

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Narativní analýza životních příběhů mužů závislých na alkoholu

Bc. Sára Pasálková

Diplomová práce

Studijní program: Psychologie

Vedoucí práce: PhDr. Magdalena Koťová, Ph.D.

Praha 2024

Prague College of Psychosocial Studies



Narrative analysis of the life stories of men addicted to alcohol

Bc. Sára Pasálková

The Diploma Thesis

Department of Psychology

The Diploma Thesis Work Supervisor: PhDr. Magdalena Kot'ová, Ph.D.

Prague 2024

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou/diplomovou práci vypracoval/a samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne

Podpis

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat mé vedoucí práce, PhDr. Magdaleně Kot'ové, PhD., za odborné vedení práce, podnětné rady, připomínky a podporu, které mi pomohly dosáhnout požadovaného cíle. Dále bych velmi ráda poděkovala všem participantům za jejich ochotu, důvěru, čas a upřímné sdílení svých příběhů, bez kterých bych neumožnila požadovaný výzkum. Velmi děkuji mým blízkým, kteří mě podporují po celou dobu mého studia.

Anotace

Diplomová práce zkoumá a odhaluje, jak muži vnímají jejich zkušenost se závislostí na alkoholu, jak o ni přemýšlejí a vyprávějí. Rozhovory byly zpracovány metodou narativní analýzy. S její pomocí je získán hlubší vhled do jejich osobních zkušeností a životních příběhů, které je na cestě k závislosti ovlivnily. Dále popisuje, jaké životní okolnosti muže vedly k vyhledání odborné péče v soukromé sféře adiktologických služeb. Výsledky, které byly získány ze čtyř narativních rozhovorů, interpretují jedinečné zkušenosti mužů, zkoumají klíčová rozhodnutí začít léčebný pobyt, a to vše v kontextu celého příběhu. Teoretická část zahrnuje oblast závislosti, na kterou nahlíží z co nejkomplexnějšího úhlu pohledu. Popisuje dostupné služby v souvislosti s alkoholismem. Práce neopomíjí ani definice a problematiku dosažení úspěchu při léčbě závislosti. V diskuzi práce se rozebírají výsledky, které se propojují s teorií. Dále zahrnuje možné limity práce a zvažuje další možné náměty k prohloubení znalostí v dané problematice.

Klíčová slova:

závislost, léčba, muži, narativní analýza, příběh

Abstract

The thesis examines and reveals how men perceive their experience with alcohol addiction, how they think about it, and narrate it. The interviews were processed using the method of narrative analysis. This approach provides a deeper insight into their personal experiences and life stories that influenced their journey toward addiction. Furthermore, it describes the life circumstances that led men to seek professional care in the private sector of addiction services. The results, derived from four narrative interviews, interpret the unique experiences of these men, exploring key decisions to start treatment, all within the context of their entire story. The theoretical part covers the field of addiction from the most comprehensive perspective possible. It describes the available services related to alcoholism. The thesis also addresses the definitions and challenges of achieving success in addiction treatment. The discussion section analyzes the results, linking them with theory, considers the possible limitations of the study, and suggests further topics for deepening knowledge in this area.

Key words:

addiction, treatment, men, narrative analysis, story

Obsah

Úvod.....	7
TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1. Pojem závislost a problematika jejího vymezení.....	8
1.1 Definice závislosti.....	9
1.2 Modely závislosti.....	11
2. Proces a vznik závislosti.....	14
2.1 Psychologická a neurobiologická úroveň závislosti.....	14
2.2 Fáze procesu závislosti a uzdravování.....	16
2.3 Alkoholismus a jeho fáze.....	18
3. Léčba závislosti.....	18
3.1 Přehled dostupných služeb.....	19
3.1.1 Terénní program.....	19
3.1.2 Ambulantní léčba.....	19
3.1.3 Rezidenční léčba.....	20
3.1.4 Nestátní léčebné programy.....	20
3.2 Co znamená úspěch při léčbě.....	21
3.2.1 Kontrolované užívání alkoholu.....	21
3.2.2 Principy zajišťující efektivitu léčby.....	22
3.2.3 Výzkum – úspěch léčby.....	23
3.3 Motivace klientů k léčbě.....	24
VÝZKUMNÁ ČÁST.....	26
4. Metodika výzkumu.....	26
4.1 Zkoumaná problematika, cíle výzkumu a formulace výzkumných otázek	
26	
4.2 Výběr výzkumného souboru a sběr dat.....	26
4.3 Etické aspekty výzkumné sondy.....	28
4.4 Volba výzkumné metody.....	28
4.4.1 Narativní rozhovor.....	28
4.4.2 Narativní analýza.....	29
4.5 Vlastní předporozumění zkoumanému tématu.....	31
5. Rekonstrukce narativních rozhovorů s muži závislými na alkoholu.....	32
5.1 Zkušenost Tomáše.....	32

5.2 Příběh Martina.....	36
5.3 Petrova zkušenost.....	41
5.4 Příběh Davida.....	46
6. Shrnutí výsledků analýzy mužů závislých na alkoholu.....	50
Diskuse.....	52
Závěr a limity.....	55
Reference.....	56
Seznam příloh.....	57

Úvod

Alkohol je výrazný společenský činitel, který provází lidstvo od nepaměti. Přestože jde o látku, která je vysoce návyková, a velmi často zneužívaná, a to již v období dětství, tak se český národ drží v předních příčkách, co se jeho konzumace týče. I přes dnešní vzestup nových návykových látek jsou alkoholici stále nejzastoupenější klientelou v léčebných zařízeních. Možnosti léčby, které mohou lidé trpící závislostí využít, pokrývá rozsáhlá síť adiktologických zařízení. Přesto bývá zvykem, že samotné léčbě předchází dlouhé čekací lhůty. Vedle státních léčeben vznikají v posledních letech soukromá zařízení, která rovněž poskytují adiktologickou péči, kterou si ne každý může dovolit zaplatit ze svých vlastních zdrojů, a tím je již skupina klientů zúžená. Lze předpokládat, že jejich motivace k léčbě, psychické i finanční dno, mohou být odlišné a nepochybně jedinečné. O zkušenostech alkoholiků, kteří se rozhodnou vyhledat péči v soukromých zařízeních, existuje v České republice jen málo výzkumů. Z toho důvodu jsem se rozhodla danou oblast prozkoumat a v rámci své praktické části představím čtyři muže, kteří se léčili pro závislost na alkoholu v soukromém zařízení NEO Centrum. V mé studii jsem provedla výzkumnou sondu do života čtyř mužů. Mým cílem bylo prozkoumat, jak muži vnímají jejich závislost na alkoholu, jak o ni vyprávějí a přemýšlejí. Dalším cílem bylo probádat, jaké životní události předcházely vyhledání odborné pomoci a co je vedlo k rozhodnutí jít se léčit. Jako hlavní výzkumnou otázku jsem zvolila: *Jak muži vnímají svoji zkušenost závislosti na alkoholu a jak o ni vyprávějí?* K analýze získaných dat jsem využila narativní analýzu. V teoretické části vymezuji pojem závislost, včetně popisu několika úhlů pohledů. Zabývám se procesem a vznikem závislosti. V tomto kontextu je nutné zmínit, že v následujícím textu přistupuji k závislosti jako k jednotnému procesu, který je nehledě na danou látku stejný. To se vztahuje i k léčbě, jejíž postupy jsou téměř identické při jakékoliv formě závislosti. V diplomové práci neopomím vybrané dostupné služby, které mohou závislí na alkoholu využít. Dále se věnuji léčbě závislosti na alkoholu, ke které patří dosažení úspěchu a motivace klientů. Problematice úspěchu léčení je věnována samostatná podkapitola.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Pojem závislost a problematika jejího vymezení

Na úvod teoretické části bych ráda zmínila, že výběr určitých definic závislosti či modelů vzniku závislosti má své opodstatnění, a to v aktuálním přístupu k léčbě závislosti. To je v souladu i s načtenou literaturou, ze které jsem k diplomové práci čerpala. Přístup k léčbě a vzniku závislosti na alkoholu či jiných návykových látkách se v průběhu let měnil, přičemž na proměnu přístupu měly vliv modely, které dominovaly v daných obdobích. Rovněž výklad a vymezení termínu závislost se na odborném poli značně odlišuje (West, 2016). Kořeny termínu závislost sahají do 18. století, ve kterém byla poprvé použita, a to v jejím moderním významu. Existuje několik starověkých egyptských a řeckých spisů, které dokazují chápání tohoto konceptu. Později bylo téma závislosti zájmem lékařů a koncem 19. století vstupovalo do popředí vědecké studium závislosti. V roce 1884 se konalo první setkání Společnosti pro studium závislosti, na kterém chtěli formálně ukotvit dosavadní laické chápání závislosti. V té době bylo důležité změnit pohled společnosti, která závislost odsuzovala, a tak prvotní úsilí směřovalo k tomu, aby byla závislost chápána jako nemoc, která se vyznačuje neodolatelnou touhou dopřát si alkohol a jiné drogy a to za jakýchkoliv okolností (West & Brown, 2013).

Bohužel i v dnešní době bývají uživatelé návykových látek stigmatizováni a téma provází řada mýtů. Výrazy jako „*feták*” a „*závislák*” přiřívují negativní předsudky a dehumanizují osoby trpící závislostí. Závislí se s stigmatizujícími zkušenostmi setkávají i v interakcích s odborným personálem v rámci poskytování zdravotnické péče. Takové nálepkování může v některých případech přispět k tomu, že v budoucnu nevyhledají potřebnou péči. Dlouhou dobu byl závislý vnímán jako někdo, kdo si potřebuje vzít drogu k tomu, aby si zachoval normální fyziologické funkce. Tehdejší vymezení závislosti u některých odborníků a veřejnosti převládá i dnes (Muncan et al., 2020).

V posledních letech se situace změnila a v současné době se výklad termínu liší. Závislost je abstraktní koncept, podobně jako láska nebo spravedlnost. Nemá objektivní existenci a hranice jako jiné předměty. Je společensky definována a názory na ni se mohou lišit. Neznamená to, že jedna definice je správná a druhá špatná. Pouze to, že některá z definic je užitečnější, nebo se na ní shodli odborníci. Existuje několik teorií,

které přistupují k závislosti pouze a jenom z jejich konkrétního úhlu pohledu, což se může v širším kontextu jevit jako problematické (Maté, 2022).

1.1 Definice závislosti

Složitost v definování závislosti odráží i rozpolcenost uvnitř vědecké komunity, ve které mezi odborníky v podstatě neexistuje ohledně konceptualizace závislosti shoda (Nepustil & Geregová, 2020). Většina definic vymezuje závislost podle určitých rysů, které spatřuje z jejich hlediska za významné. Ačkoliv definice vystihují důležité aspekty závislosti, zaměřují se většinou jen na jeden její konkrétní rys, nebo používají pojmenování, jehož interpretace je složitá (Nordenfelt, 2010).

Jedna z definic zní:

Závislost je primární chronické onemocnění mozkových center odměny, motivace, paměti a dalších souvisejících funkcí. Dysfunkce těchto systémů vede k charakteristickým biologickým, psychologickým, sociálním a spirituálním projevům, které se odrážejí v patologickém chování jednotlivce, jenž užíváním různých substancí průběžně usiluje o dosažení odměny či úlevy. Závislost je charakterizována poruchou kontroly chování, bažením, sníženou schopností rozpoznávat výrazné problémy ve vlastním chování a mezilidských vztazích, jakož i dysfunkčními emočními reakcemi. Stejně jako v případě jiných chronických onemocnění se i závislost pojí s cyklickým opakováním relapsů a remisí. Závislost má progresivní průběh a bez léčby a dalších úzdravných intervencí může vyústit v invaliditu nebo předčasnou smrt (West, 2016, s. 19).

Z této definice je zjevné, že závislost je považována za onemocnění mozku. Formulace opomíjí možnost působení sociálních a environmentálních faktorů, mezi které patří faktory učení a životních událostí, nebo také užívání drog z důvodu navození příjemných zážitků a snížení psychického neklidu. Existuje několik výkladů závislosti, přičemž některé definice se zaměřují pouze na látkové závislosti, jiné zmiňují abstinenci příznaky a v některých se vyzdvihuje vytvoření tolerance, nebo je zaměřena pozornost na abnormální fungování mozku. Ztráta nebo narušení kontroly jsou dalším typickým motivem, který se často opakuje (West, 2016).

Dle MKN-10 je syndrom závislosti „soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky

zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládnání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. “ Stanovení diagnózy syndromu závislosti je možné pouze tehdy, pokud jedinec za poslední rok vykazuje alespoň tři ze šesti uvedených kritérií, kterými jsou:

1. Craving neboli bažení užít návykovou látku.
2. Potíže v kontrole užívání, které provází snížená sebekontrola při užívání látky a to především jedná-li se o začátek, ukončení a množství látky.
3. Tělesné abstinenci příznaky, které se projevují, pokud dotyčný neužije návykovou látku. Její užití má za cíl snížit nebo odstranit somatické odvykací stavy.
4. Nárůst tolerance je dalším z příznaků závislosti.
5. Upřednostňování zájmu užívat návykovou látku na úkor jiných aktivit, osob, nebo vlastní rodiny.
6. Posledním kritériem je pokračování v užívání a to i přes zdravotní a psychické obtíže, kterými jedinec užíváním návykové látky trpí (Kalina et al., 2015).

Ztráta kontroly nebo její omezení, nutkání nebo pokračování v chování, recidiva, podrážděnost při nemožnosti okamžitého uspokojení jsou základními atributy typickými pro závislost. Například schopnost kontroly je omezená tehdy, když závislí nedokážou se svým chováním přestat. Ve většině případů přísahají sobě i druhým, že s maladaptivním chováním přestanou, ale navzdory slibům se k němu vracejí. Někteří si ani svoji závislost nepřipustí a pohybují se v bludném kruhu popírání, odůvodňování a ospravedlňování. Druzí se rozhodnou setrvat v závislosti a akceptují její rizika, které mohou končit nezvratně. Potřeba zvyšování dávek užívané látky, aktivity nebo chování za cílem dosažení stejného účinku nemusí být kritériem, které platí pro všechny lidi trpící závislostí (Maté, 2022). Nešpor (2018) píše, že závislostí se rozumí pouze to, co je v souladu s Mezinárodní klasifikací nemocí, ve které se zmiňuje, že skupiny látek, které vyvolávají závislost jsou alkohol, drogy z konopí, tlumivé léky, kokain, budivé látky včetně pervitinu, tabák, halucinogeny a organická rozpouštědla. Neukojitelná touha hraní digitálních her, hazardní hráčství či nutkavé nakupování nejsou podle Nešpora (2018) závislostí v pravém slova smyslu. Například u hazardních her podle odborné terminologie hovoříme jako o patologickém hráčství, které má se závislostí spoustu obdobných rysů a může se s závislostí na alkoholu či jiných návykových látkách kombinovat (Nešpor, 1996).

Všechny zmíněné definice jsou efektivní. Ovšem k tomu, abychom závislost pochopili je nezbytné nahlížet na ni z širší perspektivy (Maté, 2022). Pro plné pochopení závislosti k ní musíme současně přistupovat z několika úhlů pohledu, které tvoří složitý systém obsahující například biologické, chemické, neurologické, psychologické, zdravotní, emoční, spirituální, sociální a politické aspekty, které se jí snaží vyzobrazit co nejpřesněji (Maté, 2022). S tím také souvisí i následná léčba a péče. Předtím, než ji budeme léčit, ji musíme chápat (West, 2016). V Matého podání je závislost „jakékoliv opakované chování, ať už spojené s užíváním nějakých látek či nikoliv, v němž má daná osoba nutkání pokračovat, přestože má negativní dopad na její vlastní život či životy druhých.“ (Maté, s. 195). Matého přístup k pochopení závislosti vynechává medicínský aspekt závislosti coby choroby, jelikož pro něj není plným vysvětlením. Autor zmiňuje, že je pro její pochopení podstatný, ale nenabízí plné vysvětlení (Maté, 2022). Redukcí na zdravotní problém bychom zorné pole závislosti zúžili. V jeho pojetí slouží návykové látky, chování a další úniky jako náplast, která se jeví zpočátku funkčně. Člověku nabízí úlevu, proto krátkodobě touží, ale z dlouhodobého hlediska trpí negativními důsledky. Drogy nabízejí rychlé řešení problémů, se kterými se lidé potýkají. Veškeré závislostní chování má za cíl bolest tlumit nebo od ní svést pozornost (Maté, 2022).

1.2 Modely závislosti

V historii se k závislostem přistupovalo v rámci několika modelů (morální, psychologický, sociokulturní, medicínský a minimalizace rizik). Každý z nich nabízí pohled na problémové pití, jeho příčiny a formy léčení. Zároveň kladou důraz na různé aspekty závislosti, kterými jsou faktory kulturní, environmentální, interpersonální a intrapersonální (Miller, 2011).

Morální model má v pozadí religiózní přesvědčení, že alkoholik je odpadlík a tudíž i jeho závislost je chápána jako morální slabost. Tento model přistupuje k závislým jako k plně zodpovědným za své chování a namísto léčení upřednostňuje trest (Zahradník, 2007).

Psychologický model pracuje se třemi teoriemi. První z nich, psychodynamická, pracuje s osobní historií alkoholiků a klade si za cíl rozkrýt nevědomé konflikty. Psychodynamický přístup provází řada pochyb a nejistot a nepovažuje se za velmi účinný. Příkladem můžeme uvést důvod, kterým jsou nevědomé konflikty, jako je třeba

rodičovské odmítnutí, které má za následek potřebu závislosti a která nemůže být ve skutečnosti uspokojena (Miller, 2011). K opakovaným selháním a relapsům může také vést analyticky vedená terapie, která provokuje úzkost klientů. Ačkoli porozumění nevědomým konfliktům přispívá k sebezpoznání klientů, nemůžeme s jistotou říci, jestli zvyšuje délku abstinence a snižuje frekvenci pití (Zahradník, 2007). Teorie osobnostních rysů, podobně jako teorie psychodynamická, neslavila velký úspěch. Z důvodu stálosti osobnostních rysů se jejich změna nejeví jako příliš efektivní směr léčby. Třetí teorie se zdá být při léčbě závislosti nejúčinnější. Teorie behaviorálního učení se koncentruje na změnu faktorů zpevnování (Křížová, 2021). U závislých fungují návykové látky jako prvek posilování chování. Při prevenci se terapeut s klientem zaměřují na eliminaci příležitostí, ve kterých by byli uživatelé vystavováni rizikovým situacím. V léčbě se usiluje o rozvolnění asociací mezi podněty, odměnou a chováním (West, 2016).

