

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

EXISTENCIÁLNE OTÁZKY
V LIEČBE ZÁVISLOSTI
VO VYBRANOM
PSYCHIATRICKOM ZARIADENÍ

EXISTENTIAL ISSUES IN ADDICTION TREATMENT
IN A SELECTED PSYCHIATRIC FACILITY



Magisterská diplomová práca

Autor: **Ing. Bc. Iveta Pivarčiová**
Vedúci práce: **MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.**

Olomouc

2023

PodĎakovanie

Na tomto mieste by som rada poĎakovala MUDr. PhDr. Miroslavovi Orlovi Ph.D. za jeho cenné rady, vždy ústretový a empatický prístup, trpezlivosť a odborné vedenie, ktoré mi poskytoval po celý čas pri písaní práce. Tiež by som rada poĎakovala pani primárke nemenovaného oddelenia českej psychiatrickej liečebne. V neposlednom rade moja vĎaka patrí tiež manželom Ráčkovým za pomoc a podporu a tiež všetkým zúčastneným respondentom, bez ktorých by táto práca nemohla vzniknúť.

Āestne prehlasujem, že som magisterskú diplomovú prácu na tému: „Existenciálne otázky v liečbe závislostí vo vybranom psychiatrickom zariadení“ vypracovala samostatne a pod odborným dohľadom vedúceho diplomovej práce a uviedla som všetky použité podklady a literatúru.

V Olomouci dňa 8.3.2023

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	OBSAH	3
	ÚVOD	5
	TEORETICKÁ ČASŤ	6
1	Existenciálna analýza a zmysel života	7
1.1	Podstata zmyslu života v existenciálnej analýze	7
1.1.1	Existencializmus a vybrané filozofické úvahy o zmysle života.....	9
1.2	Prístup V. E. Frankla k zmyslu života.....	12
1.2.1	Hodnotová podstata zmyslu	15
1.2.2	Existenciálna frustrácia a strata zmyslu života.....	17
1.2.3	Objavenie zmyslu v živote	17
1.3	Prístup E. Lukasovej k zmyslu života	18
1.4	Prístup A. Längleho k zmyslu života	20
1.5	Prístup I. D. Yaloma k zmyslu života.....	22
2	Teoretické vymedzenie závislosti	24
2.1	Diagnostická a medzinárodná klasifikácia chorôb	25
2.2	Diagnostická klasifikácia podľa DSM-5	30
2.3	Najrozšírenejšie látkové a nelátkové závislosti.....	31
2.4	Podmieňujúce faktory vzniku závislosti.....	34
3	Ďalšie faktory a komplikácie zasahujúce do liečby závislosti	39
3.1	Poruchy osobnosti a problematika komorbidity u závislého.....	39
3.2	Stigmatizácia a sebastigmatizácia u závislého	41
3.3	Trauma v kontexte závislosti.....	43
3.4	Prežívanie krízových situácií u závislého.....	44
3.5	Rodina závislého a pojem spoluzávislosti.....	45
3.6	Sebapojatie a sebaúcta závislého	46
4	Systém starostlivosti o závislého pacienta	49
4.1	Neodborná liečba: samoliečba a svojpomocné organizácie	49
4.2	Ambulantná a ústavná starostlivosť o závislého pacienta v liečbe	50
4.3	Psychoterapeutická starostlivosť o závislého pacienta.....	54
	PRAKTICKÁ ČASŤ	59
5	Výskumný problém, cieľ práce a výskumné otázky	60
5.1	Výskumný problém a cieľ práce	60
5.2	Výskumné otázky	60

6	Popis metodologického rámca výskumu	63
6.1	Rámcový design výskumu.....	63
6.2	Popis výskumného súboru.....	63
6.3	Etické problémy a spôsob ich riešenia	67
6.4	Metódy tvorby dát	68
6.5	Metódy spracovania dát.....	71
7	Prezentácia výsledkov výskumu	75
7.1	Výsledky analýz jednotlivých rozhovorov	76
7.1.1	Základné predstavenie/charakteristika respondentov.....	76
7.1.2	Analýza dát podľa jednotlivých období/etáp	89
7.1.3	Súhrnné výsledky analyzovaných rozhovorov.....	101
8	Diskusia	105
9	Záver.....	112
10	Súhrn	114
	LITERATÚRA.....	118
	PRÍLOHY.....	128

