně rozdělili do tří skupin (viz tabulka 13). Do skupiny 1 jsou zařazeni ti, kteří uvedli, že se jedná o jejich prvoléčbu. skupina 2 zahrnuje ty, kteří se účastnili léčby dvakrát až čtyřikrát. Ve skupině 3 jsou zařazeni respondenti, kteří absolvovali pět a více léčebných pobytů. Tyto skupiny porovnávám z hlediska dosažených hrubých skóre v Logo-testu, abych zjistila, zda mezi nimi existuje signifikantní rozdíl.

Tabulka 13 Rozdělení respondentů do skupin dle počtu absolvovaných léčeb

	Počet absolvovaných léčebných pobytů	Počet respondentů
skupina 1	1	13
skupina 2	2–4	12
skupina 3	5 a více	8

Pro testování hypotézy volím jednofaktorovou analýzu variance (ANOVA) při opakovaných měřeních s proměnnými skupina 1, skupina 2, skupina 3 a faktory Logo-test 1 a Logo-test 2 pro obě měření. Tato analýza mi dovoluje porovnat jednotlivé skupiny dle hrubých skóre Logo-testu. Výsledné  $F(4,50)=3,108$  pro  $p<0,05$  skutečně ukazuje na rozdíl mezi skupinami a prožíváním smysluplnosti, které jsou viditelné i v grafu 7. Je patrné, že pacienti, kteří přichází na léčbu poprvé, dosahují nižších hodnot hrubých skóre, tudíž je u nich méně patrná existenciální frustrace než u pacientů, kteří již léčbou prošli. Vzhledem k výsledkům testování **hypotézu přijímám.**



Graf 7 ANOVA pro výsledky obou měření Logo-testu

Pro zjištění signifikantních rozdílů mezi skupinami využívám post hoc testování Fisherovým LSD testem na hladině významnosti  $\alpha=0,05$ , jehož výsledky uvádím v tabulkách 14 a 15.

**Tabulka 14 Fisherův LSD test výsledků prvního měření Logo-testu pro proměnné skupina 1, 2 a 3**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>skupina 1</b>		0,003162	0,010620
<b>skupina 2</b>	0,003162		0,641320
<b>skupina 3</b>	0,010620	0,641320	

**Tabulka 15 Fisherův LSD test výsledků druhého měření Logo-testu pro proměnné skupina 1, 2 a 3**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>skupina 1</b>		0,069332	0,311348
<b>skupina 2</b>	0,069332		0,773298
<b>skupina 3</b>	0,311348	0,773298	

Jak ukazují naměřené hodnoty, signifikantní rozdíly můžeme pozorovat pouze v rámci prvního měření (červeně označené hodnoty), tedy při nástupu do léčby. Rozdíly se projevují mezi skupinou 1 (prvoléčba) a skupinou 2 (druhá až čtvrtá léčba) a také mezi skupinou 1 a skupinou 3 (pátá léčba a více). Šetření po dvou měsících signifikantní rozdíly mezi skupinami neukazuje. Tvrzení je proto nutné upravit - Celkové dosažené skóre Logo-testu **při nástupu do léčby** se liší v závislosti na počtu absolvovaných léčebných pobytů.

### **7.3 Výzkumná otázka 3: Jak se mění míra prožívání smysluplnosti existence v závislosti na pobytu v léčbě a počtu absolvovaných léčeb?**

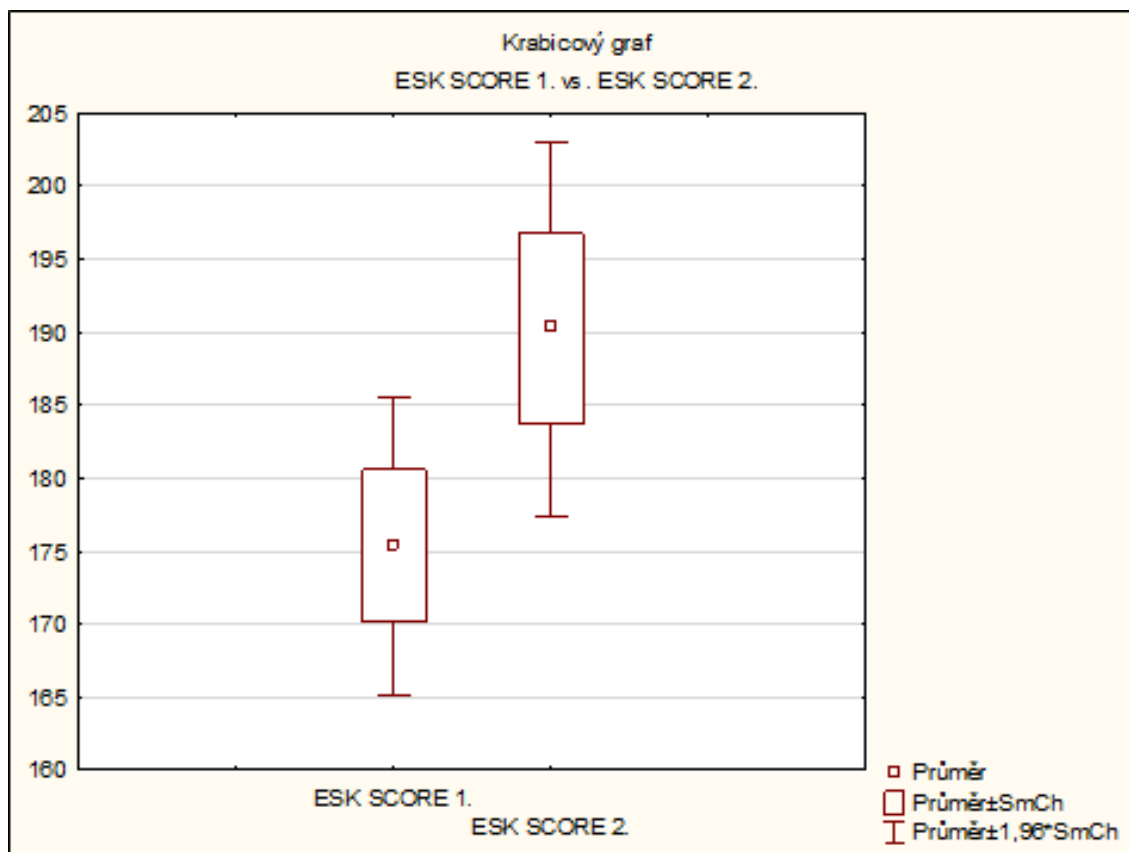
V rámci poslední výzkumné otázky pracuji s výsledky Existenciální škály (ESK). V tabulce 16 jsou vyznačeny naměřené výsledky z obou provedených měření, průměrné hodnoty výzkumného souboru ve všech dimenzích ESK z prvního i druhého měření, průměrné hodnoty populace z manuálu testu, směrodatné odchylky a celkový počet respondentů.