Sociokulturní model nahlíží na závislost v kontextu kulturních postojů, rodinného systému a krizových období. Při léčbě se pracuje se změnou environmentálního kontextu, ve kterém uživatelé návykových látek působí. Změna a obnova životního stylu klienta jsou faktory, které přispívají k uzdravě (Miller, 2011).

Medicínský model pracuje se závislostí jako s chorobou, která v sobě nese genetickou predispozici. Zarámování závislosti jakožto nemoci s sebou nese možnost poskytovat klientům informace o jejich aktuálním stavu a prognóze jejich nemoci. Přístup k závislosti jako nemoci je úzce provázán s pohledem Anonymních alkoholiků, kteří alkoholismus vnímali jako důsledek alergické reakce organismu (Kalina, 2015). Oproti morálnímu modelu, který závislého obviňuje a dělá z něj špatného člověka je tento přístup laskavější a otevřenější. Alkoholik nenese odpovědnost za vznik své nemoci, ale je odpovědný za své chování a jednání v budoucnu. Kroky, které vedou k zbavení se závislosti jsou: přiznání si své bezmocnosti vůči alkoholu, připuštění si škod a ztrát, které napáchal lidem kolem sebe a přijetí pomoci ze strany Vyšší moci, což je jedna ze tří komponent se kterou Anonymní alkoholici pracují (Miller, 2011).

Bio-psycho-sociální model uplatňuje komplexní pohled na pochopení a léčbu závislosti a zároveň klade důraz na individualitu každého jedince. Jak již ze svého názvu napovídá – příčiny vzniku závislosti jsou dány fyziologickými faktory hereditárními nebo získanými, které se kombinují s psychologickými a sociálními (Miller, 2011). K tomuto modelu bývá ještě přidružena komponenta spirituální, z toho plyne název **bio-psycho-socio-spirituální model** (Kalina et al., 2013).

Na *biologické* úrovni hovoříme například o těhotenství matky, zejména o její drogové či alkoholové anamnéze a průběhu jejího porodu (Křížová, 2021). Mezi *psychologické* faktory řadíme kvalitu postnatální péče, a to především pozornost pečovatelů k potřebám a jejich uspokojování, podporující vztah v průběhu dospívání, a další. Bývá zvykem, že při absenci základních psychických potřeb slouží právě návykové látky jako sebemedikace. Alkohol a jiné drogy působí zpočátku anxiolyticky a antidepresivně, nicméně později se samotná užívaná látka stává zdrojem úzkostí a depresí. Dále jsou to situace jako zneužití, týrání nebo trauma v rodině. *Sociokulturní* kontext je další úroveň, která se podílí na vzniku závislosti. Na obecnější úrovni jde o vliv rasismu, xenofobie, homofobního chování společnosti, nebo společenského statusu rodiny. Mezi vlivy v užším kontextu můžeme zařadit rodinné a přátelské vztahy. Velký význam má i to, pokud dítě vyrůstá v rodině, kde je někdo z blízkých závislý. Pít alkoholu nebo brát drogy se pro něj může stát normou. Sdílet domácnost s někým, kdo trpí závislostí je téměř vždy pro jejich vztahy dysfunkční. Rodina je vystavena jeho změnám nálad, planým slibům a dalším nepředvídatelnostem (Kalina, 2003). Se *spirituálním* přístupem nejčastěji pracuje hnutí Anonymních alkoholiků. Tato úroveň zahrnuje nejen potřebu spirituálního naplnění, ale také obsahuje pocity, které se vztahují k chybění části sebe samého a procesu hledání způsobů, jak docílit celistvosti. Při abstinenci se mohou klienti potýkat s existenciálními otázkami. Zažívají prázdnotu, depresi, nebo ztrátu smyslu života. Z toho vyplývá důležitost otevřenosti k těmto druhým témat, které klienty provází i po stabilizaci jejich abstinence (Křížová, 2021).

Model minimalizace rizik neboli harm reduction se zaměřuje na individuální a subjektivní potřeby daného klienta. Tento přístup pracuje s aktuální situací klienta a neusiluje za každou cenu o abstinenci. Pokud klient v dané době nemůže, nebo nechce s užíváním alkoholu nebo drog přestat, tak je stěžejním úkolem minimalizovat rizika a problémy spojené s užíváním návykových látek (Kalina, 2003). Snižování rizik je prospěšné nejen klientovi, ale také celé společnosti. Namísto odsuzujícího postoje nabízí praktické zaměření na minimalizaci rizik. Například v praxi by tento model umožnil zůstat klientovi v léčbě i potom, co zrelapsoval, nebo by pokračoval v léčbě v rámci metadonové substituce (Miller, 2001). Do oblasti harm reduction patří programy výměny jehel, výše zmíněná substituce, neboli náhrada nelegální drogy za drogu legální nebo podávání původní návykové látky pod lékařským dozorem. To je v rámci minimalizace rizik pro společnost prospěšné v tom, že je u závislých snížena trestná činnost za účelem získání drogy (Kalina, 2015).

V této kapitole jsem uvedla fenomén závislost a popsala modely závislosti, které ukázaly rozmanitost přístupů. Z textu lze vyvodit, že v souvislosti s aktuálním děním na poli odborníků, kteří pracují s adiktologickými klienty, je důležité vnímat jemné rozdíly, které celková problematika závislosti přináší. Zároveň je důležité nahlížet na závislost z co nejkomplexnějšího úhlu pohledu.

2. Proces a vznik závislosti

Závislost může vznikat nejen na alkoholu, konopí, kokainu, nebo nikotinu, ale také může vznikat na nepřeborném množství aktivit, které přitom neobsahují žádnou psychoaktivní látku. Gambling, práce, pornografie, nakupování nebo počítačové hry. Všechny tyto činnosti provází proces, který je stejný i u látek, jako výše zmiňovaný alkohol. Tedy vznik závislosti provází jen jeden proces, který v jeho základu zahrnuje stejný soubor dynamik. Z toho vyplývá, že závislosti na různých látkách nejsou samostatnými poruchami, nýbrž výsledkem jednoho základního procesu. Na vzniku závislosti se podílí neurologické a psychologické faktory, které jsou u všech druhů závislosti stejné (Nepustil & Geregová, 2020). Dysfunkce se v zaměření závislosti liší pouze v míře závažnosti. Újmy na fyzickém zdraví a psychické pohodě může mít taktéž velký dopad i jiné závislostní chování, než jsou jen nejběžnější příklady látek jako je alkohol, kokain, heroin a nikotin (Maté, 2022).

Důkazy, které toto tvrzení podporují lze doložit na konkrétních příkladech. Prvním z nich je fakt, že se závislosti na různých návykových látkách mohou vyskytovat v jejich kombinaci. Závislost na alkoholu může být přítomna samostatně, ale často je v kombinaci ještě s jinou závislostí. Existuje vysoká korelace mezi alkoholem, kokainem, opiáty a nikotinem. Tyto látky mají velkou pravděpodobnost, že se budou u závislých spolu vyskytovat. Ve srovnání s 10 % běžné populace je zhruba 70 % alkoholiků zároveň těžkých kuřáků (Enoch & Goldman, 2001).

2.1 Psychologická a neurobiologická úroveň závislosti

Na psychologické úrovni závislosti jsou společnými znaky například pocity studu, které daní jedinci zakoušejí. Nehledě na druh závislosti se u jedinců objevuje chování jako je lhaní, skrývání, podvádění, manipulace a relaps (Maté, 2022). Röhr (2015) ve své publikaci zmiňuje, že závislí nezřídka zažívají pocity ztráty osobní důstojnosti,

sebeúcty a sebehodnoty. Prožívají pocity viny a zlosti, kterou směřují na sebe (Röhr, 2015).

Lze se domnívat, že významnou roli v prožívání závislých jedinců hrají prožitky studu a viny, přičemž je důležité vymezit rozdíl mezi nimi. Při prožívání viny se cítíme špatně kvůli tomu, co jsme udělali, zatímco při pocitech studu se cítíme špatně kvůli tomu, kdo jsme. Lze předpokládat, že pocity prožívání viny oproti studu jsou vnímány jako konstruktivní impuls ke změně. Osoba pociťující vinu v důsledku toho, že zmeškala schůzku kvůli kocovině může zvážit důsledky svých činů a nepříjemnosti způsobené ostatním. Naproti tomu člověk prožívající stud může sám sebe vnímat jako nespolehlivého. Pocity viny jsou více spjaty s vnímaným porušením společenských norem nebo principů, zatímco pocity hanby jsou propojeny s vnímaným porušením vlastních hodnot nebo ideálů. Výzkum z roku 2018 provedený na australské populaci ukazuje, že rizikovým faktorem pro rozvoj závislosti na alkoholu je prožívání studu. Jedinci, kteří se cítí zahanbeně prožívají celkově negativní pohled na sebe samé, pravděpodobněji budou mít potíže se zvládnáním vzteku a sebeúctou a celkově potíže se seberegulačními strategiemi. Naopak osoby s vysokou mírou viny častěji používají účinné strategie k regulaci své konzumace alkoholu, ke kterým patří i vyhýbání se mu (Snoek et al., 2021).

Neurobiologická úroveň závislosti ukazuje, že při závislosti dochází k aktivaci systému odměn a motivace, který se aktivuje při jakémkoliv druhu závislosti. Přestože se chemické složení a účinky návykových látek liší, jejich společná a klíčová vlastnost je zvýšený výdej dopaminu z ventrální tegmentální oblasti (VTA) do nucleus accumbens (NAc). Další významnou oblastí, která je úzce spjata se systémem odměn je paměť a stresové systémy. Tentýž proces platí pro činnosti, jako je nakupování, jedení, sex nebo hraní počítačových her, na kterých může vznikat závislost. Jakákoliv příjemná a naplňující činnost, která vyvolává pocity odměny působí na tytéž odměnové a motivační systémy v mozku jako užívání návykových látek (Baker et al., 2011). Dopamin je důležitý především v momentě, kdy se očekává příjemný podnět. Nejvíce se vyplavuje v očekávání příjemné zkušenosti. Při prožívání příjemného stimulu je přísun dopaminu nejvyšší na jejím začátku a postupně se snižuje. Výrazná dopaminová stimulace je podmíněna neočekávanou odměnou. V průběhu opakování dochází k toleranci, při které výrazná dopaminová stimulace vymizí. Naproti tomu nedostatek očekávané odměny má za následek snižování dopaminového signálu a látka již neposkytuje satisfakci jako na jejím začátku (Cohen et al., 2002). Během prvních

intoxikací, tedy při patologických zdrojích odměny, má látka za následek intenzivní zvýšení libých pocitů, které by člověk za jiných – fyziologických okolností nemohl získat. Návyková látka nabízí rychlejší a jednodušší pocity odměny. Při rozvoji závislosti se opakovaným nepřírozeným přísunem podnětů naruší přirozené fungování systému odměn, které vyvolá patologickou adaptaci, kterou je závislost (Váchová et al., 2009).

2.2 Fáze procesu závislosti a uzdravování

Průběh závislosti lze připodobnit k procesu truchlení, když ztratíme blízkou osobu. Způsob, jakým se lze vyrovnat se ztrátou blízkého je projít si procesem truchlení, který má několik fází (Röhr, 2015). Lze se domnívat, že alkoholik přichází v důsledku své závislosti o ztráty různého druhu. Jsou jimi ztráta kontroly, paměti na zážitky z pití, ztráta možnosti volby, ztráta sebeúcty, schopnosti mít odpovědnost za své činy v rámci společenských norem, nebo ztráta schopnosti finančně podporovat nebo zajistit svou rodinu (Friedman, 1984). Při úmrtí blízkého člověka je obvykle první reakcí pozostalých popření. Popření je obranný mechanismus, který při nepříjemné situaci umožňuje lidské psychice nepřijímat realitu situace (Röhr, 2015). Lidé se závislostí na alkoholu nebo jiných drogách své onemocnění popírají. Popření je patrné v počátečních i pozdních fázích závislosti. K tomu, aby se mohl závislý začít uzdravovat je nezbytné přiznat si své problémy, přiznat si svou závislost (Ponizovskiy & Gofman, 2017). K tomu se váže i množství relapsů, kterým si závislý obvykle prochází a které mu v důsledku mohou pomoci nahlédnout realitu vlastní nemoci. V průběhu závislosti, kdy postižení přicházejí o přátele, rodinu a práci si stále více uvědomují, že musí něco změnit. Přesto je bludný kruh závislosti náročné zastavit (Röhr, 2015). Dominují nepřizpůsobivé a naučené vzorce rozhodování a chování, které vytvářejí začarovaný kruh, který je hlavním důvodem relapsů. Pro zotavení je nezbytné nahradit maladaptivní kognitivní vzorce a nastavit udržitelné změny (Perry & Lawrence, 2017).

Druhou fází, která následuje po popření je prožívání vzteku, zoufalství, sebenávisti a výčitek. Obdobně jako při úmrtí. Jednou z vyrovnávacích strategií, jak se s pocity viny a vztekem vypořádat je jejich bagatelizace. Všechny zmíněné pocity se prolínají a může z toho vzejít depresivní ladění závislého, obviňování druhých, ukřivdění, smutek, pocity vlastní nedostatečnosti a nedokonalosti. Dříve, v době užívání, nepříjemné prožívání

alkohol otupil. Při abstinenci tyto negativní pocity převládají a je náročné se s nimi vyrovnat (Röhr, 2015).

Třetí fází podle Röhra (2015) je aktivní zpracování smutku a převzetí odpovědnosti. Dovolit si být smutný a zasloužit si útěchu, je pro závislého nezřídka nemyslitelné. Mnohem snazší pro ně bývá vrátit se do předchozí fáze a pokračovat v sebevyčítkách a sebenenávisti. K úzdavě je nutným krokem přiznat si závislost a nadále ji nebagatelizovat, přijmout ji, a tím zahájit změnu vnitřního postoje. V této fázi provází proces uzdravování několik potíží, se kterými se klienti mohou setkat. Mají potíže truchlit. Neustálým otupováním bolesti alkoholem ztratili schopnost prožívat smutek. Naráží na pocity provinění a nenávisti k sobě samotným, k čemu všemu je alkohol a jiné drogy zavedly, a to ztěžuje zpracování jejich realistického obrazu sebe samých (Röhr, 2015). Podvolit se smutku je náročný proces a proto je důležité, aby byl terapeut trpělivý a podporující. Měl by mu pomoci při uznání ztráty, při její identifikaci a zkoumání pocitů, které při ní nastaly. Identifikace toho, co daný klient ztratil, je důležitý krok k tomu, aby mohl začít proces smutku. V momentě, kdy víme, o co jsme přišli, je snazší ztrátu oplakat (Friedman, 1984).

Na to úzce navazuje čtvrtá a poslední fáze, kterou Röhr (2015) nazývá zmrtvýchvstání. Podobenství křesťanského zmrtvýchvstání znamená v kontextu závislosti vstát z mrtvých a znovu se zrodit, tedy začít nový život, když ten původní ztroskotal. V historii jedince, který užívá návykové látky, najdeme spoustu momentů, které s pitím alkoholu nebo jinou závislostí souvisí (Röhr, 2015). Gábor Maté tvrdí, že u každého člověka se závislostí je možné v jeho životní historii nalézt zranění, která mohla vést k vyhledávání útěchy ve formě závislosti. Zážitek traumatu zvyšuje u jedince pravděpodobnost rozvoje závislosti (Nepustil & Geregová, 2020). Podpořeno je to i výzkumy, které prokazují vysokou korelaci mezi zneužíváním alkoholu nebo jiných drog a rodinným systémem. Poukazují na provázanost narušených rodinných vztahů jak v původní rodině, tak i současných rodinných vztazích. Jedním z důvodů závislosti mohou být traumatické zážitky z dětství a dospívání (fyzické a sexuální zneužití, psychické týrání), nebo konfliktní vztahy s rodiči a výchova od emocionálně nedostupných rodičů. Následně současné problémy ve vztazích mohou pramenit z přenesených rodinných vzorců z původních rodin (Schäfer, 2011). K tomu, aby jedinec porozumněl své závislosti a mohl ji přijmout jako součást svého života, je nutné, aby zpracoval svůj vlastní život a nahlédl pod svou závislost. Tím, že porozumí tomu, co ho k ní vedlo, co alkoholem nebo drogou řešil, může začít nový život (Röhr, 2015).

2.3 Alkoholismus a jeho fáze

Alkoholismus má za následek ztráty v průběhu aktivního užívání alkoholu a nakonec i ztrátu samotného alkoholu, pokud se rozhodne pro střízlivý život. Alkoholici se nejčastěji rozhodnou pro léčbu z důvodu mnoha ztrát a nebo hrozeb, ze strany rodiny, přátel a jiných blízkých. Alkoholik, který aktivně pije zažívá velký smutek jakožto reakce na mnohé ztráty, které zažil za dobu nekontrolovaného užívání alkoholu (Friedman, 1984).

Alkoholismus lze rozdělit do čtyř fází. V první – počáteční (prealkoholická) fázi je pití zdrojem uklidnění. Při nepříjemných pocitech, vnitřním napětí, naštvanosti, frustraci, nudě, smutku nebo například prázdnoty nabízí alkohol zdánlivé řešení při zakoušeném nekomfortu. Ve fázi varovné (prodromální) jedinec postupně zvyšuje množství alkoholu. Může si být vědom své potřeby konzumovat, a tak návykovou látku začíná skrývat. Myšlenky na alkohol vstupují do popředí a potřeba mít dostatečné množství zásob postupně sílí. Vyšší konzumace má za následek pocity viny. Výrazné začínají být i výpadky paměti, které pocity viny ještě více umocňují (Röhr, 2015). V rozhodné (kritické) fázi ztrácí alkoholik kontrolu nad svým pitím a kontrolu nad ním získává samotný alkohol. To je hlavním symptomem chorobné závislosti. Alkoholici jsou považováni za zdatné řečníky. Své pijáctví dokáží velmi přesvědčivě omlouvat a ospravedlňovat. Při dlouhodobém pití začíná alkohol postupně měnit osobnost. Především stoupá agresivní a podrážděné chování. Dotyčný začíná být nespolehlivý, ztrácí zájem o okolí, přátele, zájmy i rodinu. Alkohol se stane středem jejich zájmu a jeho potřeba prostupuje již do celého dne, nehledě na denní dobu. Mohou se objevovat první organické obtíže (Skála, 1986). V konečné (chronické) fázi je alkohol užíván denně a organická poškození mozku jsou výraznější než ve fázi předchozí. Mohou se projevovat poruchami soustředění, zpomalením tělesných pohybů či viditelnými poruchami krátkodobé paměti. Dalším jevem, který je delší abstinencí stále reverzibilní jsou poruchy myšlení. V konečné fázi dochází k ztrátě tolerance a může být přítomné i delirium tremens (Röhr, 2015).