ÚVOD

Patologická závislosť sa už dávno stala reálnym a spoločenským problémom, ktorý významne zasahuje do života nie len samotného užívateľa, ale aj jeho rodiny a najbližšieho okolia. Je potrebné si uvedomiť, že pred závislosťou nikto z nás nie je imúnny. Navrátenie sa z cesty závislosti späť do plnohodnotného života, stojí človeka mnoho úsilia a síl. Abstinovanie a odvykanie od návykovej látky vzbudzujú u trpiaceho človeka nepríjemné pocity, ale keď vie pre čo to podstupuje, hranice medzi naplnením a utrpením sa stierajú. Ale čo závislého jedinca podrží v čase krízy, ktorá je spojená s jeho liečbou a abstinenciou?

V diplomovej práci sme sa zamerali na problematiku závislosti v kontexte existenciálnych otázok. Úlohou predkladanej práce bolo zistiť, či sa existenciálny prístup odráža v žitej skúsenosti závislých pacientov vo vybranom psychiatrickom zariadení a ako s nimi rezonuje otázka zmyslu a hodnôt v priebehu ich liečby zo závislosti. Výskumy v tejto oblasti sú zamerané skôr na dielčie problémy ako je depresia, úzkosť všeobecne na zmysel života, ale šetrenia, zamerané na hodnoty a motiváciu toho, prečo závislí pacienti zotrávajú v liečbe, je stále veľmi málo.

Cieľom teoretickej časti je na základe doterajších poznatkov a výskumov popísať problematiku závislého ochorenia, existenciálny prístup hlavného predstaviteľa, V. E. Frankla a jeho žiakov a vybrané aspekty v prepojení na skúmaný fenomén.

Cieľom praktickej časti je priniesť individuálny pohľad prežívania skúsenosti závislých pacientov v liečbe pri odvykaní od závislosti prostredníctvom metódy kvalitatívneho výskumu.

Myšlienky existenciálnej analýzy a logoterapie sú pre mňa osobne inšpiratívne a veľmi blízke, takže po bakalárskej práci, kde som sa venovala existenciálnemu prístupu a onkologickému ochoreniu, voľba preskúmať chorobu závislosti v podobnom duchu, bola logickým vyústením môjho záujmu. Okrem toho, po absolvovaní akademického štúdia, chcem nastúpiť do výcviku existenciálnej analýzy a logoterapie.

TEORETICKÁ ČASŤ

1 EXISTENCIÁLNA ANALÝZA A ZMYSEL ŽIVOTA

Predkladaná diplomová práca sa zaoberá zmyslom života závislých pacientov podstupujúcich liečbu v psychiatrickom zariadení.

Cieľom prvej kapitoly je teoretické vymedzenie zmyslu života v kontexte existenciálnej analýzy a logoterapie prostredníctvom vybraných filozofických súvislostí existencializmu, hlavných myšlienok V. E. Frankla a ďalších významných osobností existenciálneho prístupu.

1.1 Podstata zmyslu života v existenciálnej analýze

Aký zmysel má život? Na čom človeku záleží, či o čo v živote ide? Zohráva **zmysel života** podstatnú rolu pri **liečbe závislých pacientov**? Spoločným menovateľom týchto otázok je hľadanie odpovedí po zmysle a zmyslupnosti života. Kedysi sa podobnými témami zaoberala výlučne filozofia a náboženstvo, no neskôr vzbudili záujem psychológov a psychoterapeutov (Halama, 2000).

Človek sa v bežnej realite zmyslom života nezaobrá, skôr dokáže posúdiť a vycítiť do akej miery je spokojný alebo nespokojný so svojím životom. Otázku po zmysle si väčšinou kladie, keď musí čeliť psychicky vypätým situáciám. Práve tie, obracajú jeho pozornosť ku **zmyslu vlastnej existencie**, ku existenciálnym záležitostiam (smrť, osamelosť, zmysel život a iné), k nepredvídateľnému osudu, utrpeniu alebo konečnosti života (Tavel, 2004; Lukasová, 2006).