Tabulka 16 Výsledky ESK

položky ESK	výzkumný soubor						populace z manuálu		
	1. měření			2. měření			počet resp.	průměr HS populace	SD populace
	počet resp.	průměrné HS vzorku	SD vzorku	počet resp.	průměrné HS vzorku	SD vzorku			
<b>Sebeodstup SO</b>	33	<b>30,63</b>	5,82	33	<b>32,93</b>	7,02	1028	<b>35,31</b>	6,78
<b>Sebepřesah SP</b>	33	<b>59,94</b>	9,11	33	<b>63,14</b>	10,95	1028	<b>71,22</b>	10,2
<b>Svoboda SV</b>	33	<b>39,53</b>	8,12	33	<b>43,54</b>	10,09	1028	<b>50,59</b>	9,64
<b>Odpovědnost OD</b>	33	<b>43,97</b>	11,52	33	<b>49,18</b>	12,71	1028	<b>57,09</b>	11,12
<b>Personalita P</b>	33	<b>91,19</b>	13,01	33	<b>96,07</b>	17,1	1028	<b>106,53</b>	15,62
<b>Existencialita E</b>	33	<b>84,13</b>	19,23	33	<b>93,43</b>	23,17	1028	<b>107,65</b>	19,65
<b>Celková smysluplnost CS</b>	33	<b>175,36</b>	29,51	33	<b>190,24</b>	36,99	1028	<b>214,18</b>	33,03

**H6: Pacienti podstupující léčbu závislosti dosahují nižších hodnot v celkovém skóre ESK při nástupu do léčby než po dvou měsících léčby.**

Celkovým skórem rozumím hodnotu naměřenou v rámci dimenze *Celková smysluplnost* (viz tabulka 16). Pro ověření hypotézy porovnávám naměřené hodnoty CS všech respondentů. Pro statistické testování je využit párový t-test. Ukazuje se, že na hladině významnosti  $\alpha=0,05$  je výsledné  $t=2,481$  ( $p=0,018$ ), což značí, že mezi naměřenými hodnotami v prvním a druhém měření existuje signifikantní rozdíl. Tento rozdíl je patrný i v grafu 8.



Graf 8 Výsledky ESK při prvním a druhém měření, porovnání CS

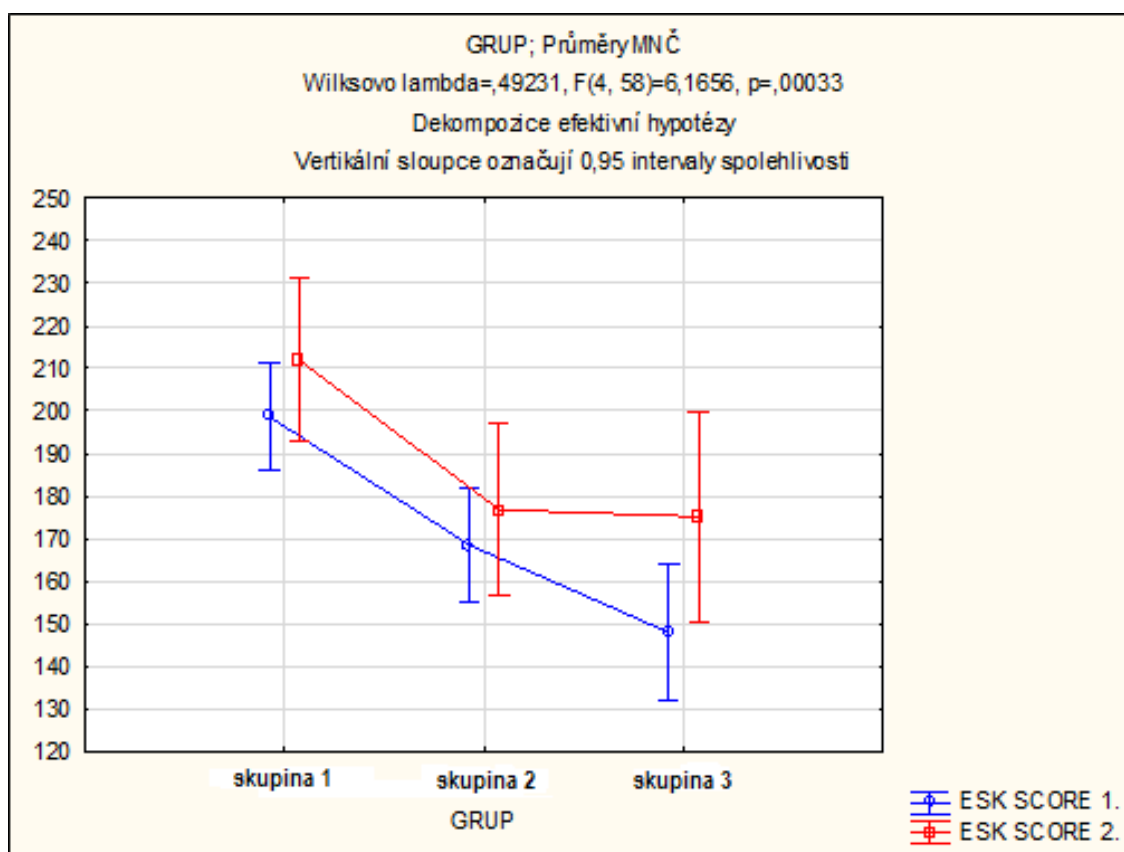
Při nástupu do léčby dosahují respondenti nižších hrubých skóre, což značí snížení v oblasti naplnění existence, utlumenost v jednání a nedostatek angažovanosti v životě. Po dvou měsících je patrné zvýšení dosahovaných hrubých skóre, a tedy lze předpokládat zlepšení v dané oblasti. Na základě výsledků t-testu **hypotézu přijímám.**