3. Léčba závislosti

Péče o závislé je v České republice zajištěna státními i nestátními zařízeními. Uživatelé návykových látek mají na výběr z terénních programů, kontaktních center,

detoxifikačních oddělení a ambulantních zařízení. Dále je možnost využít střednědobé léčby, dlouhodobé léčby a doléčovacích center. Druh péče si volí klient, ovšem s ohledem na jeho klinický stav a míru motivace ke změně. V kompetenci odborníků je posoudit jeho anamnézu a historii užívání návykových látek. Dále jeho tělesný stav, sociální zázemí, možnosti zapojení se do pracovního procesu a komorbiditu psychických onemocnění (Minařík & Nečas, 2010). Léčba závislosti je v České republice dobrovolná, a to i za podmínek, kdy se k ní pacient rozhodl pod tlakem okolností, případně v důsledku využití technik posilování motivace. Nařízená léčba je možná v případě, že je pacient nebezpečný sobě a okolí. I přes to se po odeznění akutního stavu podaří část pacientů získat k léčbě dobrovolně (Nešpor, 2018). Existuje také možnost tzv. ochranné léčby nařízené soudem pro trestný čin spáchaný vlivem návykové nemoci (Nešpor, 2018, s. 85).

3.1 Přehled dostupných služeb

Léčba závislosti alkoholu je poskytována sítí adiktologických služeb, které tvoří zařízení a programy různých typů služeb. Od zdravotních po sociální a výchovně-pedagogické, které jsou zasazeny v různých oborech a legislativních rámcích. Česká republika skýtá přibližně 250–300 programy adiktologických služeb různých typů, přičemž nejčastěji mají status sociální služby a zdravotnického zařízení (Mravčík et al., 2020).

3.1.1 Terénní program

Terénní program je vhodný pro takové klienty, kteří nejsou motivováni ke změně a nechtějí, nemohou, nebo mají jiné důvody k tomu, že chtějí užívat psychoaktivní látky nadále. S tím se pojí model minimalizace rizik neboli harm reduction (Minařík & Nečas, 2010). Ke službám terénního programu se řadí ještě kontaktní centra neboli nízkoprahová zařízení, poradenství, zdravotní péče a sociální práce (Fidesová et al., 2013).

3.1.2 Ambulantní léčba

Historicky existovaly AT ambulance („A” jako alkohol a „T” jako toxikomanie), což byly speciální ambulantní zařízení, které zřizovalo odvětví psychiatrie a zaměřovali se na léčbu závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách. V průběhu let došlo k

rozpadu této nabízené péče a v systému zdravotnictví tato služba chybí (Mravčík et al., 2009).

Současně je ambulantní léčba poskytována zejména zdravotnickými psychiatrickými zařízeními, zdravotnickými a nezdravotnickými adiktologickými ambulancemi (Mravčík et al., 2020). Při ambulantní péči je možnost docházet do denního stacionáře, který obvykle trvá 4-6 týdnů, přičemž klient dochází na celodenní program v rámci konkrétního terapeutického zařízení. Druhou možností je pravidelné navštěvování specializované ambulance pro léčbu závislosti, ve kterých se klient účastní psychoterapeutických skupin, má možnost individuálního poradenství a farmakoterapeutické podpory ze strany psychiatra (Popov, 2003).

V České republice je péče poskytována také nestátními neziskovými organizacemi, přičemž některé z nich jsou evidovány jako zdravotnická zařízení. Například jediné zařízení, které u nás nabízí intenzivní ambulantní léčbu formou denního stacionáře je instituce SANANIM, ve kterém léčba trvá 4 měsíce (Chomynová et al., 2023). Stacionární léčba závislosti bývá jednou z nejobtížnějších. Ačkoliv klienti přes den docházejí do terapeutického zařízení, kde se účastní celodenního programu, tak po jeho skončení odchází zpět do svého domácího prostředí, které bývá mnohdy rizikové. Účast a plnění podmínek bývá náročné na motivaci a odhodlání klienta (Drbohlavová, 2014).

3.1.3 Rezidenční léčba

Pobytová léčba je v České republice poskytována především psychiatrickými nemocnicemi a psychiatrickými oddělení nemocnic, ve kterých probíhá abstinčně orientovaná zdravotnická léčba závislosti. V rezidenčních léčbách využívají farmakologických a psychoterapeutických přístupů. Další z dlouhodobých a intenzivních možností léčby jsou terapeutické komunity. Obvykle trvá od šesti do dvanácti, a i více měsíců (Mravčík et al., 2020). Jedním z příkladů je terapeutická komunita Němčice, která nabízí pobytovou léčbu a sociální rehabilitaci v období 10–15 měsíců. Kromě skupinových terapií, pracovních terapií, individuálního a rodinného poradenství a další psychologické a psychiatrické péče je základní léčebnou metodou samotný život uvnitř komunity (Drbohlavová, 2014).

3.1.4 Nestátní léčebné programy

Během posledních deseti let se v České republice začali rozvíjet privátní služby, které se zaměřují na pomoc osobám trpících závislostmi. Společná charakteristika soukromých léčeben je to, že nejsou hrazeny z veřejných zdrojů či zdravotními pojišťovnami, tudíž klienti nejsou hlášeni do informačních systémů. Některé ze soukromých zařízení, které nabízejí léčebné programy pro klienty s problémovým užíváním alkoholu a dalších návykových látek jsou NEO Centrum, AdiCare, Institut Origanum, Alkos a další (Chomynová et al., 2023).

3.2 Co znamená úspěch při léčbě

Lze tvrdit, že úspěch léčby závislosti zpravidla vyžaduje, aby byla dlouhodobá. Z toho důvodu je vhodné, aby klient využíval co nejvíce nabízených alternativ a možností léčby. Odborníci by tedy měli vědět o dostupných zařízeních a v ideálním případě by měli spolupracovat (Nešpor, 2018). Minařík a Nečas (2010) uvádí, že k dosažení úspěšné léčby je nezbytné, aby byl v procesu rozhodování o vstupu do léčby a výběru jejího druhu přítomen daný klient.

Uzdravení se z drogové a alkoholové závislosti chápe většina výzkumníků a odborníků pouze ve vztahu k užívané látce, tedy jako úplnou abstinenci od alkoholu a jiných návykových látek. Historicky má na dané paradigma vliv společenství Anonymních alkoholiků a jejich program 12 kroků. Někteří autoři vychází při definování toho, co je to vyléčení se z Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch. Druzí počítají roky, kdy diagnóza poruchy užívání alkoholu nebyla přítomna (Laudet, 2008). Téměř vždy byla hlavním cílem léčby abstinence od návykových látek. Bez ohledu na cíle poskytované léčby, která je orientována na zdrženlivost všech návykových látek si v praxi klienti vytváří vlastní cíle. Existuje svépomocná organizace, *Moderation Management*, která podporuje alkoholiky, aby si stáli za svým rozhodnutím, pro které se během léčby rozhodli. Tedy chtějí-li abstinovat nebo se pokusit o bezproblémové pití alkoholu. Zájem a blaho klienta má stát vždy na prvním místě. Systém pravidel v léčebných zařízeních by měl vycházet z cílů, které si stanoví klienti (Ilgen et al., 2008).

3.2.1 Kontrolované užívání alkoholu

Kontrolovaná konzumace alkoholu je považována za kontroverzní téma, které ovšem v praxi bývá jedním z cílů, kterého se klienti chtějí držet (Ilgen et al., 2008). Fenomén kontrolovaného užívání a jeho popularita vzrostla díky oznámení, ve kterém stálo, že po uplynutí 18 měsíců od ukončení léčby, která byla orientovaná na abstinenci, se podařilo 24 % pacientů držet cíle úplné abstinence a 22 % pacientů bylo označeno jako „*moderate drinkers*” (umírněný uživatelé alkoholu). I přes kontroverzi tohoto tématu se některým jedincům podařilo po problémovém užívání alkoholu vrátit k bezproblémovému užívání alkoholu (Ilgen et al., 2008). Termínem *kontrolovaný* rozumíme předem plánovaný průběh užívání alkoholu daným jedincem. Existuje více druhů non-abstinentních přístupů, avšak všechny programy kontrolovaného užívání mají společné pilíře, ze kterých vycházejí. Jsou jimi: důsledný monitoring spotřeby návykové látky, zahrnující sledování sociálního, myšlenkového i emočního kontextu konzumace. Dalšími klíčovými prvky jsou asistované plánování (řízení) spotřeby alkoholu zohledňující ne pouze zamezení impulzivního pití, ale také zachování principů sebeúčinnosti. Během kontinuální terapeutické podpory je třeba dbát i na její edukativní charakter, který napomáhá posílit schopnost klienta rozeznat vysoce rizikové a nízkorizikové konzumace (Funke et al., 2021). Ovšem existuje mnoho proměnných, které jsou po období problémového užívání alkoholu zásadní a od toho se odvíjí úspěch kontrolovaného užívání alkoholu. Většina studií přináší výsledky, že jedinci, kterým se posléze podaří užívat alkohol v omezené míře bývají mladší, mají lepší sociální zázemí a netrpí těžkou formou závislosti, respektive v jejich anamnéze nalezneme méně primárních problémů s alkoholem (Ilgen et al., 2008).

3.2.2 Principy zajišťující efektivitu léčby

K zajištění efektivity a úspěšnosti léčby existují ideální principy, kterými bychom se v rámci indikace a procesu léčby měli zabývat. Jsou jimi:

1. Vhodný výběr léčby.
2. Rychlá dostupnost.
3. Zajištění pružnosti odborníků v rámci rozmanitých potřeb klientů, a to včetně zdravotních, psychologických, sociálních a právních potřeb.
4. Individuální přístup a schopnost reagovat na měnící se potřeby klientů.

5. Multidisciplinarita týmu, jelikož důležitou součástí je také vhodné nastavení medikace, monitorování její účinnosti a podle potřeby úprava dávkování nebo naopak ukončení.
6. V případě komorbidit duševního onemocnění léčit obojí.
7. Detoxifikace je počáteční fází léčby a má za úkol připravit klienta na další kroky v jeho léčbě. Bez dalších fází léčby má jen malý efekt.
8. Tlak, který vyvíjí na závislého rodina, zaměstnavatel nebo úřady je v rámci přijetí léčby a setrvání v ní mnohdy příznivý. Nedobrovolnost klienta zahájit léčbu nemusí být neúčinná.
9. K překonání závislosti se může vyžadovat opakování léčby, jelikož jde o dlouhodobý proces. Zlepšení účinnosti léčby podpoří účast ve svépomocných organizacích typu Anonymní alkoholici (Nešpor, 2018).

3.2.3 Výzkum – úspěch léčby

Důležitou a opomíjenou otázkou je to, co znamená vyléčení pro jedince, kteří byli se závislostí léčeni, jak oni vnímají proces léčby (Laudet, 2008).

V roce 2007 byla v USA uskutečněna studie, které se zúčastnilo celkem 289 respondentů, kteří byli přes 18 let závislí na cracku a heroinu. Během této studie abstinovali od všech nelegálních drog 31 měsíců. Jejich úkolem bylo vybrat tvrzení, které nejvíce odpovídalo jejich osobní definici vyléčení. Tvrzení, ze kterých měli na výběr byly následující:

1. *Mírné nebo kontrolované užívání jakýchkoliv drog a alkoholu.*
2. *Zákaz užívání drogy, na které byli závislí a příležitostné užívání ostatních drog nebo alkoholu.*
3. *Zákaz užívání jakékoliv drogy a občasné užívání alkoholu.*
4. *Zákaz užívání jakýchkoliv drog nebo alkoholu (úplná abstinence).*

Většina respondentů (86,5 %) se přiklonila k poslední variantě, tedy k úplné abstinenci (Laudet, 2007). Vzhledem k tomu, že byl tento výzkum proveden ve Spojených státech amerických, ve kterých je systém léčby ovlivněn ideologií Anonymních alkoholiků, provedli výzkumníci ještě jednu studii. V australském Melbourne se studii zúčastnili participanti, kteří byli závislí především na heroinu a stejně jako předchozí zkoumaná skupina v poslední době neužívali žádné návykové

látky. Skoro tři čtvrtiny (73,5 %) australských účastníků vybralo variantu úplné abstinence drog a alkoholu.

V souvislosti s první studií, která proběhla v roce 2007 se výzkumníci snažili získat ještě další data, a to pomocí kvalitativní metody. Otázka, kterou kladli respondentům zněla „*Jak byste definovali vyléčení závislosti na alkoholu a drogách?*“ Zatímco 43 % účastníků odpovědělo, že vyléčení spatřují v abstinenci, více než polovina odpověděla jinak. Jedním z témat, které se prolínalo napříč výpověďmi účastníků bylo, že uzdravení je proces opětovného získávání vlastní identity, vlastního Já, své sebeúcty, které kvůli závislosti ztratili. Ukončení užívání návykových látek neznamená plnou úzdravu či úplné zotavení. Nejde o konečný bod, jelikož jedinci v průběhu své závislosti ztratili nejen sebe, ale mnohdy i přátele, rodinu, nebo zaměstnání. Z toho vyplývá, že zotavení je proces, který nejde dostatečně rychle, jak někteří vyléčení jedinci zmiňují. Dále ve svých výpovědích uváděli, že v průběhu jejich abstinence od návykových látek se ostatní oblasti života nezlepšují tak rychle, jak by si přáli. K dosažení úzdravy a zotavení nestačí jen abstinence. Je důležité i zlepšení osobního zdraví a sociálního fungování, tedy zlepšení kvality života (Laudet, 2008).

Kvalita života je jedním z indikátorů úspěchu léčby závislosti. Lze to vyčíst již z definic a kritérií alkoholismu, které hovoří o problémech způsobených alkoholem v oblastech života jako rodina, zaměstnání, sociální a emoční fungování. Jak ukazují výše popsané výzkumy, abstinence není konečnou fází úzdravy a neznamená okamžité zvýšení kvality života (Donovan et al., 2005).

3.3 Motivace klientů k léčbě

Téma motivace u lidí léčených pro závislosti na návykových látkách je rozsáhlou oblastí. Jeden z důvodů, proč osoby trpící závislostí vyhledají léčbu, je motivace ke změně. Identifikovaným fenoménem, který vede klienty k vyhledání odborné pomoci je proces kognitivního zhodnocení. Ten působí jako faktor vedoucí k vyhledání léčby, ale zároveň jako stimul vedoucí ke změně. V jedné studii se alkoholici rozhodli řešit své problémy bez odborné péče a popisovali tentýž mechanismus kognitivního vyhodnocování, který je vedl ke změně. Nejčastějšími důvody vyhledání a zahájení léčby bylo zvažování pro a proti a varování od manžela/manželky nebo jiných důležitých osob. Dalším často voleným důvodem bylo, že si alkoholici sáhli na dno anebo prožili traumatickou událost (Wild et al., 1998).

Zajímavou a důležitou otázkou, která vede k tématu motivovanosti závislých klientů jít se léčit je výsledek jejich léčebného pobytu. Vztahuje se to i k tomu, zda klienti léčbu zahájí, dokončí a budou se držet jejich stanovených cílů i po jejím skončení, tedy budou-li abstinovat nebo si sníží množství užívaného alkoholu. V tomto kontextu může mít motivace dvojí formu. Řízená motivace zahrnující chování, které je ovlivněno vnějšími vlivy (odměnami, sociálními kontrolami) nebo intrapsychickými tlaky, jako např. pocity viny nebo povinnosti. Oproti tomu autonomní motivace zahrnuje chování, které je podněcováno na základě osobní volby a vychází z vlastního, vnitřního rozhodnutí. Ve srovnání s řízenou motivací je autonomní motivace spojena s pozitivnějším prožíváním na straně klienta. Pociťuje vnitřní zájem, touhu zkoumat, je flexibilnější a zapojenější. Plnění úkolů má pro něj větší smysl. To, zda se klienti do léčby dostali z vlastní iniciativy, nebo na popud svých blízkých nebo nařizením soudcem má také vliv na budoucí spolupráci klienta a terapeuta. Vnímaná motivace ovlivňuje přesvědčení klienta a terapeuta o účinnosti protialkoholní léčby (DiClemente et al., 1999).

VÝZKUMNÁ ČÁST

Empirickou část práce představuje kvalitativní výzkumná sonda, v níž se zabývám zkušenostmi mužů, kteří se léčili pro závislost na alkoholu. Vzhledem k volbě narativní perspektivy v rámci výzkumu, která je zaměřena na jedinečnou osobní zkušenost a její ztvárnění prostřednictvím vyprávění, jsem se snažila o co nejkompexnější přístup.

V „*textech*“ do popředí vstupoval příběh jako celek a z toho důvodu byla ke zpracování rozhovorů využita metoda narativní analýzy, konkrétně holisticko – obsahová a holisticko – formální perspektiva.

4. Metodika výzkumu

V této kapitole popisuji zvolenou výzkumnou metodu, uvádím cíle výzkumu a výzkumné otázky. Dále popisuji, jak probíhal sběr dat, včetně výběru participantů a zmiňuji etické zásady výzkumu.

4.1 Zkoumaná problematika, cíle výzkumu a formulace výzkumných otázek

Cílem výzkumné sondy je poukázat na to, jak muži vnímají svoji zkušenost závislosti na alkoholu, jak o ni přemýšlejí a vyprávějí. Rovněž mě zajímalo, jaké životní události a okolnosti předcházely tomu, než odbornou pomoc vyhledali, a co určovalo, že se rozhodli začít pobytovou léčbu. Dále jsem přemýšlela nad tím, co mohlo být zlomovým okamžikem, že jim již nepomáhala „*láhev alkoholu*“ a rozhodli se vyhledat pomoc.

Jako hlavní výzkumnou otázku jsem stanovila: **Jak muži vnímají svoji zkušenost závislosti na alkoholu a jak o ní vyprávějí?**

Dále jsem si položila podotázky:

Které mezníky považují muži závislí na alkoholu za klíčové pro rozhodnutí začít léčebný pobyt? Jaké životní události předcházely vyhledání odborné pomoci?