Pokiaľ sa človek nedokáže zdravo vysporiadať so situáciou, ktorá mu navyše nedáva zmysel, môže pociťovať **duševné prázdno** a nepríjemné pocity. Nemá sa o čo oprieť, stráca životné smerovanie a útechu hľadá v nadmernom jedení, **alkohole, drogách**. Fenomén zmyslupného žitia a jeho absencia, patria len človeku, sú jeho osobnou záležitosťou a predpokladom kvalitného života a duševného zdravia. (Frankl, 2011; Frankl in Balcar, 1995).

Nájsť jednoznačnú a univerzálnu odpoveď, ktorá by sa týkala zmyslu ľudskej existencie, nie je jednoduché. Existuje približne 170 definícií, ktoré zohľadňujú rôzne uhlov pohľadov a jedinečnosť každého ľudského života (Tavel, 2004).

Človek intuitívne rozumie tomu o čo sa jedná no v bežnej komunikácii zamieňa význam slov, zmysel a cieľ. Zmysel vo väčšine prípadov evokuje význam a je spojený s niečím dôležitým a podstatným v živote. Zároveň aj keď sa neustále žitie mení a vyvíja, to čo je cenné, hodnotné a zmysluplné, zostáva zachované a nepodlieha času. Z psychologického hľadiska je možné uvažovať o zmysle ako o „*viacdimeziómalnom konštrukte, ktorý má potenciál prispievať ku optimálnemu fungovaniu a psychologickej kvalite života človeka*“ (Wahl, 1957; Baumeister & Vohs, 2002; Halama, 2007, str. 3).

O zmysle sa dá premýšľať aj zo sémantického hľadiska, kedy jedinec vyzdvihuje hodnotu a dôležitosť určitej veci či diania, alebo z hľadiska motivácie, kedy sa zmyslom vyjadruje nejaký účel, snaha, zámer alebo smer konania či diania. Potrebu zmysluplne žiť, považujú psychológovia za základnú ľudskú potrebu, ktorá poskytuje človeku rámec na napĺňanie cieľov a tvorbu **zmysluplného príbehu** o predstave vlastného života (Křivohlavý, 2006; 2010).

Univerzálna a presná definícia zmyslu zatiaľ neexistuje a to hlavne z dôvodu neexistencie dvoch rovnakých životov. Reker a Chamberlain (2000, str. 199) sa domnievajú, že zmysel a život postupujú spoločne v čase a vytvárajú „*privátny, osobný, individuálny a subjektívny celok*“, aby sa v najťažších chvíľach objavili pred človekom.

Človek má neuveriteľnú schopnosť prežiť aj v tých najťažších podmienkach, pokiaľ má na to dobrý dôvod, ale nedokáže prežiť vo svete, ktorý pre neho osobne nemá význam a zmysel. Negatívne okolnosti života dokážu **narušiť zmysel**, no zmenou vnímania a postoja k nepriaznivému osudu, je možné ho znovu obnoviť. Je to práve vedomie zmyslu, ktoré umožňuje človeku preniesť sa cez vzniknuté ťažkosti (Watzlawick, 2011; Soukupová, 2006; Tavel, 2004).

Existenciálnymi otázkami a pochopením podstaty človeka v jeho ľudskej existencii a ďalšími témami, sa zaoberá existenciálna a humanistická psychológia a psychoterapia. Tie v minulom storočí odpovedali na prílišný redukcionizmus zo strany psychoanalýzy a behaviorizmu. Tvorcom **existenciálnej analýzy a logoterapie** je V. E. Frankl, ktorého iný pohľad na človeka doplnil a rozšíril už existujúce smery v psychológii, o nový, duchovný a noetický rozmer (Baštecká & Mach, 2015; Kratochvíl, 2017).

Existenciálna analýza je **terapeutický prístup**, zaoberajúci sa problémami človeka a možnosťami ich riešenia. Okrem telesnej a psychickej stránky jedinca, má na zreteli aj jeho **duchovnú podstatu**. V kontexte takých nadčasových tém ako sú sloboda, zodpovednosť, zmysel, kríza zmyslu, smrť, samota, osamelosť a ďalších, dopomáha človeku ku slobodnému prežívaniu, autentickému zaujímaniu postojov, **zodpovednému žitiu** a zaobchádzaniu so sebou a okolitým svetom (Vymětal, 2004).