Předpokládám, že pobyt v léčbě má pozitivní účinek na zlepšení prožívání v oblasti celkové smysluplnosti. Podíváme-li se na průměrné hodnoty (viz tabulka 16), můžeme je porovnat s průměrnými skóre populace uvedenými v manuálu. Pro první měření jsou průměrné hodnoty CS výzkumného souboru  $r_1=175,36$ . V druhém měření je průměrná hodnota vyšší  $r_2=190,24$ . Průměrná hodnota CS populace je  $r_3=214,18$ . I přes zvýšení průměrného skóre po dvou měsících dosahují pacienti stále nižšího naplnění smyslu než průměrná populace. Otázkou tedy zůstává, jakého skóre by pacienti dosahovali po ukončení léčby a jaké skóre je nutné pro dodržení abstinence.

### H7: Celkové dosažené skóre ESK se liší v závislosti na počtu absolvovaných léčebných pobytů.

Na základě hrubých skóre *Celkové smysluplnosti* naměřených při nástupu do léčby a po dvou měsících v léčbě jsou porovnávány tři skupiny pacientů, rozdělené dle počtu absolvovaných léčebných pobytů. Toto rozdělení bylo definováno v tabulce 14 při testování hypotézy 5 (H5: Celkové dosažené skóre Logo-testu se liší v závislosti na počtu absolvovaných léčeb).

Pro testování hypotézy jsem opět zvolila jednofaktorovou analýzu variance (ANOVA) při opakovaných měřeních s proměnnými skupina 1, skupina 2, skupina 3 a faktory ESK-SCORE 1 a ESK-SCORE 2 pro obě měření. Výsledné  $F(4,58)=6,166$ , ( $p<0,05$ ) skutečně ukazuje na rozdíl mezi skupinami a celkovou smysluplností. Rozdíly lze vidět v grafu 9. Na základě těchto výsledků **hypotézu přijímám**.



Graf 9 ANOVA pro výsledky obou měření ESK

Pro zjištění signifikantních rozdílů mezi skupinami je využito post hoc testování Fisherovým LSD testem na hladině významnosti  $\alpha=0,05$ , jehož výsledky uvádím v tabulkách 17 a 18.

**Tabulka 17 Fisherův LSD test výsledků prvního měření ESK pro proměnné skupina 1, 2 a 3**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>skupina 1</b>		0,002176	0,000021
<b>skupina 2</b>	0,002176		0,053046
<b>skupina 3</b>	0,000021	0,053046	

**Tabulka 18 Fisherův LSD test výsledků druhého měření ESK pro proměnné skupina 1, 2 a 3**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>skupina 1</b>		0,015092	0,022675
<b>skupina 2</b>	0,015092		0,917678
<b>skupina 3</b>	0,022675	0,917678	

Jak ukazují naměřené hodnoty, signifikantní rozdíly můžeme pozorovat jak u prvního, tak u druhého měření. Rozdíly se projevují mezi skupinou 1 (prvoléčba) a skupinou 2 (druhá až čtvrtá léčba) a také mezi skupinou 1 a skupinou 3 (pátá léčba a více). Z těchto závěrů usuzuji, že u pacientů, kteří absolvují léčbu více než jednou, je více patrná nenaplněnost existence, problém vyrovnávat se s výzvami ve vlastním životě a utvářet tak jeho smysl.

V rámci hypotéz H8 a H9 mne zajímá, zda je patrný rozdíl ve výsledcích ESK mezi pacienty léčícími se ze závislosti a běžnou populací. Již výzkum Samkové a Dolejše (2014) ukázal, že signifikantní rozdíly existují. Pro ověření a upřesnění těchto výsledků porovnávám data získaná jak na začátku léčby, tak po dvou měsících léčby s normami běžné populace, vytvořenými v rámci standardizace na počtu 1 028 respondentů. Pro testování je použit jednovýběrový t-test. Výsledky tohoto testování jsou uvedeny v tabulce 19. Hodnoty, které signalizují signifikantní rozdíl mezi naměřenými hodnotami výzkumného vzorku a běžné populace, jsou označeny červenou barvou.