4.2 Výběr výzkumného souboru a sběr dat

Participant mého výzkumu byli vybráni účelově ze soukromé terapeutické kliniky NEO Centrum. Tato klinika byla založena s cílem vytvořit důstojné a příjemné prostředí pro nejen adiktologické klienty. Zakladatel NEO Centra, Libor Votruba, vycházel při

zakládání zařízení ze své vlastní zkušenosti se závislostí a prvotní cílovou skupinou byli jedinci, kteří z důvodu jejich časově náročné profese vyhledávali „únik od reality“ ve formě alkoholu či jiných drog. Z toho důvodu jsem zvolila jako výzkumný soubor muže, kteří jsou starší 30 let (včetně) a jsou tedy nejčastějšími klienty této kliniky. Vzhledem k tomu, že jde o soukromou kliniku, jsou pobytové programy placeny z finančních zdrojů klientů, nikoliv ze zdravotního pojištění. Samotný fakt, že jde o placenou službu pomáhá zúžit participanty do skupiny jedinců, kteří jsou určitým směrem motivováni k léčbě, která byla z hlediska mé zkoumané problematiky významná. Další z kritérií bylo, aby po ukončení léčby pokračovali v nějaké formě doléčování, která dle mého názoru prohloubí jejich schopnost reflexe. Pro narativně orientovaný výzkum bylo podstatné, aby byli klienti dostatečně komunikativní a byli schopni sami co nejvíce volně a spontánně vyprávět o své zkušenosti. Dále mě zajímala jejich zkušenost se soukromým sektorem adiktologických služeb a z toho důvodu jsem stanovila kritérium, aby pobyt v NEO Centru byl jejich první dlouhodobější léčbou. Bod 2) z mých kritérií byl stanoven z důvodu odstupe od jejich prožitých zkušeností. Mnou stanovená kritéria uvádím pro přehlednost v bodech níže.

Participantů byli vybráni podle následujících kritérií:

- 1) Muži závislí na alkoholu, kteří jsou starší 30 let (včetně).
- 2) Absolvovali čtyř nebo šesti týdenní léčebný pobyt v soukromém zařízení NEO Centrum, přičemž od ukončení léčby uplynula doba maximálně jeden rok.
- 3) Po ukončení léčebného pobytu se účastní některé z forem doléčování – individuální psychoterapie, skupinové psychoterapie, adiktologické poradenství, skupina Anonymních alkoholiků a další.
- 4) Léčba v zařízení NEO Centrum je jejich první pobytová léčba.

Rozhovoru bylo ochotno zúčastnit se celkem pět mužů. Se všemi z nich rozhovor proběhl osobně v prostorách soukromé kliniky NEO Centrum. Ovšem samotná analýza byla provedena pouze na čtyřech rozhovorech. Pátý byl použit jako pilotní. Konečný výzkumný soubor tvořili čtyři muži.

První rozhovor byl s Tomášem a trval 60 minut. Rozhovor s Martinem trval 40 minut. Petrův rozhovor měl délku 49 minut a Davidův trval 50 minut.

4.3 Etické aspekty výzkumné sondy

Participantů byli před samotným rozhovorem obeznámeni s tím, v čem bude naše setkání spočívat. Byl jim předem zaslán informovaný souhlas, který obsahuje informace o studii a zajišťuje ochranu osobních údajů. V souvislosti se zvoleným výzkumným souborem jsem obzvlášť dbala o zajištění anonymity a snažila jsem se pečlivě zakrýt identity všech participantů. Anonymita a diskrétnost jsou základními pilíři kliniky, ke kterým jsem přihlížela a respektovala je. I z těchto důvodů byl zvukový záznam po přepsání rozhovorů smazán a transkripce bude k dispozici pouze komisi u obhajoby a vedoucí diplomové práce.

4.4 Volba výzkumné metody

V praktické části jsem se rozhodla pro narativní výzkum, pro který je typická narativní perspektiva zkušenosti. Ta, jak uvádí Chrz (2007, s.7) „zaostřuje” na prožívanou biografickou zkušenost a její význam. Perspektiva příběhu umožňuje vidět, že souvislost, směřování a celkový tvar prožívaného života jsou tvořeny figurami a zápletkami příběhů, které žijeme či které vyprávíme (Chrz, 2007). Narativní přístup tedy od samého počátku říká, že „realita” se kterou na základě své perspektivy zachází, je „realitou” konstruovanou, podobně jako „reality” konstruované z jiných (často nereflektovaných) perspektiv (Chrz, 2007, s.7).

Předpoklad, ze kterého narativní přístup vychází, je chápání narativní konstrukce (konstrukce příběhu) jako principu strukturace zkušenosti. Život dostává tvar, souvislost, řád, smysl a směřování skrze svou narativní organizaci. Pomocí narativní konstrukce je život zároveň ztvárněn a interpretován (Čermák et al., 2007). Narativní výzkum je možné chápat jako interpretaci interpretace, jako rekonstrukci konstrukce či jako převyprávění vyprávění (Chrz, 2007, s. 7). Z toho vyplývá, že chce-li se výzkumník něco dozvědět o významu zkušenosti daného člověka, je nutné, aby se zaměřil na to, jakým způsobem dotyčný svůj příběh strukturuje a je důležité, aby byl vyprávěný život interpretován z hlediska významů, které mu přisuzují vyprávějíci, což je klíčové i pro předpokládanou výzkumnou sondu (Čermák, 2002).

4.4.1 Narativní rozhovor

Pro narativní rozhovor je charakteristické to, že je strukturující aktivita výzkumníka omezována na minimum a respondent je povzbuzován ke zcela volnému vyprávění. Je

důležité, aby měl participant prostor spontánně strukturovat svou zkušenost a tím získal možnost říct si to své. Nicméně neznamená to, že je výzkumník zbaven odpovědnosti za spolukonstrukci a spoluinterpretaci získaného autobiografického vyprávění. Povaha narativního rozhovoru je participační a dialogická (Chrz & Čermák, 2011).

4.4.2 Narativní analýza

Samotná analýza získaných dat v rámci narativně orientovaného výzkumu začíná opakovaným čtením analyzovaného textu. Zpočátku je cílem vytvořit si prvotní celkovou představu o analyzovaném vyprávění a nezaměřovat se na specifické konkrétní aspekty příběhu. Dalším krokem je výběr konkrétní interpretační perspektivy. Při analyzování jednoho textu je možné uplatnit různé modely narativní analýzy a zaměřit se tak na odlišné aspekty příběhu, kterými například jsou: celkové téma, dílčí témata, struktura příběhu a dílčí jazykové prostředky. Kombinací různých interpretačních perspektiv v rámci jedné analýzy získáváme hlubší porozumění textu a zároveň se zvyšuje validitu (Řiháček et al., 2013). Interpretační perspektivy, ze kterých je možné vycházet jsou 1) Syžet – Fabule, 2) Holistická – Obsahová, 3) Holistická – Formální, 4) Kategoriaální – Obsahová, 5) Kategoriaální – Formální a 6) Kritická narativní analýza (Čermák et al., 2007).

V holisticko – obsahové perspektivě je kladen důraz na obsah vyprávěného příběhu. Pozornost je zaměřena na příběh jako na celek, a především na jeho obsah. Jednotlivé části příběhu jsou interpretovány v kontextu celého příběhu a jeho dalších částí (Řiháček et al., 2013). Pomocí tohoto přístupu identifikujeme jádrovou narativu, což je téma, které je živé a smysluplně prochází celým textem (Čermák et al., 2007).

Holisticko – formální perspektiva se zaměřuje především na formu vyprávěného příběhu. Je kladen důraz na dějovou linku, zápletku, gradaci příběhu, klíčové body obratu apod. Dále identifikuje narativní typologii, vývoj narace a narativní kohezi (Čermák et al., 2007).

Kroky ve kterých může analýza probíhat jsou dle Řiháček et al., (2013) následující:

1. krok: rozdělení textu na fabuli-syžet

Smyslem prvního kroku je rozlišení dvou navzájem provázaných částí, které tvoří to, co bylo převyprávěno (fabule) a jak to bylo převyprávěno (syžet). Důvodem rozdělení textu na fabuli a syžet je především to, že na něj navazují další fáze analýzy, ve kterých

je možné zabývat se více obsahovou stránkou příběhu, tedy fabulí nebo jeho formálními aspekty, které tvoří syžet (Čermák, 2002).

2. krok: identifikace klíčových mezníků v příběhu – rozdělení vyprávění do dílčích epizod

V druhé fázi se identifikují jednotlivé mezníky příběhu, konkrétní události či dílčí epizody. Jednotlivé mezníky jsou určeny z hlediska celkového příběhu a v kontextu celého vyprávění, což nejvíce odpovídá holisticko-obsahové analýze. Tento krok umožňuje provést jakési převyprávění vyprávění a může výzkumníkovi pomoci v lepší orientaci v příběhu (Řiháček et al., 2013).

3. krok: identifikace bodů obratu – vývoj příběhu a celková struktura vyprávění

V tomto kroku jsme vybrali takové mezníky, které lze označit za „uzlové body“ či „zlomové momenty“. Jsou to taková místa v příběhu, ve kterých dochází k podstatnému dějovému obratu. Pozornost je také zaměřena na vývoj vyprávění a jeho propojení v celkové struktuře příběhu. Sledujeme směřování příběhu, gradaci, vyvrcholení, klíčový obrat, rozuzlení apod. Tento krok nejvíce odpovídá holisticko-formálnímu zaměření narativní analýzy (Čermák, 2002).

4. krok: identifikace žánrové konfigurace vyprávění

Poslední krok, kterým je žánrová analýza, završuje holisticko-formální způsob práce s vyprávěním. Postup žánrové analýzy je takový, že analyzovaný text opakovaně čteme a hledáme podobnosti a rozdíly mezi analyzovaným příběhem a obecnou strukturou žánrů. Typologie žánrů, je přehledně uvedena v následující tabulce (Řiháček et al., 2013, s. 81-82):

Tabulka 1

Přehled typologie žánrů dle Murrayho (1985)

	Komedie	Romance	Tragédie	Ironie
Dosažení	Úspěchu	Úspěchu	Neúspěchu	Neúspěchu
Kontrola	Osud	Individuální	Osud	Individuální
Řešení	Smíření	Naděje	Beznaděj	Ironie
Figura/postava	Bezstarostný klikař	Hlava v oblacích	Zmučená duše	Cynik
Životní filozofie	Pragmatismus	Idealismus	Fatalismus	Existencialismus

Zdroj: Řiháček et al., 2013, s. 81-82

Pro komedii je typická důvěra ve šťastný osud. Jedinec je smířený a pro jeho příběh je typické, že se vše nakonec nějak vyřeší a dobře dopadne. Pro romanci je charakteristické, že to, oč v životě běží, je nutné si vybojovat, zachránit či vysvobodit. Základními figurami jsou hledání, překonávání, osvobozování a dobrodružná cesta. V tragédii je život troskotáním, katastrofou či pádem. Na život je nahlíženo jako na sekvenci neúspěšných pokusů vymanit se z pout různých omezení. Na žánr ironie lze pohlížet jako na obranu před zklamáním a krutostí života (Čermák, 2002).

4.5 Vlastní předporozumění zkoumanému tématu

Téma závislosti na alkoholu či jiných návykových látkách bývá opakovanou volbou, kterou si studenti volí ke zpracování závěrečných prací. V průběhu studia jsem měla možnost stážovat ve státním, ale i soukromém sektoru služeb pro adiktologické klienty. Dlouhodobá stáž v soukromém zařízení NEO Centrum byla pro mě zkušeností, která mě ovlivnila natolik, že jsem se ji rozhodla prohloubit v souvislosti s mou diplomovou prací. Domnívám se, že neobvyklá cílová skupina, kterou jsem pro výzkumnou část vybrala, může přinést neotřelé pohledy a jedinečné zkušenosti mužů, kteří se léčili pro závislost na alkoholu v soukromém zařízení. Zároveň vnímám a cítím se zodpovědná za povědomí o chodu daného zařízení a o klientech, které jsem v průběhu stáže měla možnost poznat. Na to je v souvislosti s narativní analýzou potřeba dbát. Dále bych

chtěla podotknout, že analýzy rozhovorů jsem prováděla již se znalostí a porozuměním předchozích příběhů. Mou zkušenost a mé předpoklady je nutné uzavřít. Neodvážila jsem se předpovídat, co mohli participanti prožívat. Zajímalo mě, jaké životní události vedly muže k vyhledání léčby, co vyhledání předcházelo, a především, jak svoji zkušenost závislosti na alkoholu prožívají a vnímají. Všem participantům jsem dala možnost otevřeně hovořit o jejich zkušenosti s alkoholem a snažila se vytvořit bezpečné prostředí pro jejich sdílení.

5. Rekonstrukce narativních rozhovorů s muži závislími na alkoholu

V této kapitole představím všechny participanty, kteří se podíleli na mé výzkumné části a byli ochotni sdílet jejich zkušenost s alkoholem. Participantů bylo celkem pět, z čehož jeden z nich nebyl zahrnut do výsledků a celkového zpracování narativní analýzy. Jednalo se o participanta Jiřího (50 let). Tento rozhovor jsem použila jako pilotní, vzhledem k tomu, že mé reakce a doplňující otázky nesplňovaly náležitosti výzkumného způsobu reagování. Stručně řečeno, jeho zkušenost ve mě vzbuzovala emoce, na jejichž základě jsem reagovala a mohla jsem tím ovlivnit jeho prostor pro spontánní strukturu zkušenosti.

Získané rozhovory byly zpracovány v souladu s výše popsanými kroky narativní analýzy. Dále jsem se zaměřila na holisticko – obsahovou a holisticko – formální interpretační perspektivu.

5.1 Zkušenost Tomáše

Záznam z pozorování a můj dojem

Tomáš na mě zpočátku působil nervózně. K uvolnění atmosféry a snížení nervozity dle mého pomohlo znovu objasnění toho, o čem naše setkání bude. Zpočátku rozhovoru jsem se více doptávala, nicméně postupně byl Tomáš komunikativnější a sdílnější. Zároveň byl věcný a během vyprávění se jako kdyby držel pomyslné osnovy. Z jeho způsobu vyprávění na mě doléhal klid a lehkost. Působil optimisticky a byl usměvavý.

Klíčové mezníky, rozdělení příběhu do epizod

1. Život s alkoholem do podzimu roku 2023

Na samém začátku vyprávění se Tomáš ohlíží za období, ve kterém se zvyšovala frekvence pití alkoholu a jeho kontrola nad ním se ztrácela: „*V podstatě, tak já jsem pil docela dlouho. V podstatě celý svůj dospělý život, ale tak nějak se to průběžně prostě zvyšovalo, nebo, no, v podstatě se zvyšovala frekvence asi a jako problém jsem to začal vnímat asi ve chvíli, kdy se na mě vlastně asi projevovala, nejspíš, fyzická závislost. V podstatě v tom smyslu, že pokud jsem se ráno nenapil, tak se mi klepaly ruce, no.*” Prvním mezníkem je třes rukou, který ho vyváděl z míry a alkohol byl pro něj prostředek, jak třes utlumit. Dále vzpomíná na období, kdy se pití alkoholu stávalo častější a to především od doby, kdy mu bylo 26 let a začal chodit do práce. Tomáš je programátor a práce na počítači je pro něj zároveň velkou zálibou. Po pracovní době směřovala jeho cesta do hospody, kde pokračoval v pracování. Doma pracovat nechtěl a hospoda byla schůdné řešení, kde se zkombinovalo příjemné s užitečným, tedy práce na notebooku a pití alkoholu. Poté přechází k popisu období, které bylo pro něj náročné a dá se říci, že se postupně blížil k vyhledání odborné pomoci. Sám Tomáš zmínil, že: „*Vlastně špatně jsem na tom byl 2x.*” Poprvé to byly okolnosti a situace, když si kvůli třesu nebyl schopný zavázat tkaničky od bot a jediné co mu pomohlo byl alkohol. Kvůli potížím se třesem navštívil lékaře – nikoliv z důvodu alkoholu, ovšem kvůli jeho zdravotnímu stavu (alkoholické žloutence a špatným výsledkům krve) ho lékařka nechala týden na interně na lůžkovém oddělení. Po propuštění mu bylo doporučeno vyhledat protialkoholní léčbu. To odmítl s tím, že nemá s alkoholem problém. Alkohol na dobu 2, 3 měsíců přeci jen omezil, ale pak začalo období, kdy se opět rozpil. V té době mu začala zkušební doba v práci, kde zažíval stres, se kterým se pojil i třes a tak se pití alkoholu stupňovalo. Prvně pil před prací, později i v práci, do které po zkušební době nakonec nenastoupil. Byl doma a dál pil. Tímto postupně uzavírá kapitolu, jak to vypadalo do podzimu roku 2023 – tedy tím, než za ním přišla rodina a blízcí a nabídli mu pomocnou ruku, což je další mezník, kdy na tom byl Tomáš jeho slovy „*špatně*”.

2. Prozření – zahájení léčby a vzpomínání na léčbu

Toto období jsem nazvala prozřením, jelikož si Tomáš začal připouštět, že s alkoholem problém asi má a že to sám nezvládne. Ze zkušenosti, kdy se po krátkém období opět rozpil a jeho stav byl horší než předtím, usoudil, že to nezvládne a zkusí si nechat pomoci. Rozhodl se přijmout nabídku rodiny: „*No a já vlastně už v té chvíli jsem si říkal, že to pití asi problém bude trochu. Takže rozhodně nechci takhle v tom režimu dál žít, fungovat, pokračovat a vlastně ještě ten den – večer, už jsem byl rozhodnutý, že*

tu nabídku přijmu a že využiju tu léčbu.” Tento mezník odstartoval proces, během kterého došlo k zahájení léčby. Samotná léčba byla jedním z velkých mezníků a tak dalším bodem, který vyplývá již z názvu kapitoly je vzpomínání na léčbu. Tomáš zmiňoval a vzpomínal to, co mu léčba dala a co se během ní o sobě dozvěděl: „*Taková ta moje vlastní zpětná vazba mě posunula trochu dál, že se dívám na spoustu věcí jinak s tím, že v rámci té léčby se mi dostalo spoustu různých návodů, jinejch pohledů, jinejch názorů. S některými jsem se ztotožnil, s některýma ne.*” K tomu se váže další z klíčových mezníků, který navazuje na třetí kapitolu a tím jsou Tomášovi změny, které ve svém příběhu popisuje.

3. Proměna

Epizoda *Proměna* shrnuje období, které následovalo po léčbě. Pro tuto životní etapu, která pokračuje dodnes je výstižné slovo „změny”. Tomáš popisuje to, jak sám sebe občas nepoznává. Jeho vnímání a přístup k řešení situací je jiný. Věci, které mu dříve vadily a nad kterými by se pozastavil až rozčilil ho nyní nechávají klidným. Mimo to, že Tomáš stále abstínuje, což je samo o sobě velkou změnou, tak se v jeho životě změnila spousta věcí, které prostupují na všemožné roviny. Popisuje se jako vnímavější, komunikativnější a otevřenější, z čehož je až nesvůj. Zlepšily se mu vztahy v rodině a s přáteli. Důležitým prvkem, který se na první pohled jeho příběhu nemusí zdát tak zjevný, je to, že nemusí být na cokoli již sám: „*Prostě nejsem na to sám už.*” Byl zvyklý a i naučený nesdílet své problémy a vyřešit si vše sám. K tomu mu velmi pomáhá navštěvování anonymních alkoholiků. Tomáš zakončuje svůj příběh zmínkami o rizikových faktorech, což je pro něj právě samota a nuda. Shodou náhod popisuje nedávnou korektivní zkušenost, kdy si chvíli po ukončení léčby zlomil ruku a musel být několik týdnů doma. Rizikovou situaci zvládl bez alkoholu a jeho cíle – abstinence, se stále drží.

Identifikace bodů obratu, vývoj příběhu a celková struktura vyprávění

Prvním zlomovým okamžikem, který zazní již v začátku vyprávění je třes rukou, který Tomáše zužoval a omezoval. Zmínka o třesu je významná v průběhu celého příběhu. Třes je zjevný „*(...) ve chvíli, kdy jsem v nějaké tenzi, ať z časových důvodů, nebo vlastně kvůli okolí, tak v podstatě to vnímám jako stres a v tu chvíli se mi začnou třást ruce.*” A tak zdánlivým východiskem byl alkohol, který „*mi pomáhal se toho zbavit.*” Příběh pokračuje navrácením do doby, kdy se Tomášovo pití alkoholu stupňovalo, což šlo ruku v ruce s jeho zaměstnáním. Klíčový obrat v příběhu nastává ve

chvíli, kdy ho alkohol dovedl do stavu, ve kterém: „(...) *jsem si nebyl schopnej zavázat tkaničky bez toho, aniž bych se napil (...)*.” V této fázi příběh graduje a tento mezník započal sestupnou linku příběhu, kdy následovaly události jako: návštěva obvodní lékařky, výsledky krevního a následná hospitalizace na interně na lůžkovém oddělení. Po propuštění, kdy mu byla doporučena protialkoholní léčba, Tomáš odmítl, jelikož nepociťoval, že by měl s alkoholem až takový problém, který je nutný léčit v rámci dlouhodobé hospitalizace. Sestupné události pokračovali, ačkoliv to chvíli vypadalo nadějně: „*Pak jsem asi 2 měsíce..nemůžu říct úplně nepil (zasmání), ale nepil. Výrazně jsem to omezil (...)*”. Ovšem poté se znovu rozpil a na podzim, roku 2023: „*Skončilo to dost podobně.*” To bylo podruhé, kdy byl na tom Tomáš, jak sám řekl: „*špatně*”. Klíčový obrat nastává ve chvíli, kdy se nechá slyšet od blízkých a rodiny a přistoupí na možnost pobytové léčby: „*(...) a to už se moje nejbližší okolí v podstatě domluvilo (zasmání), ale jakože v dobrým s tím, že mi nastavili zrcadlo dejme tomu. S tím, že mám problémy s pitím a že by bylo dobrý s tím něco dělat, jestli bych nechtěl vyhledat odbornou pomoc.*” Zároveň je to moment, kdy si začal uvědomovat svůj problém s pitím alkoholu.

Léčba je zlomovým bodem a klíčovým mezníkem, kdy se události v Tomášově příběhu začaly ubírat vzestupně. Po léčbě si přijde „*(...) otevřenější vůči svému okolí (...) a (...) komunikativnější.*” Přesto, že se ze všech změn cítí „*(...) nesvůj (...)*”, nepřikládá tomuto slovu negativní konotaci a je mu „*(...) fajn, velmi dobře.*” Zároveň to působí, jak kdyby léčba byla rozuzlením jeho trápení s alkoholem a dala mu vnitřní sílu pokračovat v doléčování, která hraje v jeho příběhu také důležitou roli: „*Spousta lidí říká, že.. nebo já jsem to měl na anonymních alkoholících, že je vlastně nabíjí ta energie skupiny a já vlastně už to chápu. Působí to na mě stejně. Je to takový klišé, takový zjednodušení a opravdu v té společnosti cítím nějakou, nějaký spojení prostě, že jsme na jedné lodi a máme podobný problémy všichni a navíc je to místo, kde o těchto problémech můžem mluvit.*” Ve finální části příběhu se Tomáš svěruje s nedávnou zkušeností, která byla pro něj riziková – samota, nuda. Chvíli po návratu z léčby si zlomil ruku a „*ustál jsem to a to mě taky těší.*” V závěru vyprávění je jeho korektivní zkušenost ukázkovým zakončením vzestupného vývoje událostí, ze kterého se Tomáš těší a posílilo to jeho víru v abstinenci.

Typologie žánru

V rámci identifikace žánrové typologie se Tomášův příběh nejvíce přibližuje romanci. Důležité v jeho příběhu je, že dosáhl úspěchu, což je pro Tomáše abstinence, která byla jeho stanoveným cílem. Léčba byla něco, co mu pomohlo překonat jeho problémy a zároveň mu otevřela nový pohled na svět. Společenství, které mu dodává víru a naději v lepší zítřky jsou Anonymní alkoholici, které jsou pro něj významné v rámci doléčování. V jeho vyprávění se objevují úspěchy a neúspěchy, které přisuzuje sobě, nikoliv okolí a ostatním lidem. Z příběhu je zjevné, že je strůjcem svých rozhodnutí a cítí se za ně zodpovědný. Tomášův závěr příběhu má i přes neblahost události, jeho zlomené ruky, šťastný konec. Rozhodl se jít cestou střízlivosti.

Jádrová narativa

Stěžejním tématem, které prostupuje Tomášovým vyprávěním bych nazvala jako „*přibližování se k poznání toho, kdo jsem*“. Toto hlavní téma je reflektováno zejména v druhé a třetí epizodě.

5.2 Příběh Martina

Záznam z pozorování a můj dojem

Martin byl sdílný a zdálo se mi, že se snažil podat svůj příběh co nejpřesněji k položené otázce. V průběhu rozhovoru jsem se musela více doptávat. Přišlo mi, že bylo pro Martina náročné vracet se do období, kdy pil. Působil na mě křehce. Přesto se odhalil a byl ohledně své zkušenosti velmi upřímný. Z toho, jak vyprávěl svůj příběh na mě dolehla jakási tíha a bolest.

Klíčové mezníky, rozdělení příběhu do epizod

1. Slyšíte mě někdo?

Martin začal pít alkoholu vnímat „*(...) jako velký problém v době (...)*“, kdy se po rozvodu svých rodičů odstěhoval z města, kde předtím společně žili. Konkrétně zmiňuje, že to bylo v době jeho neúspěšných pokusů o studium, což jsem identifikovala jako první mezník. Martin pamatuje, že se rodiče hádali během jeho celého dětství. Popisoval to jako traumatický zážitek, jelikož pociťoval strach. Chování rodičů bylo agresivní. „*Nesnášel jsem mámy cholerický výstupy. Zároveň jsem se bál, když táta je nalítej.*“ Bál se, že otec ublíží jeho matce. Rozvedli se, když mu bylo 13, 14 let. Máma šla do nového bytu a táta se odstěhoval z města. Martin šel bydlet k tátovi. V té době ho

otec finančně „*dotoval*“ a měl představu, že Martin bude mít adekvátní vzdělání, ne-li vysokoškolské. Tuto představu sdílela i Martinova matka. Martin měl ale odlišnou představu. Tehdy vizi budoucnosti neměl žádnou, ale studijní typ nebyl. Rodiče na něj „*(...) dost tlačili (...)*“. V příběhu se ohlížel na dobu, kdy jeho problémy začaly již v pubertě, kdy ještě nebyl plnoletý a se spolužáky „*(...) poměrně dost hulili, skoro o každý přestávce.*“ Další mezník je období jeho osmnáctých narozenin, dovršení zletilosti. Alkohol byl pro něj „*(...) dosažitelnější (...)*“ a začal hodně pít. Následovalo zhoršení jeho chování. Byl agresivní, měl psychické problémy a začal užívat antidepresiva. Jak sám zmiňuje, začal se „*vylejvat*“ proto, že ho rodiče tlačili do studia. Byl by mnohem radši, kdyby mu otec „*místo toho, abys mi platil doučování, aby si se za mě přimlouval a sháněl takové příležitosti, který dělat nemůžu a ani nechci, tak co kdybys mi dal 50 tisíc, já si udělám řidičák na kamion a půjdu do práce a budu si jezdit.*“ Tátovo odmítnutí v něm odstartovalo ještě větší pití alkoholu. U táty trávil čas především sám, bez dozoru, a žili sami dva ve velkém domě. Po splnění úkolů, co mu táta zadal si propašoval flašku do pokoje a pil doma. O alkohol neměl nouzi, jelikož „*(...) táta byl velkej pijan.*“ Martin fungoval tak, že místo toho, aby šel do školy, tak se autem přesunul o vesnici vedle, kde dospával v autě. To reflektuje jako období, kdy vnímal, že má problém „*(...) ale nějak jsem s tím rozhodně nemínil nic dělat, bylo mi to fuk.*“ S matkou se v té době vídal jednou za čas a na její rady „*(...) nikdy moc nedal (...)*.“ Podle Martina měla „*(...) svérázněj způsob, jak věci podávat, takže mně od dětství bylo protivný to její přikazování. Přikazovala cholericky, řevem. Takže to už jsem v tomhle věku rozhodně na to neslyšel. Ani jako malej jsem na to neslyšel.*“ Tato epizoda shrnuje období, které trvalo do Martinových 22 let.

2. Klid před bouří

Mezník, který začíná další kapitolu, je Martinův partnerský vztah. V té době, jak kdyby jeho závislost utichla. „*(...) protože já, jakmile jsem měl takhle někoho rád, nebo měl rád mě, tak jsem se dokázal zřetovat citama a tolik jsem k tomu alkoholu netíhmul.*“ Vztah jim nevydržel a svůj žal Martin přepil. „*(...) a vzápětí na to přišla další známost.*“ S novou slečnou se do sebe zamilovali. Začali spolu bydlet a jeho pití se zlepšilo. Pil jen o víkendy. Tehdy se vzepřel tátovi a šel se vyučit vysněným řemeslem. Necelé dva roky vše fungovalo. Za další mezník, který se momentálně nemusí jevit jako významný spatřuji událost, kdy Martin začal jezdit k tátovi na víkendy, kde mu „*pomáhal*“ a tam si jak kdyby doháněl svůj alkoholový deficit. S přítelkyní spolu už

byli nějakou dobu a „(...) *tak jsem to zase rozjel.*” Poté se vyučil a „(...) *už to začalo bejt blbý.*” Pití doma bylo skoro na denní bázi a následovaly události jako: návštěva psychiatra, kde mu byla předepsána antidepresiva a trestní řízení, kvůli řízení pod vlivem – to se stalo během víkendu, kdy „(...) *byl u táty právě (...)*”. Sledem těchto událostí se s ním chtěla rozejít i jeho přítelkyně, která ale zjistila, že je těhotná, a tak s ním zůstala. Během jejího těhotenství a i po narození syna se snažil fungovat, ale alkohol si neodpustil. „*No a čím byl kluk starší, tak já jsem to bral celý tak, že já jsem tvrdě pracující, dělám rukama a na dílně to pivo po tý těžký dřině si opravdu můžu dát*”. Po pěti pivech s kolegy si cestou domů koupil buď placatku a nebo si dal další piva doma. Chtěl mít „(...) *stav úplně, at' večer vyloženě omdlím do tý postele.*”

3. Ode zdi ke zdi

Tato epizoda shrnuje životní období, ve kterém se objevila spousta emocí a vyprávění Martina na mě působilo velmi silně a intenzivně. Z toho důvodu jsem se rozhodla jeho slova citovat častěji. Alkohol ho lapil, prostupoval do jeho denního fungování a myšlenka abstinence byla v tu dobu velmi vzdálená. Začal se propíjet do stavů, kdy následovala alkoholová okénka a začal být agresivní. Vzpomínal, že jeho syn rostl a začal víc vnímat. Říkal si: „*No tak to je čím dál tím horší. Hlavně syn roste a kouká na mě. Snažil jsem se chodit domu co nejpozději tím pádem, aby mě opravdu zažil co nejmiň v tomhle stavu, ale furt jsem si říkal: Ty seš takový hovado, proč to prostě děláš? Vždycky jsem to přebil myšlenkami, že takhle se normálně žije. Takhle žije každej, takhle prostě.. Ta abstinence pro mě není. Já to vnímat okolo sebe nechci, já chci bejt takhle vypnutej a že to nějak zvládnou a že to nějak omezím.*” Mezník přišel v době, kdy zkoušel hledat pomoc. Navštívil Anonymní alkoholiky – „(...) *to mi vůbec nasedlo. Přišlo mi, že ty lidi jsou strašně samolibý, strašně... nedokážou mlít o ničem jiným, než o tom, jak je ta abstinence úžasná, jak jsou svobodný a jak tohle, tamto. A já si říkám: Fajn. A co ty lidi, který měli problém jak já s pitím, že furt pijou, že nejsou schopný vydržet nepít třeba 3 dny. Moje maximum byl nějak tejdenn, ale v hodně dlouhým časovým rozmezí a už jsem se i cejtil dost divně a klepal jsem se z toho. Říkal jsem si, že lidi, co zvládli z velkého chlastání začít pít normálně, tak ty lidi tam logicky nasedej a určitě takový existují a já se k nim přidám. Já jsem dost chytrej na to, abych to sám zvládnul a vymyslel. Přece si nenechám ujít vždycky, když je co slavit. Přece si nenechám ujít tu možnost vykalit se do toho příjemného stavu, kdy vás nic neštve. To jsem si nedokázal představit, že bych bez toho jednou nebyl. Ale zhoršovalo se to.*”

Začínaly okna, destrukce, zapominání. No prostě vždycky, když jsem si spočítal, kolik jsem z vejplaty propil, prokouřil, no tak jsem byl třeba i na nějakých 13 tisících za měsíc. To bylo něco hrozného. Pak logicky nemáte žádný pro rodinu volnočasový rezervy, aktivity, nemůžete podnikat. Byl jsem přítelkyni odpornej, ale furt jsem si myslel, že to jde jinak.“ Kvůli silným depresivním stavům navštívil i Bohnice, ale byl natolik opilý, že ho nemohli přijmout. Šlo mu hlavou: „Sakra, kam ses to dostal? Vždyť dřív, když bys měl 2,7 promile, tak bys sotva stál a teď, když jsi úplně v pohodě, taková vyřídilka. Všechno to bylo špatný. Když jsem se z toho ráno probral, bylo to ještě horší. “ Cítil se hrozně a začal se i „(...) hrozně blbě cejtit pod vlivem.“

4. Pomocná ruka

Poslední epizoda, která si v kontextu Martinova příběhu zaslouží svoji vlastní část, začíná nalezením toho pravého zařízení, kam se šel léčit. Po marných pokusech, kdy se snažil najít pomoc v Bohnicích, u Anonymních alkoholiků, a dokonce i u Apolináře, kde vydržel jen jeden den, se nakonec rozhodl pro pobytovou léčbu v NEO Centru. Okolnosti, které tomu předcházely byly následující. „ (...) a náhodou v jeden den, kdy jsem byl doma sám, přítelkyně byla se synem u svých rodičů a taky jsem měl za sebou nějakou totálně šilenej večer, kdy jsem se objevil někde na okraji města u nějaký ženský. No a přišel jsem domu až někdy hodně brzo ráno a říkal jsem si: No, to je katastrofa už, co bude dál. A náhodou přišla máma ke mně domů. Byl už jsem střízlivej, byla milá. Byla v pohodě a říkala, že mi klidně na tuhle cestu pomůže finančně, ale že se to už musí dít a já jsem řekl: Jo, je to pravda, že nad tím taky dlouho přemejšlím a musí se to začít řešit.“ Tuto část příběhu spatřuji jako další mezník. Jak kdyby laskavý zájem jeho matky umožnil Martinovi přijmout pomoc a mohl jít své problémy řešit. „Nabídla mi pomoc. Ona mi ji nabízela agresivním způsobem dlouhodobě, ale tentokrát už jsem dospěl do takového stádia, že jsem se s ní dokázal domluvit nějak věcně. Ale i ten její přístup byl nějaký jinej.“ Martin tedy nastoupil na čtyřtýdenní léčbu, která mu dle jeho slov oproti předchozím pokusům v jiných institucích více vyhovuje, ačkoli se o ni v závěru svého příběhu zmíní jen letmo. Svůj příběh zakončuje větou: „A závěrem bych neřekl vůbec nic, protože nemám rád žádný sentimentální řeči.“

Identifikace bodů obratu, vývoj příběhu a celková struktura vyprávění

Martin otevírá příběh obdobím rozvodu rodičů a uvedením do situace, jak to vypadalo u nich doma. První zlomový moment zazní již v úvodu jeho vyprávění, kdy se

pítí alkoholu stalo velkým problémem po neúspěšných pokusech o studium. Tento mezník je úzce spjatý s jeho rodiči, kteří na něj apelovali a tlačili. Situací doma vyvstávají první konflikty, kterým Martin čelil a vzpomíná již na období prvních experimentů s návykovými látkami. Významný zlomový bod jsou Martinovy 18. narozeniny. Tímto dnem se stal alkohol dosažitelnější a dochází k výraznému dějovému obratu. Velké pítí alkoholu, psychické problémy a agresivita, jsou události značící sestupnou tendenci příběhu. Posléze následovaly události, které sledují v ději vzestupnou linku. Významný bod, který v příběhu značí jakýsi plamen naděje je moment, kdy se Martin zamiloval. Netrvalo to dlouho a přišel zvrát. *„Ale to dopadlo příšerně, protože jednou jsem se tak zlíl a měl jsem své záchvaty agrese a pocitu méněcennosti, že jsem ji z fleku prostě poslal pryč.”* Po nezdařilém vztahu přišel vzápětí další vztah, což podpořilo vzestupnou linku děje. Necelé dva roky to Martinovi s partnerkou fungovalo. Zlomový moment, který příběh posunul skoro až k nejnižšímu bodu je chvíle, kdy Martin začal jezdit na víkendy k tátovi, kde *„(...) stejně jsem se tam vykropil totálně, protože mi to furt chybělo (...)”*. Od té doby nešťastné události gradovaly. Současně lze pozorovat, jak kdyby se děj vrátil na začátek příběhu a kolečko problémů se opakovalo. Následovalo velké pítí alkoholu, které bylo na denním pořádku, návštěva psychiatra a předepsání antidepresiv a navíc ještě trestní stíhání, kvůli řízení vozidla pod vlivem alkoholu. Události v ději sestupovaly níž a níž, kdy se i partnerka Martina rozhodla od něj odejít. To se nestalo, vzhledem k tomu, že zjistila, že je těhotná. To Martina zastavilo chvilkově. Pak pil dál a dál, čímž děj v souvislosti s jeho závislostí gradoval, až se příběh ocitl na nejnižším možném bodu. Sám Martin to nazval *„To už byl vrchol. Já jsem vždycky, když už jsem přišel domu nacamranej a ještě jsem si něco přitáhl a vypil to, tak jsem často ještě chodil do toho nejdýl otevřeného místa, kde jsem si mohl ještě něco koupit. Pak už jsem se začal ztrácet po městě, ale tohle se dělo, nebylo to v jednotkách. Bylo to hodně dlouhodobý. Začal jsem se objevovat na divných místech s divnými lidmi. Kolikrát jsem do práce nepřišel kvůli tomu. No, už jsem si neměl co říct ani s přítelkyní. Do toho syn furt začínal bejt hodně jako táta tohleto, táta tamto a mě víc zajímalo, že se vyleju. I když jsem s ním byl venku, tak jsem si ty 2 piva aspoň do ruky vzal. Začalo to bejt strašný.”* Částečné rozuzlení příběhu, které je důležité v souvislosti s jádrovou narativou je další z významných mezníků, kterým je změna přístupu jeho matky. Matka mu pomoc nabídla jinak, než byl zvyklý. Nekřičela, nepřikazovala *„Ale i ten její přístup byl nějakej jinej.”*

Typologie žánru

Žánr, kterému se Martinův příběh nejvíce přibližuje je ironie. V jeho zkušenosti můžeme vidět několik marných pokusů o vyhledání odborné pomoci, které v průběhu vyprávění Martin přičítal za vinu sobě. Mnohonásobné selhávání (přestat pít) je z podstatné části ztvárněno v jeho vlastní režii. Jeho celkové ladění během rozhovoru, které je jen těžko zaznamennatelné slovem mělo cynický nádech. Pousmání, povzdechy, ironické až hořké zasmání, byly dalšími ukazateli, které mají nejbliž žánrové typologii ironie.