Tabulka 19 Vyhodnocení jednovýběrového t-testu pro všechny škály ESK

Škály ESK	Výzkumný vzorek								Běžná populace	
	ESK – 1. měření				ESK – 2. měření				ESK – hodnoty z manuálu	
	průměr	SD	t	$\alpha$	průměr	SD	t	$\alpha$	průměr	SD
SO	30,63	5,82	-4,57	0,05	32,93	7,02	-2,10	0,05	35,31	6,78
SP	59,94	9,11	-7,02	0,05	63,14	10,95	-4,47	0,05	71,22	10,2
SV	39,53	8,12	-7,71	0,05	43,54	10,09	-4,13	0,05	50,59	9,64
OD	43,97	11,52	-6,44	0,05	49,18	12,71	-3,89	0,05	57,09	11,12
P	91,19	13,01	-6,68	0,05	96,07	17,1	-3,73	0,05	106,53	15,62
E	84,13	19,23	-6,92	0,05	93,43	23,17	-3,77	0,05	107,65	19,65
CS	175,36	29,51	-7,44	0,05	190,24	36,99	-3,66	0,05	214,18	33,03

**H8: Pacienti podstupující léčbu závislosti se na začátku léčby statisticky významně liší ve všech škálách ESK od běžné populace.**

Testování prokazuje, že signifikantní rozdíly existují mezi všemi škálami dotazníku ESK mezi pacienty při nástupu do léčby a běžnou populací, proto **hypotézu přijímám**. Toto zjištění souhlasí s výsledky výzkumu Samkové a Dolejše (2014).

**H9: Pacienti podstupující léčbu závislosti se po dvou měsících léčby statisticky významně liší ve všech škálách ESK od běžné populace.**

Výsledky ukazují signifikantní rozdíly mezi pacienty po dvou měsících a běžnou populací ve všech škálách ESK. Na základě tohoto zjištění **hypotézu přijímám**. Lze se domnívat, že dva měsíce nejsou dostatečně dlouhá doba pro stabilizaci v oblasti vnímání smysluplnosti života.



## 8 Diskuze

Cílem mé práce bylo zjistit, jak a do jaké míry prožívají pacienti léčící se ze závislosti na drogách smysluplnost v jejich životě a ve kterých oblastech se nejvíce odlišují od běžné populace. Zabývala jsem se také změnou prožívání smysluplnosti a výskytu existenciální frustrace v závislosti na pobytu v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr. V neposlední řadě jsem se snažila o popis hodnotové orientace pacientů, preference jejich životních hodnot a celkové schopnosti tyto hodnoty uskutečňovat i přes problémy se závislostí na drogách.

Celkem se výzkumu zúčastnilo 40 respondentů, z nichž 5 bylo vyřazeno na základě předčasného ukončení léčby a 2 kvůli neúplnému vyplnění dotazníků. Do konečného výzkumného vzorku jsem zařadila 33 testovaných osob (25 mužů a 8 žen), které vyplnily testovou baterii při nástupu do léčby (tedy v prvních třech dnech) a následně po dvou měsících léčby. Pro výzkum jsem sestavila testovou baterii ze tří sebeposuzovacích dotazníkových metod – Logo-test, Existenciální škála a Řazení hodnot a hodnotová orientace.

Pro lepší uchopení zkoumané problematiky jsem stanovila tři základní výzkumné otázky a osm hypotéz. Odpovědět na první výzkumnou otázku – **Jak variuje preference hodnot a jejich naplnění v rámci dvouměsíčního pobytu v léčbě** – jsem se snažila pomocí stanovení a následného testování hypotéz H1, H2 a H3.

**H1: Preference hodnot při nástupu do léčby se liší od preference hodnot po dvou měsících léčby.**

Výsledky Wilcoxonova testu ukázaly, že preference hodnot se nemění po dvou měsících strávených v léčbě, proto byla hypotéza zamítnuta. Je pravděpodobné, že hodnotová orientace u pacientů představuje stálý fenomén a absolvování léčby na ni nemá účinek. Mezi tři nejdůležitější hodnoty pacienti řadili – *Žít v pohodě a s dobrým hmotným zajištěním*, *Moci si volit a uskutečňovat své osobní cíle* a *Žít v dobré rodině a manželství*. Závislost na drogách má devastační účinky nejen v oblasti fyzické, ale i v oblasti psychické, sociální a ekonomické. Výzkum ukázal, že pacienti považují za velmi důležité stabilní ekonomické zajištění, mít možnost a schopnost určovat směřování svého života a také spokojenost v rámci rodinného života.

## **H2: Skór naplnění hodnot je odlišný po dvou měsících oproti nástupu do léčby.**

Hypotézu jsem zamítla na základě výsledků Wilcoxonova testu. Naplnění životních hodnot se po dvou měsících léčby nelišilo. Je pravděpodobné, že dva měsíce nepředstavují dostatečně dlouhé časové období pro změnu naplnění hodnot. Léčba je ze začátku soustředěna zejména na stabilizaci fyzického a psychického stavu. Pacient se adaptuje na prostředí komunity a nemá možnost komunikovat s vnějším světem. Na řešení komplexnějších problémů způsobených závislostí je zaměřena druhá fáze léčby (po dvou měsících). I z tohoto důvodu by bylo přínosné se této problematice věnovat dále v rámci navazujících výzkumů.

## **H3: Existuje vztah mezi preferencí hodnoty a skórem jejího naplnění.**

Mezi preferencí životních hodnot a skórem naplnění byla prokázána pozitivní korelace. Proto jsem hypotézu přijala. Z výsledku vyplynulo, že pacienti mají problém s uskutečňováním důležitých životních hodnot. Toto zjištění potvrdilo Franklovu teorii, která uvádí, že dlouhodobá neschopnost naplnit ve svém životě hodnoty vede ke ztrátě smyslu života a vzniku existenciální frustrace.

Podíváme-li se komplexně na výsledky testování hypotéz v rámci první výzkumné otázky, je důležité upozornit hlavně na neschopnost pacientů naplňovat hodnoty, které jsou pro ně životně důležité. Právě tento fakt může mít velký podíl na pocitu bezsmyslnosti, prázdnoty a ztrátě vůle k životu. V rámci léčebné a doléčovací fáze bych určitě doporučovala zaměřit se na způsoby, jakými lze tuto nesnáž překonat. Dále by bylo dobré pracovat na postojových hodnotách k nepříznivým skutečnostem v životě lidí se závislostí. Je nutné pomoci těmto lidem vyrovnat se s negativními zážitky spojenými s užíváním drog tak, aby negativně neovlivňovaly jejich budoucí život.