Jádrová narativa

Téma, které smysluplně prochází celým příběhem je „*vztah s rodiči*“. K tématu „*vztahu s rodiči*“ se pojí pojmy jako laskavost, samota, nepřijetí, nezájem. Ty se sice z jeho příběhu doslovně nevyčtou, ale v kontextu celého textu je zjevné, že to s jádrovou narativou úzce souvisí. Z Martinova vyprávění se vynořují události, které zažíval s jeho rodiči a téměř vždy ho dovedly k flašce alkoholu. Ve chvíli, kdy zažil Martin porozumění a blízkost v jakémkoliv vztahu, tak bylo jeho pití alespoň načas klidnější. Z toho mi přijde, že vzešly jakékoliv záblesky naděje, které by mohly vést ke změně.

5.3 Petrova zkušenost

Záznam z pozorování a můj dojem

Petr na mě působil přátelsky a vřele. Během rozhovoru byl velmi akční, bezprostřední a komunikativní. Slova se chopil s radostí a v souvislosti s diplomovou prací chtěl být co nejvíce nápomocen, což soudím z jeho velké sdílnosti a otevřenosti ohledně zkušenosti s alkoholem.

Klíčové mezníky, rozdělení příběhu do epizod

1. Vzpomínání na dětství

Petr začíná svůj příběh dětstvím, které reflektuje, že „*(...) do 6, 7 let bylo super, jsem vyrůstal v cizině a měl jsem tátu a mámu.*“ Zároveň již od začátku svého vyprávění vzpomíná, jak se alkohol objevoval v jeho rodině. Jeho oba dva rodiče pili. Matka pila do té doby, než zemřela a otec přestal okolo 50 let, kdy si našel novou ženu. Při nástupu do první třídy se Petr musel přestěhovat do Čech a žil u své babičky s dědou, na což velmi rád vzpomíná. Jeho rodiče zůstali v Dánsku a řešili rozvod, což tehdy nevěděl. Po

návratu rodičů zjistil, že již nejsou spolu a také byl obeznámen s tím, že jeho otec má novou ženu. Po rozvodu bydlel u své matky, která začala pít ještě víc. Petr tomu nerozuměl a mámy se bál, a tak začal bydlet u svého otce, tam cítil „(...) *pocit bezpečí* (...) “. Žil tedy pohromadě se svým otcem, „(...) *macechou* (...)” a jejím synem, kterého Petřův otec vyženil. V té době se u nich doma pořádaly večírky, při kterých se dost popíjelo. V tomto kontextu Petr zmiňuje, že to bylo vlastně dobré, protože „(...) *aspoň nedostanu nařezáno* (...)”. Jeho otec ho mlátil a již tehdy Petr vnímal, že upřednostňoval vyžehněného syna.

Do 6. třídy nastoupil Petr do školy ve Francii, kam se s otcem, macechou a nevlastním bratrem přestěhovali. Fyzické trestání trvalo do Petrových 14,15 let. Zároveň mu přišlo, že na otce měla velký vliv macecha, která chtěla Petra „(...) *vyštípát* (...)” a dávala mu dost najevo, že je nechtěný. Vzpomíná, že jednou byl natolik zmlácený, že se na Mezinárodní Den dětí nemohl s ostatními dětmi koupat v bazénu, protože „(...) *měl jelita všude, modřiny po celém těle* (...)” .

Nakonec Petra „*vyštípali*” a odstěhoval se zpátky do Čech – tehdejšího Československa, ke své matce. Koneckonců byl rád: „*Chtěl jsem ji nějak zpětně vrátit to, že jsem odešel.*” Po ukončení studia na gymnáziu „(...) *od mámy odešel, protože se jí narodil klučina – malinkej můj bráška, k tomu se možná dostanu. Když mi bylo 18, tak se narodil a odešel jsem žít k babičce.*” Poté si našel přítelkyni, s kterou začali společně bydlet a vzali se. Mezitím se jeho máma rozpila do takového stádia, že se rozešla se svým partnerem a nemohla se starat o Petrova malého brášku. Nakonec to došlo do fáze, kdy bratr Petra skončil v dětském domově. Petr se podílel na tom, aby ji byly sebrána rodičovská práva a během soudu „*Svědčil jsem proti ní* (...)” .

Co se alkoholu týče, do té doby „(...) *pítí bylo standardní, příležitostný – o víkendů nebo s přáteli jednou za měsíc. Takže relativně v normě, i nad rámec pijících Čechů, tak jsem byl pod normou.*” První mezník, který v celkovém kontextu jeho vyprávění spatřuji za významný je následující: Petrova matka obdržela předvolání k soudu, po kterém ji byla odebrána rodičovská práva. Tehdy „(...) *bylo naposled, co jsem ji viděl žít.*” Ovšem to Petr ještě nevěděl.

Petrovi na jeho mladším bratrovi velmi záleželo a vzhledem k tomu, že byl v dětském domově a jeho otec o něj nejevil zájem, chtěl ho adoptovat Petr. S tím nesouhlasila jeho manželka, což ovlivnilo jejich vztah a došlo to do bodu, kdy se rozešli. Petr „(...) *si našel životní lásku*”, byla to „ (...) *láska jako blázen* (...)”, která záhy skončila. Vzhledem k tomu, že rozvod s jeho ženou ještě neproběhl a manželka

Petra jeho milenkou vydírala, tak se nakonec rozhodl „ (...) *abych ji ochránil, tak jsem to všechno oštrihal (...)* ”. V této části jeho vyprávění se vrací k prvnímu mezníku, tedy ke smrti své matky, jelikož se dozvěděl, že zemřela. „(...) *dozvěděl jsem se to rok a půl potom, co umřela.* ” V ten moment se mu vybavil den, kdy „(...) *s ní přestřih kontakt (...)* ”. Zdá se, jak kdyby v něm její smrt odstartovala intenzivnější pití alkoholu. Do té doby bylo jeho pití v rovině „(...) *standardní, příležitostný – o víkendů nebo s přáteli jednou za měsíc.* ”

2. Po smrti matky

Druhá epizoda začíná tím, kdy si Petr postavil dům a užíval si konzumního způsobu života a svých peněz, kterými se před sousedy netajil. V tom spatřuje podobnost, se svým otcem „(...) *začal jsem se chovat, jako ten můj táta se choval v dospělosti, když stavěl barák a ukazoval všem, že maj všichni okolo peníze a zval si známý a začali jsme popíjet se sousedama* ”. Stejně tak, si Petr zval návštěvy a od jara do podzimu se pilo. „*A takhle to nějak pokračovalo dál, nevěnoval jsem tomu pozornost a život šel dál (...)* ” Zlom v jeho pití vidí v momentě, kdy si našel partnerku, která „*hodně kalila* ”. Pila víc než on a Petr se „(...) *o to víc jsem se tomu přizpůsobil tomu tempu.* ” Po čase se rozešli, avšak Petr zůstal v nastavené laťce jejich popíjení nadále. V té době chodil 2x, 3x týdně do hospody. Vzápětí přišla nová přítelkyně, které po krátké době jejich vztahu diagnostikovali rakovinu. Její prognóza nebyla dobrá. V momentě, kdy byla Petrova přítelkyně nemocná, byl ve vztahu na vše sám a snažil se pro ní dělat maximum, snažil se „ (...) *dělat toho baviče.* ” Pití alkoholu se stupňovalo a sám Petr si uvědomil „ (...) *že hodně piju, to byly třeba každý dva dny, ale já byl úplně vycucanej, ale asi jsem si nedokázal v tu chvíli říct o pomoc: Hele, tak pojďte jí bavit i ostatní. A myslel jsem si, že všechno zvládnou. Tím, jak jsem se postaral o bráchu. Říkám si, je to moje povinnost. Tak toto taky zvládnou všechno.* ” Popisoval, že byl emočně vyčerpaný. Byl v zápřahu v práci a „*Prostě jsem na to byl fakt sám (...)* ”.

Po smrti partnerky začal žít s novou, která se jmenovala Jana. V té době měl Petr spoustu práce a povinností. Tlak na výkon v zaměstnání se stupňoval, s čímž se zvyšovalo i vypité množství alkoholu. „*Už jsem pil, abych mohl usnout. Už mi jela hlava a já, když jsem nebyl, tak mi do pěti do rána jela hlava a usnul jsem na půl hodiny, tak jsem se napil. To jsem si dal 4-5 panáků jenom proto, abych byl najednou oblblej a šel jsem si lehnout. No dobrý, tak to nějak šlo, ale pak už jsem pil třeba během práce, když jsem věděl, že nebudu řídit, tak pojďte na panáka, takže jsme pili i v práci.* ”

Kvůli stresu v práci zanedbával vztah s Janou, přičemž zdánlivým řešením byly panáky alkoholu. „ (...) *já jsem se neuměl otevřít, takže to bylo jenom, abych veškerý emoce v sobě potlačil, umlčel to svoje já, které si chtělo říct o pomoc, ale nevědělo, jestli potřebuje pomoc, chce pomoc a tak jsem to jenom zazdil vždycky tím alkoholem, abych sám se sebou nemusel jakoby do hloubky přemejšlet.* “

Později z práce odešel a po dobu roku, co byl doma, ho celý propil. Jeho den začínal panákem a „ (...) *jel jsem tak do večera.*” V průběhu celého dne si držel opilý stav a „ (...) *večer jsem to úplně pohřbil, takže to už byla cesta do neznáma.*” Začarovaný kruh slibů a touhy přestat ho neustále vracel k flašce alkoholu, který si časem začal schovávat a pil tajně. Zkoušel měsíc nepít, což vydržel, ale potom pil o to rychleji.

V té době začal Petr čas od času navštěvovat terapeuta. Na jeho problém ho upozorňovala i přítelkyně, ale zlom nastal ve chvíli, kdy Petra upozornila jeho dobrá kamarádka. Ta mu „ (...) *otevřela oči (...)*” a tehdy mu došlo „*Ty vole, já jsem fakt v prdeli.*” Nakonec se Petr rozhodnul jít léčit, ale nechtěl do státní léčebny. Chtěl si zaplatit „ (...) *něco lepšího, aby to nebyla taková ostuda, aby to nebyla ostuda, že tak blbej jsem, že jdu se léčit.*”

3. Cesta ke střízlivosti

Vzhledem k tomu, že je Petr nejdéle abstinující participant mého výzkumu, rozhodla jsem se další epizodu věnovat jeho zkušenosti s 9,5měsíční střízlivostí, která tvoří v jeho zkušenosti podstatnou část. V této epizodě je klíčové téma a zároveň mezník *péče o sebe*, které se objevilo i v předchozí kapitole. Petr se v jeho životě, především po 30. roku života „ (...) *zapomněl starat hlavně o sebe (...)*.” V životě zastával několik rolí (manžel, bratr, hlavní šéf v práci), že zapomněl „ (...) *myslet na sebe.*” Léčba ho dovedla také ke smíření, že je alkoholik, a že nechce už pít, jak on sám zdůrazňuje: „*Ne nemůžu, já už prostě nechci pít.*” Kvůli alkoholu měl strach i o své tělesné zdraví. Výsledky odběrů, které vyšly dobře, byly chybějícím střípkem mozaiky, že „ (...) *jdu tou správnou cestou, že to má smysl i po týhletý stránce.*” Je si vědom toho, že upřednostňováním všeho okolo něj „ (...) *to mohlo v mém případě dopadnout ještě hůř, takže já jsem se zastavil ne za 5 minut 12, ale já jsem přesvědčenej, že v hodině 12.*”

V průběhu léčby, a i po ní, si urovnával blízké vztahy, které ho tížily. Z jeho příběhu na mě doléhá tíha, která souvisí s nedořešenými vztahy. Jedním takovým je vztah s jeho zemřelou matkou. Petr „ (...) *se trápil tím, že se jí nemůžu omluvit za to, že jsem proti ní svědčil.*” Další je vztah s otcem, kterého „ (...) *úplně nesnášel za to, co mně*

udělal, že upřednostnil vyženěného syna, mě vyštípá z té rodiny. “ Cítil k němu až nenávisť. Několikrát se pokoušel se svým otcem navázat na tohle téma, ale Petrovo opojení alkoholem pokaždé znemožnilo otcovo pochopení. V průběhu jeho cesty střízlivostí zmiňuje „(...) došel jsem až tak daleko na mě, že jsem mu teda odpustil, aniž bych mu to řekl: Odpouštím ti. Takže jsem mu odpustil.” Lituje momentů, kdy s ním bratr omezil kontakt, jelikož nechtěl být přítomen jeho devastaci a mrzí ho to kvůli partnerce Janě. Zároveň k tomu všemu přistupuje se vztyčenou hlavou a „*Taky se to snažím dát do pořádku, ať už spolu s tou Janou budem nebo nebudem.*” Popisuje, jak se proměnil vztah jeho a bráchy. Nemusí k němu přistupovat už jako k malému bráškoví, o kterého se musí starat, ale uvědomil si, že jsou „(...) si rovni (...)”.

Závěrem hovoří o lásce k životu a o radosti, že ho život baví a naplňuje. „*Mě baví život. Mě baví střízlivost, ale to všechno jsem začal chápat až tady na tom pobytu měsíčním*”. Ačkoli je Petr ateista, zmiňuje Boha, kterému skoro každý den děkuje, že může žít.

Identifikace bodů obratu, vývoj příběhu a celková struktura vyprávění

Petr začíná vyprávěním o dětství. Oproti předchozím participantům jde v první epizodě o jakýsi úvod, z jakého rodinného prostředí Petr pochází a děj je chronologický. Zkušenosti, kterých nabyl v interakci se svými nejbližšími, dávají smysl v kontextu celého příběhu a mají pozvolnou sestupnou tendenci. V příběhu se objevuje časté stěhování, které zapříčinil rozvod rodičů. Do rozvodu žil s oběma rodiči, poté s matkou, později s otcem, poté opět s matkou, a nakonec se svou babičkou. Příběh postupuje popisem zkušeností s alkoholismem jeho rodičů a fyzickým násilím, které na něm páchal jeho otec. Zlomovým momentem celého příběhu je smrt jeho matky, o které se Petr dozvěděl o rok a půl později. Okolnosti, během kterých viděl Petr svou matku naposledy podtrhávají neblahost dějové linie. V druhé kapitole vystává do popředí Petrovo pití alkoholu, které se plíživě stupňovalo. Zlomový okamžik nastal ve chvíli, kdy si Petr našel partnerku se kterou společně „*kalili*”. Po jejich rozchodu děj gradoval a jeho problém s alkoholem začal být zřetelnější. Nešťastné životní události se postupně nabalovaly a byl pod větším a větším tlakem. Intenzivnější pití umocnila diagnóza jeho zesnulé partnerky, záprah v zaměstnání a Petr „(...) *byl úplně emočně vyštavenej.*” Spotřeba alkoholu rostla, až se Petr ocitl v bludném kruhu závislosti. Děj postupně vrcholil, což šlo ruku v ruce s Petrovou závislostí. Klíčový obrat nastal upozorněním jeho dobré kamarádky, které ho dovedlo k rozhodnutí jít se léčit. „*Tak jsem řekl:*

Nastoupím. Přijel jsem sem a nastoupil jsem na měsíční léčbu (...)”. Děj má vzestupnou tendenci od chvíle, kdy si uvědomil, že se zapomněl starat především o sebe. K uvědomění mu pomohla léčba a následné doléčování, která ho zároveň vedla i ke smíření s těžkou minulostí. Dokázal se smířit s alkoholismem, smrtí matky a křivdami, které zažil s otcem. V průběhu vyprávění Petr velmi pozorně refletoval své chování, které bylo ovlivněné alkoholem. „*To už, já už ani nedokázal normálně přemejšlet. Teď, když to vezmu zpětně, tak to nemělo s racionální úvahou vůbec nic společného. To jenom v práci jsem něco dělal, aby to nějak fungovalo a to, já jsem nebyl normálně uvažující člověk jako. Teď když si vezmu, jak přemejšlim teď normálně. Tak já jsem musel bejt hroznej debil, když takhle nahlas nad tím přemejšlim.*” Závěr má v jeho příběhu šťastné vyřešení.

Typologie žánru

Petrovo líčení příběhu se nejvíce přibližuje žánru komedie. I přes tragické a bolestné události, které ho v životě potkaly, Petr hovoří o svém příběhu s nadhledem a lehkostí. Z jeho vyprávění na mě doléhá bezstarostnost.

Jádrová narativa

Centrálním tématem, které jsem v Petrově zkušenosti považovala za významné, je téma *emocí*, zejména jejich prožití a vyjádření. Téma emocí bylo patrné nejen z obsahu příběhu, ale i ze způsobu jeho líčení. Vyprávění některých pasáží bylo plné informací, které na jejich úkor místy ztrácely emoční náboj. Jako by se ztrácelo něco, co by dalo zkušenosti „*život a prožitek*”. Nejvýrazněji je téma reflektováno v první a druhé epizodě, ve kterých Petr sám uvádí: „*(...) abych veškerý emoce v sobě potlačil, umlčel to svoje já (...)*”. Dále spatřuji souvislost se vztahy, kam emoce bezpochyby patří. Ve vztazích mohlo být jejich odhalování riskantní a z toho důvodu se Petr mnohdy druhým neotevřel. „*Já jsem si je nikdy nepustil k tělu, nikoho moc.* Obtížnost v prožití emocí je patrná z jeho vztahů s ženami, ve kterých záhy po rozchodu byla nová partnerka. Ve třetí epizodě, která je časově zasazena do období během léčby a po léčbě je obsah i forma líčení *živější*. Mohu se pouze domnívat, že větší důraz na prožitek je ovlivněn Petrovou léčbou, doléčováním a jeho celkovým „*rozvojem*”.