Na druhou výzkumnou otázku – **Jaké jsou rozdíly ve výskytu existenciální frustrace ve vztahu k pobytu v léčbě a počtu absolvovaných léčebných pobytů** – jsem se snažila odpovědět pomocí testování hypotéz H4 a H5.

## **H4: Pacienti podstupující léčbu závislosti vykazují nižší míru prožívané smysluplnosti při nástupu do léčby než po dvou měsících léčby.**

Výsledky párového t-testu potvrdily zlepšení v oblasti prožívání smysluplnosti po dvou měsících léčby, proto je hypotéza přijata. Avšak z dílčího rozboru výsledků

vyplývalo, že v rámci pásem došlo ke zlepšení pouze u 31 % pacientů, 56 % zůstalo beze změny a u 13 % došlo ke zhoršení. Tento výsledek souhlasí s výzkumem Kavenské (2009), kde se zlepšení projevilo u 39 % pacientů, zhoršení u 13 % a u 48 % byl stav neměnný.

#### **H5: Celkové dosažené skóre Logo-testu se liší v závislosti na počtu absolvovaných léčebných pobytů.**

Tato hypotéza byla přijata na základě testování ANOVA. Post hoc testování Fisherovým LSD testem ukázalo signifikantní rozdíly v prvním měření mezi skupinou 1 (prvoléčba) a skupinami 2 a 3. V rámci druhého měření po dvou měsících nebyly rozdíly potvrzeny. Lze předpokládat, že pacienti zahajující léčbu poprvé vykazují v menší míře existenciální frustraci než ti, kteří ji absolvují opakovaně.

Pokusím-li se odpovědět na výzkumnou otázku v souvislostech, ukazuje se, že pobyt v léčbě má pozitivní účinek na prožívání smysluplnosti u pacientů. Podnětem pro další výzkum mohou být výsledky testování hypotézy H5, které ukázalo rozdíly v míře výskytu existenciální frustrace u prvoléčených a pacientů opakujících léčbu. Otázkou zůstává, zda neschopnost uskutečňovat smysl v životě po dokončení léčby může vést k relapsu, ztrátě vůle ke smyslu, rozvoji existenciální frustrace a opětovné závislosti na drogách.

Pro zodpovězení třetí výzkumné otázky – **Jak se mění míra prožívání smysluplnosti existence v závislosti na pobytu v léčbě a počtu absolvovaných léčebných pobytů** – jsem provedla testování hypotéz H6, H7, H8 a H9.

#### **H6: Pacienti podstupující léčbu závislosti dosahují nižších hodnot v celkovém skóre ESK při nástupu do léčby než po dvou měsících léčby.**

Stejně jako v případě hypotézy H4 výsledky párového t-testu potvrdily zlepšení v oblasti prožívání celkové smysluplnosti po dvou měsících léčby. Na základě těchto výsledků byla hypotéza přijata. Při nástupu do léčby jsem u pacientů zaznamenala nižší míru smysluplné osobní existence, neschopnost vyrovnat se s požadavky okolního světa a vycházet se sebou samým. I přes zlepšení byl stále patrný pokles oproti běžné populaci. Tento výsledek opět může být podnětem pro další studie, které by se mohly zabývat prožíváním smysluplnosti na konci léčby, popřípadě po jejím ukončení, následném doléčování a začlenění zpět do běžného života.

**H7: Celkové dosažené skóre ESK se liší v závislosti na počtu absolvovaných léčebných pobytů.**

Na základě výsledků testování ANOVA byla hypotéza přijata. Post hoc testování Fisherovým LSD testem prokázalo signifikantní rozdíly v prvním i druhém měření, a to mezi skupinou 1 (prvoléčba) a skupinami 2 a 3, stejně jako u hypotézy H5. Z výsledků bylo patrné, že existuje rozdíl v prožívání celkové osobní smysluplné existence mezi prvoléčenými a pacienty opakujícími léčbu. U prvoléčených se projevila lepší schopnost nacházení smyslu, vyrovnávání se s nároky a nabídkami světa. Stejně jako u předchozí výzkumné otázky se tak můžeme domnívat, že ztráta smyslu života má vliv na relaps a opakované propadnutí závislosti na droze.

**H8: Pacienti podstupující léčbu závislosti se na začátku léčby statisticky významně liší ve všech škálách ESK od běžné populace.**

**H9: Pacienti podstupující léčbu závislosti se po dvou měsících léčby statisticky významně liší ve všech škálách ESK od běžné populace.**

Obě hypotézy byly přijaty na základě výsledků jednovýběrových t-testů. Zjištění, že pacienti léčící se ze závislosti na drogách se na začátku léčby statisticky významně liší ve všech škálách ESK, potvrdilo výsledky výzkumu Samkové a Dolejše (2014). Toto tvrzení dále můžeme doplnit o výsledky z druhého měření, které také ukázaly na signifikantní rozdíly ve všech škálách ESK oproti běžné populaci. Po porovnání průměrných skóre základních škál mého měření a průměrných hodnot běžné populace z manuálu bylo vidět, že pacienti dosahují podprůměrných výsledků, což značí sníženou míru ve všech škálách. Nízká míra sebeodstupu ukazuje na neschopnost objektivního náhledu na sebe samého. Nízká míra sebepřesahu značí citovou plochosť, problém rozeznat hodnoty ve vztahu ke skutečnostem mimo sebe. Nízká míra svobody omezuje rozhodnost člověka a nacházení reálných možností jednání. Nízká míra odpovědnosti ukazuje na neochotu nést následky vlastních činů a pochybnosti o správnosti vlastního jednání.

Výsledky sice ukázaly zlepšení v oblasti prožívání celkové smysluplnosti po dvou měsících léčby, avšak stále vykazovaly podprůměrnost. Lidé se závislostí nejsou schopni objektivně nahlížet na svůj stav, nedokážou se odpovědně postavit k důsledkům svých činů. Dělá jim problém překročit hranice sebe sama, obětovat něco ze sebe sama pro okolní svět. Už ze samotné podstaty závislosti nejsou svobodní, jejich život řídí droga. Proto je

potřeba v rámci léčby pracovat na všech čtyřech oblastech, ukázat pacientům možnosti, že nepříjemné životní situace lze řešit jinak než užitím drogy. Stejně jako v předchozí výzkumné otázce se ukázalo, že prvoléčení dosahují lepších výsledků v oblasti hodnocení smysluplnosti. Při opakované léčbě pacienti přichází ve stavu větší utlumenosti, nenaplněné existence, bez vidiny smyslu v životě.

Doufám, že výsledky mé bakalářské práce budou vodítkem pro další výzkumy v oblasti smyslu života a hodnotové orientace v kontextu adiktologie a psychoterapie. Především pak z hlediska schopnosti pacientů naplňovat životní hodnoty, které preferují, v další fázi léčby, popřípadě po ukončení léčby a během doléčování. Neschopnost naplňovat hodnoty může vyvolávat pocit prázdnoty, což by mohlo vést pacienta ke znovu užití drogy. Právě tento fenomén byl patrný z výsledků, které ukázaly, že pacienti, kteří přicházejí na léčbu opakovaně, jsou více ohroženi existenciální frustrací a celkově je u nich pozorovatelná nižší míra vnímané smysluplnosti. Za přínosnou bych považovala aplikaci výzkumu na větším vzorku. Dalším zajímavým směrem by mohlo být srovnání pacientů z různých psychiatrických zařízení, neboť na změnu v oblasti vnímání smyslu života může mít vliv i různorodost použitých terapeutických metod či osoba terapeuta.

Práci určitě nelze zobecňovat na populaci lidí se závislostí na drogách. Vzhledem k tomu, že výzkum byl realizován pouze v rámci bakalářské práce, nemůže být považován za všeobecně platný. Dalším kritickým bodem je to, že data byla sbírána pouze v rámci jednoho zařízení, a to Psychiatrické léčebny Červený Dvůr.

## 9 Závěr

Bakalářská práce se zabývá problematikou smyslu života a hodnotové orientace v kontextu závislosti na drogách. Vychází z teorie logoterapie a existenciální analýzy V. E. Frankla. Zjišťovala jsem, zda se u pacientů léčících se ze závislosti na drogách vyskytuje existenciální frustrace, jak prožívají smysluplnost ve svém životě, jaké hodnoty preferují a do jaké míry jsou schopni je naplňovat. Dále jsem se soustředila na rozdíly v prožívání smysluplnosti mezi pacienty a běžnou populací a také na rozdíly ve vztahu k počtu absolvovaných léčebných pobytů.

Všechny hypotézy byly podrobeny statistickému testování. Na základě výsledků byly **přijaty hypotézy H3** (Existuje vztah mezi preferencí hodnoty a skórem jejího naplnění), **H4** (Pacienti podstupující léčbu závislosti vykazují nižší míru prožívané smysluplnosti při nástupu do léčby než po dvou měsících léčby), **H5** (Celkové dosažené skóre Logo-testu se liší v závislosti na počtu absolvovaných léčebných pobytů), **H6** (Pacienti podstupující léčbu závislosti dosahují nižších hodnot v celkovém skóre ESK při nástupu do léčby než po dvou měsících léčby), **H7** (Celkové dosažené skóre ESK se liší v závislosti na počtu absolvovaných léčebných pobytů), **H8** (Pacienti podstupující léčbu závislosti se na začátku léčby statisticky významně liší ve všech škálách ESK od běžné populace), **H9** (Pacienti podstupující léčbu závislosti se po dvou měsících léčby statisticky významně liší ve všech škálách ESK od běžné populace). **Hypotézy H1** (Preference hodnot při nástupu do léčby se liší od preference hodnot po dvou měsících léčby) a **H2** (Skór naplnění hodnot je odlišný po dvou měsících léčby oproti nástupu do léčby) byly **zamítnuty**.

Z výsledků výzkumu lze vyvodit tyto závěry:

- Pacienti mají obtíže v naplňování životních hodnot, což může vést ke vzniku existenciální frustrace a rozvoji závislosti na drogách (H3).
- Po dvou měsících v léčbě se prožívání smysluplnosti u pacientů zlepšuje, stejně tak se snižuje míra existenciální frustrace (H4, H6).
- Existuje rozdíl v prožívání smysluplnosti a výskytu existenciální frustrace u pacientů podstupujících léčbu poprvé a u pacientů opakujících léčbu. Prvoléčení vykazují nižší míru existenciální frustrace a vyšší míru prožívané smysluplné osobní existence (H5, H7).

- Pacienti se liší od běžné populace ve všech škálách ESK, a to jak při nástupu do léčby, tak po dvou měsících léčby (H8, H9).

Na základě výsledků realizovaného výzkumu lze říci, že existenciální frustrace a ztráta smyslu života jsou jedněmi z příčin závislosti na drogách. Proto by principy logoterapie měly být součástí léčby pacientů léčících se ze závislosti na droze. Přehodnocení smysluplnosti života a schopnost postavit se k nezměnitelným činům v minulosti mohou pacientům pomoci v budoucnu lépe zacházet se sebou samým, odolávat negativním vlivům, nacházet smysl v každodenních situacích a předejít tak relapsu a návratu ke zneužívání drogy.