5.4 Příběh Davida

Záznam z pozorování a můj dojem

David na mě působil nervózně až sevřeně. Podobně jako u Tomáše pomohly rozvolnit atmosféru neformální konverzace a znovu upřesnění, v čem spočívá rozhovor. Během rozhovoru jsem se musela často doptávat. David se v průběhu vyprávění o jeho zkušenosti s alkoholem pozastavoval a doplňoval plynulý děj historkami z jeho života, které někdy odváděly pozornost od struktury příběhu. Z jeho způsobu vyprávění jsem měla dojem, že jde o citlivé téma. To bylo nejzřetelnější ve chvíli, kdy hovořil o svých synech.

Klíčové mezníky, rozdělení příběhu do epizod

1. Z vrcholu na okraj

Jedním z mezníků, kdy David začal vnímat alkohol jako problém a který zmínil hned ze začátku vyprávění je Davidovo pracovní vytížení. Výstižná je jeho úvodní věta „(...) *když jsem pracovně byl zaneprázdněn, měl jsem vředy. Měl jsem takový špatný stav, když jsem v noci spal, nespál většinou, tak jsem začal většinou upíjet a v rámci manažerských povinností jsem většinou začal pít, když jsem musel hodně propouštět, protože on pak, když člověk u toho počítače sedí a musí šahat na známý, kamarády, tak už po té lahvi vína se to lépe dělalo. Bylo to takový pro mě bezbolestnější.*” David pracoval jako vysoce postavený manažer. K jeho pozici se vázalo časté cestování, přednášení na konferencích a pracovní doba, která vyžadovala být neustále na příjmu. Jak sám David řekl „*Já fungoval 24/7. Já byl zvyklej, že mi přijde v 1 ráno SMS, že něco do rána do půl 7 musí bejt hotový, všechno.*” Pracovní konference a zahraniční cesty se pojily s večírky, na kterých o alkohol nebyla nouze. David „(...) *byl zvyklej nonstop dělat a já jsem s tím neměl problém.*” Zlomová událost nastala před pěti lety, kdy ve své práci skončil. První dva roky byly pro něj náročné. Byl doma, nudil se a cítil se „(...) *nepotřebnej.*” Začal mít špatné stravovací návyky a trpěl nespavostí. „(...) *já jsem si dal první jídlo v půl 3 odpoledne a dal jsem si k tomu pivo, tím pádem jsem neměl hlad.*” Tehdy začaly hádky s jeho ženou gradovat, což je další mezník, který je podstatný pro druhou kapitolu.

2. Vztahové nesnáze

David je se svojí ženou 35 let. Mají spolu dva syny, kterým je 16 a 18 let. Vzpomíná, že když jejich manželství postihla krize, tak David „(...) *to furt řešil prací.*” Jeho pracovní vytíženost byla občas předmětem hádek. David si je vědom, že svou rodinu materiálně zabezpečil, ale zároveň zmiňuje „(...) *ale oni ty peníze pak nejsou všechno.*” David a jeho manželka „*Furt se hádáme, furt něco to.*” . Zvažuje, že „*Tedka možná ta krize nastává těch 5 let, co jsem spíš doma, že najednou člověk zjistí, že neumíme spolu žít.*” V průběhu vyprávění zmiňuje hádky, které u nich doma za poslední dobu proběhly, přičemž se začali hádat i kvůli jeho pití. Alkohol mu pomáhal při stresových situacích a „(...) *stačilo, když se napil, tak se člověk víc uklidnil a neměl takovej ten stres, nebo já nevím, úzkost.*” Hádky řešil sklenkou vína, která mu pomohla „*utéct od reality.*” V souvislosti s jeho manželstvím přemýšlí, co by pro něj bylo nejlepší. „*Možná bude lepší se rozejít, nebo já nevím. Já jsem na toto měkkej.*” Jednoho dne hádky a napětí došly do fáze, kdy si David nalil dvě skleničky rumu. Jeho manželka přišla „(...) *začala tam na mě ječet, začala do mě mlátit hystericky. Já jsem vstal, odstrčil ji a ona zavolala policajty.*” Přijela policie a David „(...) *řekl, že jsem v životě ženskou neuhodil, že jsem ji jenom odstrčil a kdyby mě nechala a neječela, tak jsem to ani nepil.*” Tato událost byla klíčová v souvislosti s léčením. Velký význam mají v tomto kontextu Davidovi synové, kterým vadí, že se rodiče hádají, a vadí jim i jeho pití alkoholu. Z toho důvodu ten samý večer starší syn objednal Davida na vstupní konzultaci. Přesvědčil ho a uzavřeli dohodu „(...) *že já sem půjdu, ale že on udělá maturitu.*” Následovalo vstupní sezení, po kterém se David rozhodl, že nastoupí na léčebný pobyt, což je dalším mezníkem jeho příběhu.

3. Na tenkém ledě

V této epizodě je klíčová Davidova zkušenost s léčbou a jeho postoj k alkoholu, který je rozporuplný. Již ze začátku léčby si nedovedl představit, že by plně abstinovat, a tak schůdné řešení bylo vypité množství alkoholu omezit. Nepřipadal si na tom tak „*zle*”, že by měl alkohol ze svého života nadobro vynechat. To naráží na představu jeho rodiny, především manželky, která zřejmě doufala v opačný cíl, než jaký měl David. Této části bude věnována rozsáhlejší pozornost při popisu dalšího kroku analýzy, protože je významná v souvislosti se závěrem jeho příběhu. Po léčbě „(...) *si dám klidně 2 skleničky vína (...)*”, což byl a stále je spouštěč jeho hádek se ženou. Pro Davida byla léčba, jak sám v průběhu vyprávění mnohokrát zmínil, „*poučná*”. Skupinové terapie, kterých se účastnili i klienti závislí na drogách vedly Davida k uvědomění „(...) *že na tom není tak zle (...)*”. Příběhy, které slyšel od ostatních klientů „

(...) možná i ty skupiny člověka vyléčeš, když slyší všechny ty příběhy okolo, protože jsem kolikrát šel z těch skupin takhle zmrazený, že jsem si říkal ježišmarja.” Za důležitý považoval režim, který mu léčba dala. Je rád, že se začal pravidelně stravovat, což drží i nadále. Měl omezený přístup na telefon a televizi. Zlepšil se mu i spánek. Závěrem zmiňuje, že mu schází něco, co by ho zaměstnalo. S odchodem z práce se vzdal i volnočasových aktivit, a tak přemýšlí, co by potřeboval.

Identifikace bodů obratu, vývoj příběhu a celková struktura vyprávění

Významným bodem, který prostupuje celým příběhem je Davidovo zaměstnání, které se v průběhu jeho vyprávění ubíralo různým směrem. Mělo jak vzestupnou, tak sestupnou tendenci. Byla to velká časová zátěž, jelikož byl zvyklý fungovat „24/7“, ale „*problém mu to nedělalo.*” Jeho rodina byla finančně zabezpečená, jezdili na dovolené, a mohli si dovolit koupit, co chtěli. V práci byl postupně povyšován a jeho kariéra se vyvíjela dobře. Na druhou stranu lze z událostí interpretovat „*(...) ale oni ty peníze pak nejsou všechno. Kolikrát někdy závidím lidem, který jsou rádi, že našetřej na dovolenou a možná jsou šťastnější.*” Jeho pozice obnášela časté cestování a společenská setkání, u kterých nechyběl alkohol. „*Pak jsou to tu ty příležitosti, že hodně lítáte, tak jsou to ty salonky, byznysy, takže když jsme lítali 2x ročně do ciziny, tak člověk letí v byznysu, tam taky neodoláte.*” David byl zvyklý na velký záprah, ocenění kolegů a vypracoval se „*(...) z nuly někam nahoru, protože já nemám veškeru a dělal jsem ředitele.*” Z tohoto úhlu pohledu se děj ubíral vzestupně. Ovšem již v té době pociťoval určité napětí v manželství a s ženou se hádali. Zlomová událost, která způsobila sestupné zakolísání linie, nastala v jeho životě před 5 lety. David odešel ze své práce a byl většinu času doma, kde se „*(...) nudil, začal jsem i špatnou životosprávu, když jsem nespál, nejedl jsem skoro a já jsem si dal první jídlo v půl 3 odpoledne a dal jsem si k tomu pivo, tím pádem jsem neměl hlad.*” Jeho nečinnost a větší pití alkoholu prohloubily rozepře s jeho manželkou, které vygradovaly v další zásadní událost, kterou je již výše popsán příjezd policie. Vyvrcholení děje spatřuji v Davidově rozhodnutí – začít léčbu. K tomu, aby vyhledal odbornou pomoc ho přesvědčil jeho syn, který „*(...) mi narovinu řekl, že nechce mít tátu trosku (...)*”. V kontextu celého vyprávění zároveň tato událost figuruje jako nejnižší bod. Příchod synů umocnil Davidovy emoce a „*(...) bylo mi smutně, mně bylo kruté. Mně slzely oči. (...) Je to takový, je to taková ta lítost.*” Léčba upevnila jeho názor, že na tom není tak zle. Vyléčen se cítí především z příběhů druhých, kteří „*(...) vypili 3 flašky tvrdýho denně, nebo někdo tady takhle občas, teď už*

vůbec nemluví o drogách a takhle.” David se po ukončení léčby nevydal cestou plné abstinence, ale alkohol omezil. To je v rozporu s pohledem jeho rodiny a hádky s manželkou trvají nadále. „*Já jsem vždycky říkal, že to asi, nevím, to bych na tom musel být nějak zle, ale že budu koordinovaně, nebo hlídaně, že zkrátka si dám klidně 2 skleničky vína, ale že víc si nedám. Anebo pivo. To doma jsem si dal pivo, to viděla a to byl rachot, že se nic nezměnilo. Takže tak.*” Rozuzlení sledované dějové linie je v jeho příběhu poněkud choulostivé, jelikož jeho rozhodnutí není podpořeno ostatními členy rodiny a z kontextu jeho celého příběhu to vnímám jako citlivé téma.

Typologie žánru

Davidovo vyprávění osciluje mezi tragédií a komedií. Na jedné straně můžeme v příběhu sledovat dosažení úspěchu a na druhé neúspěchu. V ději je období jeho problémového pití přičítáno hádkám s manželkou a prací. Zároveň činí pokání „*Pak si člověk říká, proč jsem blbej, proč to dělám, proč si nedám třeba ty piva jenom dvě nebo takhle.*”

Jádrová narativa

Příběhem prostupují pocity a emoce, které se točí okolo smutku, nepochopení, zmatení, zklamání, ukřivdění a nedocenění. Potom, co David absolvoval léčbu se mu nedostalo pochvaly a ocenění, které mi v kontextu jeho příběhu přijde markantní. Vnímám, že absence pochvaly je nejzřetelnější u jeho nejbližších – rodiny. Jádrou narativu lze formulovat takto: *touha po ocenění, uznání a pochopení*, která je zjevná v první části příběhu v souvislosti s jeho prací a v poslední části vyprávění ve spojitosti s léčbou. Pochvala byla pro něj důležitá i v souvislosti s jeho syny, kteří dříve hráli fotbal: „*Takže jsem s nima jezdil buď na tréninky a nebo na zápasy a to mě hodně bavilo. I jak tam byli ty ostatní rodiče, který je chválili, tak to mě uspokojovalo.*”

6. Shrnutí výsledků analýzy mužů závislých na alkoholu

Celkové výsledky narativní analýzy budu prezentovat v návaznosti na zvolenou výzkumnou otázku. Analyzovány byly celkem čtyři příběhy mužů závislých na alkoholu. V procesu analýzy jsem postupovala podle čtyř kroků, které jsem popsala výše, přičemž každý z kroků výrazně napomohl k zodpovězení podotázek a hlavní výzkumné otázky. K získání výzkumného materiálu jsem zvolila narativní rozhovor, při kterém participant vyprávěli o jejich zkušenosti se závislostí na alkoholu. K získaným

datům jsem v rámci analýzy přistupovala ze dvou perspektiv, a to z toho důvodu, abych získala hlubší porozumění textu. Zvolila jsem holisticko – obsahovou perspektivu a holisticko – formální perspektivu. Uvedená kombinace perspektiv se při získávání předložených výzkumných dat osvědčila. Získaná data umožňují nahlédnout do života čtyř mužů, kteří prošli čtyř nebo šesti týdenní léčbou v soukromém zařízení NEO Centrum, kde se léčili pro závislost na alkoholu. Pomocí jejich příběhů můžeme prozkoumat, jak vnímají svoji závislost na alkoholu a jak o ni vyprávějí. Jejich zkušenosti pomáhají porozumět, jak tyto konkrétní muži prožívali období před léčbou, během léčby a po léčbě. Dále co je k léčbě zavedlo a co jí předcházelo. Na příběhy jsem nahlížela v jejich celkovém kontextu, což následně umožnilo přiblížit možné souvislosti mezi závislostí a životně významnými událostmi. Považuji za důležité zmínit, že všechny příběhy jsou jedinečné a každý ze čtyř mužů má svůj osobní příběh, svoji historii, každá z cest jejich životů vedla různými směry. Nicméně přesto lze v jejich zkušenostech najít podobnosti. Cesta, která je dovedla v jejich životě kamkoliv, má společné jedno, a tím je alkohol.

V příbězích participantů zaznělo mnoho různorodých situací, které je vedly k rozhodnutí začít léčebný pobyt. Nahlédneme-li do jejich životní historie, tak u dvou mužů se odehrálo něco významného již v dětství – fyzické násilí, agrese a hádky rodičů, alkoholismus jednoho nebo obou rodičů. Zbylí participanté zažili křivdy, nepochopení a jiná neštěstí během dospělosti. Zkrátka u všech participantů můžeme najít zranění či traumata, která si s sebou v životě nesou a nesli. Tyto události nastaly v interakci s jejich nejbližšími – rodiči, partnery, manželkami, sourozenci či jejich dětmi. Nešťastné události v jejich životech přibývaly a pití alkoholu se stupňovalo. Dalším společným prvkem, který muži vnímali jako rizikový z hlediska pití alkoholu, byl stres, který zažili v práci, při studiu anebo v rodině. S rostoucím stresem se opět zvyšovala jejich chuť holdovat alkoholu. Postupně se dostali do fáze, kdy se zapomněli starat o sebe, vyhýbali se konfrontaci s blízkými, potlačovali svoje emoce, přetěžovali se v práci, nebo se od sebe samých a jejich bytostné podstaty oddálili natolik, že v danou chvíli byl pro ně zdánlivým řešením alkohol. Cituji jednoho z participantů: „*Stalo se to mým nejlepší kamarádem, to pití. Bylo tu se mnou furt.*” Časem se jich alkohol zmocnil a prohloubil jejich depresivní a úzkostné stavy, tělesné obtíže nebo se kvůli němu stupňovaly hádky s blízkými. Po určité době se muži dostali do bodu, který je v konečném důsledku „donutil” vyhledat odbornou pomoc. Těsně před vyhledáním pomoci popsali všichni muži zlomovou událost, která je dovedla k motivaci nechat si pomoci, potažmo

si o pomoc říci. Smrt rodiče, hádka s manželkou, propití večera a noci s následným alkoholovým okénkem, nebo vyhledání lékaře kvůli tělesným obtížím. U všech participantů mělo na jejich rozhodnutí velký vliv okolí. Ať to byla rodina, nebo přátelé, tak všechny muže nakonec do finálního rozhodnutí přimělo blízké okolí. V některých případech bylo závěrečné rozhodnutí učiněno především samotnými muži, v jiných tomu více napomohla rodina, která na ně naléhala.

Diskuse

Cílem mé práce bylo do hloubky prozkoumat, jak muži vnímají a vyprávějí o své zkušenosti závislosti na alkoholu. K této hlavní výzkumné otázce jsem si stanovila dílčí otázky, které mi pomohly s odpovědí. Metoda narativní analýzy, kterou jsem v rámci výzkumného šetření použila, mi pomohla nahlédnout do života čtyř mužů – alkoholiků, kteří se léčili v soukromém zařízení. Při interpretaci získaných dat jsem volila holisticko – formální a holisticko – obsahovou perspektivu. V teoretické části diplomové práce předkládám modely vzniku závislosti, které na její příčiny hledí z různých úhlů pohledů. V souvislosti s vybraným bio-psycho-socio-spirituálním modelem lze hledat vysvětlení ve všech jeho složkách. Participant mého výzkumu ve svých životních příbězích zmiňovali situace, které zažili v dětství anebo dospělosti. Vyprávěli o fyzickém násilí, strachu, který pramenil z agresivních hádek rodičů, o alkoholismu rodičů, smrti blízkých, nebo o zdravotních obtížích. To je v souladu s teoretickým výkladem, který tyto události udává jako jedny z predispozic k závislosti. Což je další z poznatků, které můj výzkum přinesl. U všech participantů se alkohol stal (alespoň na určité období) středem zájmu a jeho potřeba vzrůstala bez ohledu na denní dobu. Zatemnění alkoholem přizívalo agresivitu, podrážděnost, apatii, úzkostnost a depresivitu. To mělo vliv na jejich interakce s blízkými, kteří jim v konečném důsledku nabídli pomoc, nebo je jejich prosbami a naléháním přiměli k vyhledání potřebné péče. To je v souladu s výzkumem Wild et al, (1998), jehož výsledky ukazují, že za nejčastějšími důvody vyhledání a zahájení léčby stojí blízké osoby. Dále muži popisovali zlomové události, které je motivovaly nechat si pomoci, respektive říct si o pomoc. Klíčovými událostmi jsou: Smrt rodiče, hádka s manželkou, propití večera a noci s následným alkoholovým okénkem, nebo vyhledání lékaře kvůli tělesným obtížím.