## Seznam literatury

- Balcar, K. (1989). Logoterapie a existenciální analýza Viktora E. Frankla. *Psychoterapeutické sešity*, 29, s. 17–34. Získáno 15. 3. 2017 z <http://www.slea.cz/index.php?page=kb1>.
- Balcar, K. (nedat.) *Řazení hodnot a hodnotová orientace*. Ineditní text dostupný u autora K. Balcara nebo u autorky BP.
- Červený Dvůr: *Rozšířené léčebné možnosti* (2017). (online). Získáno 5. 4. 2017 z <http://cervenydvur.cz/>
- Frankl, V. E. (1997). *Co v mých knihách není: autobiografie*. Brno: Cesta.
- Frankl, V. E. (2006). *Lékařská péče o duši: základy logoterapie a existenciální analýzy*. Brno: Cesta.
- Frankl, V. E. (2007). *Psychoterapie a náboženství: hledání nejvyššího smyslu*. Brno: Cesta.
- Frankl, V. E. (2016). *A přesto říci životu ano: psycholog prožívá koncentrační tábor*. 4. vyd. V Kostelním Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
- Frankl, V. E., & Lukas, E. S. (1997). *Vůle ke smyslu: vybrané přednášky o logoterapii* 2. vyd. Brno: Cesta.
- Halama, P. (2003). *Možnosti logoterapie v terapii drogově závislých*. (online) Získáno 2. 3. 2017 z <http://katpsych.truni.sk/existprob>.
- Heller, J., & Pecinová, O. (2011). *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga.
- Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
- Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada.
- Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.



- Katsogianni, I. V., & Klefтарas, G. (2015). Spirituality, Meaning in Life, and Depressive Symptomatology in Drug Addiction. *International Journal Of Religion & Spirituality In Society*, 5(2), 11–24.
- Kavenská, V. (2009). Smysl života v kontextu závislosti na alkoholu. *E-psychologie* (online). 3(1). Získáno 31. 3. 2017 z <<http://e-psycholog.eu/pdf/kavenska.pdf>>.
- Khaledian, M., Yarahmadi, M., & Mahmoudfakhe, H. (2016). Effect of group logotherapy in reducing depression and increasing hope in drug addicts. *Journal Of Research & Health*, 6(1), 167.
- Klefтарas, G., & Katsogianni, I. (2012). Spirituality, Meaning in Life, and Depressive Symptomatology in Individuals with Alcohol Dependence. *Journal Of Spirituality In Mental Health*, 14(4), 268–288.
- Křivohlavý, J. (2006). *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2010). *Mít pro co žít*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
- Kudrle, S. (2003). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In Kalina a kol., *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup* (s. 91–95). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Längle, A. (2002). *Smysluplně žít: aplikovaná existenciální analýza*. Brno: Cesta.
- Längle, A., Orgler, C., & Kundi, M. (2001). *ESK – Existenciální škála*. Přeložil Karel Balcar. Praha: Test centrum.
- Lukas, E. (1992). *Logo-test*. Přeložil Karel Balcar. Chrudim: nakladatelství MACH.
- Lukas, E. S. (1998). *I tvoje utrpení má smysl: logoterapeutická útěcha v krizi*. Brno: Cesta.
- Mühlpachr, P. (2001). *Sociální patologie*. Brno: Masarykova univerzita.
- Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál.
- Nešpor, K., & Csémy, L. (1999). *Bažení (craving). Společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnání*. Praha: Sportpropag.

- Nešpor, K., Fischerová, D., Csémy, L., & Pernicová, H. (1994). *Příručka pro 3. tisíciletí*. Praha: BESIP.
- Noblejas de la Flor, M. A. (1997). Meaning levels and drug-abuse therapy: An empirical study [Online]. *International Forum For Logotherapy*, 20(1), 46–51.
- Poruchy duševní a poruchy chování (F00–F99) (2014). (online). Získáno 13. 3. 2017 z <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.
- Řehan, V. (2007). *Adiktologie I*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Samková, D., & Dolejš, M. (2014). Smysl života u závislých na alkoholu a jejich osobnostní charakteristiky. *Adiktologie* (online), 14(2), 158–166. Získáno z <http://casopis.adiktologie.cz/cs/casopis/2-14-2014>
- Slabý, M. (2013). Smysl života a závislost na alkoholu. *E-psychologie* (online), 7 (1), 19–32. Získáno z <<http://e-psycholog.eu/pdf/slaby.pdf>>.
- Šedivý, V., & Válková, H. (2011). *Lidé, alkohol a drogy*. Praha: Naše vojsko.
- Ševčíková, S. (2005). Srovnání kognitivně behaviorálního přístupu a logoterapie v sociální práci v nástinu terapie drogové závislosti. *Sociální Práce* (online), 2005(1), 122–133. Získáno z <http://www.socialniprace.cz/>
- Tavel, P. (2007). *Smysl života - podle Viktora Emanuela Frankla: Potřeba smyslu života. Přínos Viktora E. Frankla k otázce smyslu života*. Praha: Triton.
- Vymětal, J. (2004). *Obecná psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Grada.
- Wagenknecht, M. (2001). *Osoba v dialogu (přednáška pro 2. logoterapeutický den - 21. 4. 2001)*. Získáno 15. 3. 2017 z <http://www.slea.cz/index.php?page=mw6>.
- Wagenknecht, M. (2009) *Nástin dalšího vývoje Franklovy existenciální analýzy a logoterapie: (vybrané části diplomové práce)*. (online). Získáno 15. 3. 2017 z <http://www.slea.cz/old/index.php/odborne-texty-mainmenu-2/7-martin-wagenknecht/53--nastin-daloho-vyvoje-franklovy-existencialni-analyzy-a-logoterapie>

## **Seznam obrázků**

Obrázek 1 První zákon dimenzionální ontologie.....	18
Obrázek 2 Druhý zákon dimenzionální ontologie .....	18
Obrázek 3 Schéma léčebného procesu PL Červený Dvůr .....	37

## **Seznam tabulek**

Tabulka 1 Využití logoterapeutických prvků v psychoterapii.....	14
Tabulka 2 Charakteristika výzkumného vzorku .....	34
Tabulka 3 Charakteristika výzkumného vzorku dle typu závislosti .....	35
Tabulka 4 Charakteristika výzkumného vzorku dle počtu absolvovaných léčebných pobytů .....	35
Tabulka 5 Charakteristika výzkumného vzorku dle rodinného stavu.....	35
Tabulka 6 Charakteristika výzkumného vzorku dle nejvyššího dosaženého vzdělání .....	36
Tabulka 7 Vyhodnocení Logo-testu .....	39
Tabulka 8 Skladba stupnic ESK .....	40
Tabulka 9 Preference hodnot a skór naplnění.....	41
Tabulka 10 Průměrné hodnoty preference a skóru naplnění jednotlivých hodnot při nástupu do léčby a po dvou měsících.....	43
Tabulka 11 Vyhodnocení Logo-testu .....	47
Tabulka 12 Změny v rámci pásem Logo-testu .....	49
Tabulka 13 Rozdělení respondentů do skupin dle počtu absolvovaných léčeb.....	50
Tabulka 14 Fisherův LSD test výsledků prvního měření Logo-testu pro proměnné skupina 1, 2 a 3.....	51
Tabulka 15 Fisherův LSD test výsledků druhého měření Logo-testu pro proměnné skupina 1, 2 a 3.....	51

Tabulka 16 Výsledky ESK .....	52
Tabulka 17 Fisherův LSD test výsledků prvního měření ESK pro proměnné skupina 1, 2 a 3.....	55
Tabulka 18 Fisherův LSD test výsledků druhého měření ESK pro proměnné skupina 1, 2 a 3.....	55
Tabulka 19 Vyhodnocení jednovýběrového t-testu pro všechny škály ESK.....	56

## **Seznam grafů**

Graf 1 Průměrné preference hodnot v prvním a druhém měření .....	44
Graf 2 Porovnání skóru naplnění hodnot z prvního a druhého měření.....	45
Graf 3 Vztah mezi preferencí a naplněním hodnot při nástupu do léčby .....	46
Graf 4 Vyhodnocení Logo-testu při nástupu do léčby.....	47
Graf 5 Vyhodnocení Logo-testu po dvou měsících léčby .....	47
Graf 6 Krabicový graf vyhodnocení Logo-testu .....	48
Graf 7 ANOVA pro výsledky obou měření Logo-testu .....	50
Graf 8 Výsledky ESK při prvním a druhém měření, porovnání CS.....	53
Graf 9 ANOVA pro výsledky obou měření ESK .....	54

## **Seznam příloh**

Příloha 1 Informovaný souhlas .....	69
-------------------------------------	----

## Přílohy

### Příloha 1 Informovaný souhlas

TESTOVÁNÍ 1 – zahájení léčby

TESTOVÁNÍ 2 – po dvou měsících

Prosím, vyplňte pečlivě následující údaje a přečtěte si informace o účasti ve výzkumu:

**Přidělené číslo respondenta:**

---

**Pohlaví:**

---

**Věk:**

---

**Rodinný stav:**

---

**Nejvyšší dosažené vzdělání:**

---

**Typ závislosti (zakroužkujte):**                      alkohol    X    drogy

---

**Pokolikáté jste nyní v léčbě:**

---

**Datum vyplnění testu:**

---

### **Informace pro účastníka ve výzkumu k BP – Smysl života a hodnotová orientace v kontextu drogové závislosti z pohledu logoterapie a existenciální analýzy**

Výzkum je zaměřen na zmapování, jak a do jaké míry lidé s diagnózou závislosti na drogách prožívají smysl života a jaké hodnoty hrají v jejich životě roli. Vstupem do této studie účastník absolvuje psychologické testy, a to při zahájení léčby v PL Červený Dvůr a po dvou měsících léčby. Výsledky budou využity k vypracování bakalářské práce zpracovávané Lucií Režnou v rámci studia Psychologie na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích.

**Výhody a nevýhody účasti:** Pokud se zúčastníte, přispějete k lepšímu poznání dané problematiky. Nejsou známá žádná rizika, která by mohla plynout z účasti ve výzkumu.

**Důvěrnost informací:** Důvěrnost bude zachována a vaše jména ani jiné identifikační údaje nebudou odhaleny v žádných zprávách nebo publikacích vznikajících v rámci ani po vypracování bakalářské práce.

**Odstoupení ze studie a ukončení studie:** Jsem si vědom/a, že svůj souhlas mohu kdykoli během výzkumu odvolat bez jakýchkoli dalších důsledků. Výzkumník má také právo ukončit výzkum na čistě vědeckém podkladě kdykoli během testování. Ani tento způsob ukončení výzkumu nebude mít žádné další důsledky.

**Souhlas:** Svým podpisem potvrzuji, že princip výzkumu mi byl vysvětlen, že jsem měl/a možnost diskutovat o různých hlediscích výzkumu a klást otázky, a proto souhlasím s účastí. Dále souhlasím, aby s mými daty (anonymně, bez propojení s mou osobou) bylo dále vědecky pracováno a výsledky byly publikovány. Jsem si vědom/a, že mohu žádat další informace o jednotlivých psychologických testech, že mohu kdykoli ze studie odstoupit a že výsledky budou důvěrné. Mé rozhodnutí k účasti bylo dobrovolné.

V případě dotazů a pro další informace kontaktujte realizátora výzkumu:

Lucie Režná, tel. 725 026 925, e-mail: rezna.lucie@seznam.cz

.....

*Podpis testované osoby*