Další z témat, kterého jsem se v teorii dotkla, je vnímání úspěchu léčby, které bylo téměř vždy chápáno v kontextu abstinence od návykových látek. Téměř vždy bylo hlavním cílem odborníků přistupovat k úspěchu léčby v souvislosti s abstinencí. Výzkum, uskutečněný Laudet (2008), se zaměřil na prožívání procesu léčby očima klientů. Studie, které se zúčastnilo 289 respondentů přinesla výsledky, ve kterých se 86,5 % respondentů přiklonilo k variantě úplné abstinence. Tomu neodporuje mé zjištění, ve kterém se tři ze čtyř participantů rozhodli vydat cestou abstinence od všech návykových látek, mimo cigaret a kofeinu. Ta stejná studie, provedená Laudet (2008),

poskytla ještě další data, která získala kvalitativní metodou. Při otázce „*Jak byste definovali vyléčení závislosti na alkoholu a drogách?*” uvedlo 43% účastníků abstinenci. Pro více než polovinu znamenalo uzdravení proces opětovného získávání vlastní identity, vlastního Já, své sebeúcty, které kvůli závislosti ztratili. To je v souladu i s mým zjištěním. Například Tomáš je po léčbě otevřenější a komunikativnější „*Dívám se na svět jinak. (...) Já má radost ze spousty věcí.*” „*Nepoznávám lidi, který vlastně znám, jsou mi blízký a přijde mi, že se chovají jinak anebo to jenom vidím jinak. Nedokážu říct. Třeba, co mám kočky, tak mi přijde, že se chovám líp i ke kočkám a že mě mají radši.*” Petr zmiňoval, že alkoholem „*(...) umlčel to svoje já, které si chtělo říct o pomoc, ale nevědělo, jestli potřebuje pomoc, chce pomoc (...)*”. Léčbou nekončí proces zotavení. Ba naopak, je to začátek změny, která pokračuje i po léčbě a k jejímu udržení je potřeba vynaložit úsilí. Všichni participanti mého výzkumu pokračují v nějaké formě doléčování, která jim pomáhá s jejich bojem se závislostí. Vrátili-li se k úspěchům léčby, tak jeden z mých participantů neměl za cíl abstinovat. Domnívám se, že cíl úplné abstinence může být pro někoho příliš velký krok, ke kterému je potřeba dozrát. V této souvislosti bych chtěla uvést zkušenost pátého muže, jehož rozhovor nebyl do celkové analýzy použit. Rozhovor byl použit jako pilotní, jelikož jsem se uchýlila k nevýzkumnému způsobu reagování, čímž jsem mohla ovlivnit jeho prostor pro spontánní strukturu zkušenosti, která je pro narativně orientovaný výzkum podstatná. Jiří si již na začátku léčby stanovil cíl, který byl pro něj v danou chvíli reálný a významný. „*(...) si dávám rok pauzu od alkoholu. Mě to teda teďka absolutně vyhovuje, rozhodně nevyhlížím: Ježíš, za 4 dny a tři hodiny se budu moc napít. Ale jako mám to takhle nastavený a i některý vaši další kolegové říkali: Jo, že některý lidi si to takhle nastavují, aby neviděli takový to nekonečno, ale aby to dělali takhle postupně. Takže já teďka nedokážu říct, co bude za půl roku ale jako mám to takhle nastavený a když jsem to tady říkal, tak jako jsem byl v nemilosti u většině vašich kolegů a uvidíme no, uvidíme.*” Z teoretické části diplomové práce vyplynulo, že je důležité respektovat cíle, které si klienti stanovují. Jiří se svého cíle stále drží a možná, až nastane „*za 4 dny a tři hodiny*”, tak alkohol již k životu nebude potřebovat. Další z témat této práce bylo kontrolované užívání alkoholu, které podle výzkumů Ilgen et al., (2008) bývá v praxi předem stanoveným cílem klientů. Participant David se rozhodl pít „*(...) koordinovaně, nebo hlídaně, že zkrátka si dám klidně 2 skleničky vína, ale že víc si nedám.*” Kontrolovaná konzumace alkoholu vyžaduje několik kroků, kterých je třeba se držet. Funke et al., (2021) zmiňuje důsledný monitoring spotřeby návykové látky, zahrnující

sledování sociálního, myšlenkového i emočního kontextu konzumace a další kroky. Kontinuální terapeutická podpora pomáhá posílit schopnost klienta rozeznat vysoce rizikovou a nízkorizikovou konzumaci. Předpokládám, že v Davidově příběhu by bylo třeba hlouběji prozkoumat emoční a myšlenkové procesy, které v jeho vyprávění působí nezpracovaně a tím pádem by mohly časem vést k rizikové konzumaci.

Získané výsledky lze považovat za jedinečné a autentické, ale nelze je převést na celou populaci lidí trpících alkoholismem. To však ani nebylo cílem výzkumu. Poznatky slouží především k porozumění individuálních příběhů a prožívání mužů trpících závislostí. Výjimečnost výzkumné sondy spatřuji zejména ve zkušenostech mužů se soukromou léčbou, která je v České republice na vzestupu. Největším limitem práce je malý počet participantů. Hlavní příčinou je anonymita a bezpečí, které klienti právě v soukromém sektoru vyhledávají. Zároveň jde o základní pilíře soukromé kliniky NEO Centrum. Z toho důvodu si vážím možnosti nahlédnout do života čtyřech, potažmo pěti mužů, kteří byli v péči soukromé kliniky. V neposlední řadě tento výzkum vyzývá k možnostem dalšího bádání, které bych do budoucna ráda zrealizovala.

Závěr a limity

V diplomové práci jsem se věnovala *Narativní analýze životních příběhů mužů závislých na alkoholu*. Mým cílem bylo prozkoumat, jak muži vnímají, přemýšlejí a vyprávějí o své závislosti. Dále mě zajímalo, jaké životní události předcházely vyhledání odborné pomoci, a v neposlední řadě to, co je vedlo k rozhodnutí jít se léčit.

Práce se skládá ze dvou částí. V teoretické části jsem se věnovala fenoménu závislosti, na který jsem nahlížela z širší perspektivy. Zmínila jsem úskalí jejího definování a popsala modely závislosti, které k léčbě a vzniku závislosti přistupují z různých úhlů pohledu. Dále jsem popsala fáze a proces závislosti v kontextu jejího vzniku i údravy. Zabývala jsem se léčbou závislosti a předložila vybrané formy adiktologické péče, které jsou v České republice dostupné. V druhé části této práce jsem se věnovala samotnému výzkumu. Tedy, jak jsem již zmínila na začátku, zkušenosti mužů, kteří se léčili pro závislost na alkoholu. K uskutečnění výzkumné části bylo zapotřebí stanovit kritéria výběru participantů, provést sběr dat a stanovit vhodnou metodu analýzy získaných údajů. Výzkumný soubor tvořili čtyři muži, kteří prošli čtyř nebo šesti týdenní léčbou v soukromé klinice NEO Centrum. K analýze rozhovorů jsem zvolila metodu narativní analýzy se zaměřením na holisticko – obsahovou a holisticko – formální perspektivu.

Participantů vyprávěli o situacích, které prožili během dětství a v dospělosti. V průběhu života zažili traumatické zážitky, úzkosti a deprese, nebo dlouhodobý a setrvalý stres. Muži vyprávěli o pocitech strachu, který pramenil z hádek jejich rodičů, fyzickém násilí a trestání, alkoholismu rodičů nebo o smrti svých nejbližších. Prostředek pro zvládání životních těžkostí jim byl po určitou dobu alkohol, který se později stal samotným zdrojem potíží. Příběhy pomáhají porozumět, jak tyto konkrétní muži prožívali období před léčbou, během léčby a po léčbě, a také jaké události předcházely jejich motivaci vyhledat odbornou pomoc. Společným prvkem všech participantů bylo blízké okolí, které se podílelo na jejich rozhodnutí jít se léčit.

V diskusi propojuji teorii s výsledky výzkumné sondy, navrhuji možné směry dalšího bádání a zmiňuji největší limit této práce.

Reference

Baker, T. E., Stockwell, T., Barnes, G., & Holroyd, C. B. (2011). Individual differences in substance dependence: at the intersection of brain, behaviour and cognition. *Addiction biology*, 16(3), 458–466. <https://doi.org/10.1111/j.1369-1600.2010.00243.x>

Cohen, J. D., Braver, T. S., & Brown, J. W. (2002). Computational perspectives on dopamine function in prefrontal cortex. *Current opinion in neurobiology*, 12(2), 223–229. [https://doi.org/10.1016/s0959-4388\(02\)00314-8](https://doi.org/10.1016/s0959-4388(02)00314-8)

Čermák, I., Hiles, D. & Chrz, V . (2007). *Narativně orientovaný výzkum: interpretační perspektivy*. In:Řehan,V., Šucha,M. (Ed.), *Sborník z konference Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku VI, Psychologica 37*. Univerzita Palackého.

Čermák, I. (2002). *Myslet narativně (kvalitativní výzkum „on the road“)*. I. Čermák, M.. Miovský (Ed). *Sborník z konference Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí*.Brno: Psychologický ústav AV ČR, Nakladatelství Albert, 11-25

DiClemente, C.C., Belino, L.E., & Neavins, T.M. (1999). Motivation for change and alcoholism treatment. *Alcohol Res Health*, 23(2):86-92.

https://www.researchgate.net/publication/12427971_Motivation_for_Change_in_Alcoholism_Treatment

Donovan, D., Mattson, M. E., Cisler, R. A., Longabaugh, R., & Zweben, A. (2005). Quality of life as an outcome measure in alcoholism treatment research. *Journal of studies on alcohol. Supplement*, (15), 119–93. <https://doi.org/10.15288/jsas.2005.s15.119>

Drbohlavová, B. (2014). *Sananim v Praze 5 - bod konfliktu*. [Diplomová práce, Univerzita Karlova]. Digitální depozitář Univerzity Karlovy.

<https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/67867>

Enoch, M. A., & Goldman, D. (2001). The genetics of alcoholism and alcohol abuse. *Current psychiatry reports*, 3(2), 144–151. <https://doi.org/10.1007/s11920-001-0012-3>

Friedman, M. A. F. (1984). *Grief Reactions*. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 1(1), 55–69. https://doi.org/10.1300/J020V01N01_03

Fidesová, H. (2013). Aktuální adiktologická problematika z pohledu právníka. *Psychiatr. praxi* 2013; 14(4): 183–185. <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2013/04/12.pdf>

Funke, M., Profeldová, M., Miovský, M. (2021). *Kontrolovaná konzumace alkoholu: možnosti a limity nového terapeutického přístupu*. Adiktol. prevent. léčeb. praxi. 2021; 4 (2), 86–94; <http://doi: 10.35198/APLP/2021-002-0004>

Chomynová, P., Dvořáková, Z., Grohmannová, K., Orliková, B., Galandák, D., Černíková, T., Franková, E. & Lucký, M. (2023). *Zpráva o alkoholu v České republice 2023*. Úřad vlády České republiky.

Chrz, V. (2007). *Možnosti narativního přístupu v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Psychologický ústav AV ČR.

Chrz, V. & Čermák, I. (2011). *Interpretace v narativním přístupu*. *Teorie Vědy / Theory of Science* 33 (3):415-443. <https://philarchive.org/archive/CHRIVNv1>

Ilgen, M. A., Wilbourne, P. L., Moos, B. S., & Moos, R. H. (2008). Problem-free drinking over 16 years among individuals with alcohol use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 92(1-3), 116–122. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.07.006>

Kalina, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup*. Úřad vlády české republiky.

Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Grada.

Kalina, K., Libra, J., Mravčík, V., Vavrinčíková, L., Randák, D., Doležalová, P., Jeřábek, P., Nevšímal, P., Radimecký, J., Pánová, S. & Miovský, M. (2013). *The System of Specialised Addiction Treatment Services in the Czech Republic: a policy document*. 1 vyd. Univerzita Karlova v Praze.

Křížová, I. (2021). *Závislosti : pro psychologické obory*. Grada.

Laudet A. B. (2008). The road to recovery: where are we going and how do we get there? Empirically driven conclusions and future directions for service development and research. *Substance use & misuse*, 43(12-13), 2001–2020. <https://doi.org/10.1080/10826080802293459>

Laudet A. B. (2007). What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice. *Journal of substance abuse treatment*, 33(3), 243–256. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.04.014>

Maté, G. (2022). *V říši hladových duchů: blízká setkání se závislostí*. PeopleComm.

Miller, G. A. (2011). *Adiktologické poradenství*. Galén.

Minařík, J. & Nečas, V. (2010). Drogová scéna v ČR. *Psychiat. pro Praxi 2010; 11(1): 18–21*. <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/01/05.pdf>

Mioviský, M. (Ed.) (2013). *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.

Mravčík, V., Pešek, R., Škařupová, K., Orliková, B., Škrdlantová, E., Šťastná, L., Kiššová, L., Běláčková, V., Gajdošíková, H. & Vopravil, J. (2009). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008*. Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V. & Grohmannová, K. (2016). *Modely závislosti. - 1. vydání v českém jazyce*. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., Cibulka, J., Fidesová, H. & Vopravil, J. (2020). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019*. Úřad vlády České republiky.

Muncan, B., Walters, S. M., Ezell, J., & Ompad, D. C. (2020). “They look at us like junkies”: Influences of drug use stigma on the healthcare engagement of people who inject drugs in New York City. *Harm Reduction Journal*, 17, Article 53. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00399-8>

Nešpor, K. (2018). *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Portál.

Nešpor, K. (1996). *Léčba a prevence závislosti*. Psychiatrické centrum.

Nepustil, P. & Geregová, M. (2020) *Bez podmínek. Metody psychosociální podpory pro lidi užívající drogy*. Brno: Masarykova univerzita.

Nordenfelt, L. (2010). On concepts and theories of addiction. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 17(1), 27-30. <http://doi:10.1353/ppp.0.0271>

Perry, C. J., & Lawrence, A. J. (2017). Addiction, cognitive decline and therapy: seeking ways to escape a vicious cycle. *Genes, brain, and behavior*, 16(1), 205–218. <https://doi.org/10.1111/gbb.12325>

Ponizovskiy, P., & Gofman, A. (2017). *Cognitive status and addiction denial in the early stages of alcohol addiction*. *European Psychiatry*, 41, S874. <https://doi:10.1016/j.eurpsy.2017.01.1759>

Popov, P. (2003). *Závislosti na alkoholu*. *Psychiatr. pro Praxi*, 2003; 1: 29-32. <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2003/01/07.pdf>

Röhr, H.P. (2015). *Závislost: jak jí porozumět a jak ji překonat*. Portál, 2015.

Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Masarykova univerzita.

Schäfer, G. (2011). Family Functioning in Families with Alcohol and Other Drug Addiction. *Social Policy Journal of New Zealand*, 37, 1-17. <http://www.msd.govt.nz/about-msd-and-our-work/publications-resources/journals-and-magazines/social-policy-journal/spj37/37-family-functioning-in-families-with-alcohol-and-other-drug-addiction.html>

Skála, J. (1986). *Alkohol a jiné (psychotropní) drogy: abusus a závislost*. Avicenum.

Snoek, A., McGeer, V., Brandenburg, D. & Kennett, J. (2021). *Managing shame and guilt in addiction: A pathway to recovery*. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106954>

Šucha, M., Charvát, M. & Řehan, V. (2009). *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku - "Kvalitativní přístup pro praxi"*. Univerzita Palackého.

Váchová, P. E., Racková, S. & Janů, L. (2009). Neuromechanismy účinku návykových látek, systém odměn, *Čes. a slov. Psychiat.*, 105, 2009, No. 6–8, pp. 263–268. http://www.cspychiatr.eu/dwnld/CSP_2009_6_263_268.pdf

West, R. & Brown, J. (2013). *Theory of Addiction*. John Wiley & Sons.

West, R. (2016). *Modely závislosti*. Úřad vlády České republiky. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti.

Wild, T Cameron & Cunningham, John & Hobden, Karen. (1998). When Do People Believe That Alcohol Treatment Is Effective? The Importance of Perceived Client and Therapist Motivation. *Psychology of Addictive Behaviors*. 12. 93-100. <http://DOI:10.1037/0893-164X.12.2.93>

Zahradník, P. (2007). Poznámky k psychodynamickým aspektům alkoholové závislosti. *Psychiat. pro Praxi* 2007; 8(5): 226–228

[*Solen: Poznámky k psychodynamickým aspektům alkoholové závislosti*](#)

Seznam příloh

Příloha I. Vzor informovaného souhlasu

Příloha I. Vzor informovaného souhlasu

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů

(dále Informovaný souhlas)

Název výzkumné studie: Narativní analýza životních příběhů mužů závislých na alkoholu

Řešitelé studie: Sára Pasálková

Kontakt na řešitele: sarapasalkova@seznam.cz

Pracoviště: Pražská vysoká škola psychosociálních studií, s.r.o (dále PVŠPS)

Informace o studii

Cílem mé studie je prozkoumat oblast závislosti na alkoholu u mužů, kteří si prošli léčbou soukromého zařízení.

V části výzkumné realizuji rozhovory, které skrze jedinečné životní příběhy ukážou, jaký význam v jejich životě nesl alkohol.

Ochrana osobních údajů

Správa osobních údajů získaných při výzkumu se řídí nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecným nařízením o ochraně osobních údajů; GDPR) zákonem 110/2019 Sb. o zpracování osobních údajů.

K Vaším údajům budou mít přístup pouze pověřeni jako je řešitel studie, vedoucí diplomové práce a komise u obhajoby diplomové práce. Tyto osoby jsou povinny zajišťovat a zachovávat důvěrnost Vašich údajů.

Rozhovory si kvůli následné práci musím nahrávat. Po přepsání bude nahrávka s rozhovory smazána. Transkripce bude přípustná pouze komisi u obhajoby diplomové práce, části citované v textu práce budou v anonymní podobě. Nikde nebude Vaše jméno či jiné osobní údaje, kterými byste mohl/a být identifikován/a.

Máte-li jakékoliv doplňující dotazy ohledně této studie, můžete se obrátit na řešitele studie.

Děkujeme za Vaši ochotu k účasti na této výzkumné studii.

svým podpisem níže potvrzují, že:

- jsem před podpisem měl/a dostatek času k přečtení výše uvedených informací o studii, byl/a jsem podrobně informován/a o cíli a účelu této studie a o tom, v čem spočívá moje účast ve studii;

- jsem měl/a možnost klást doplňující otázky a na všechny jsem obdržel/a uspokojivou odpověď;

- rozumím, že mohu svobodně a bez udání důvodu kdykoliv svůj souhlas s účastí v této studii odvolat;

- převezmu stejnopis tohoto podepsaného Informovaného souhlasu;

- dobrovolně a bez výhrad souhlasím s mou účastí

- souhlasím se zpracováním dat, která budou použity pouze v rámci diplomové práce a u obhajoby diplomové práce

- beru na vědomí, že bude zajištěna anonymita

- beru na vědomí, že mám právo svůj souhlas se zpracováním osobních údajů kdykoli odvolat

V dne

Jméno a příjmení účastníka:..... Podpis:.....

Jméno a příjmení výzkumníka:..... Podpis:.....

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Bc. Sára Pasálková

Studijní program: Psychologie

Název práce: Narativní analýza životních příběhů mužů závislých na alkoholu

Vedoucí práce: PhDr. Magdalena Koťová, PhD.

Rok dokončení práce: 2024

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)

Přímé citace: 850

Ostatní text: 145 136

Celkový počet znaků: 145 986

Počet pramenů a literatury: 49

Názvy souborů:

Text práce ve formátu PDF: mgr_pasalkova_2024.pdf