Človek je celistvá bytosť telesného, duševného a duchovného, ktorá smeruje ku **uskutočňovaniu hodnôt** a napĺňaniu života zmyslom. Vo svojej existencii je človek slobodný, no má zodpovednosť. V existenciálnej analýze majú hodnoty a zmysel objektívnu povahu a presahujú telesné a duševné hranice individuálneho života. **Logoterapia** je **liečebným postupom**, ktorý vyplýva z existenciálnej analýzy. V centre pozornosti je dôvera v jedinca a schopnosť zaujímať samostatný, **slobodný a aktívny postoj** ku životným situáciám (Balcar, 1995).

Existenciálnu terapiu realizuje aj Yalom, ktorý zohľadňuje dynamický prístup ku človeku a zameriava sa na podstatné záležitosti, vyplývajúce z existencie človeka. Domnieva sa, že každý z nás najmenej raz za život premýšľa do hĺbky nad existenciálnymi otázkami, ktoré nazýva základnými záležitosťami. Podľa neho je hlavnou úlohou v živote človeka „*vymyslet si smysl dostatočně silný, aby byl odůvodněním života*“ (Yalom 2020, str. 132).

1.1.1 Existencializmus a vybrané filozofické úvahy o zmysle života

Otázky súvisiace so zmysluplným životom sa dostali výraznejšie do popredia v období vedecko-technického pokroku. Do konca 19. storočia bol život relatívne jednoduchý, pretože ľudská existencia bola sama o sebe daná, štruktúrovaná a zmysluplná. Človek vnímal životné istoty, ktoré pramenili z predvídateľného poriadku sveta. Následkom rozvoja vedy a techniky sa spoločnosť stala zložitou, čo spôsobilo, že dovtedy jednoznačné opory postupne vymizli (Sojka in Havrdová & Hejný, 2008; Tavel 2004).

Otázka zmyslu sa stala naliehavou, keďže cesta **životom bez viditeľného cieľa** alebo aspoň tušeného konca, sa dala len ťažko rozpoznať v priemyselnom chaose (Lakoff & Jonhson, 2002).

Zárodok existenciálnych názorov na zmysel života, z ktorých čerpá aj Frankl, je možné vidieť vo filozofickom premýšľaní nad svetom a človekom. Samotná otázka po zmysle evokuje premýšľanie nad životom, ktorú je možné preformulovať do otázky „**aký**

život je hodnotný a stojí za námahu žít?“ (Kosová, 2014; Sojka in Havrdová & Hejný, 2008).

Jednou z možností ako človek môže tvoriť život a dávať mu tvar, poriadok, smerovanie a zmysel, je prostredníctvom **naratívneho príbehu** (Chrz, 2009). Analytická filozofia uvažuje o štyroch základných typoch, ktoré poskytujú človeku oporu a orientáciu pri hľadaní životných súvislostí, ktoré by mu dávali zmysel:

- supranaturalizmus,
- objektívny naturalizmus,
- subjektívny naturalizmus,
- pesimistický naturalizmus (nihilizmus).

Zmysluplnú orientáciu v predvedeckej dobe dal supranaturalistický príbeh, ktorý poskytoval človeku štruktúru, zmysel a cieľ. Základnou podmienkou **zmyslu života** bol **Boh** ako najvyššia bytosť, ktorá stvorila svet. Pre človeka je to tajomná, rozumom nedostupná, nadprirodzená sila (Sojka in Havrdová & Hejný, 2008).

Zmysel existencie je určovaný správnym postojom človeka k božskej moci, ktorá určuje zmysel zvonku, mimo človeka. Metz zistil, že historicky najväčšej popularite sa teší práve supernaturalistický výklad, kedy viera a oddanosť Bohu slúžia človeku ako kompas. Človek sa opiera o vieru, pretože jeho konečným cieľom, je dosiahnuť nebeský raj (Metz, 2013).

Objektívny naturalizmus, neodmieta Boha, no zmysel hľadá v pozemskom bytí, konkrétne vo vykonávaní činnosti. Záleží však na výbere a rozlišovaní tej správnej, **hodnotnej a zmysluplnej aktivity**, ktorej sa človek venuje a tým naplňa svoj osud (Young, 2003).

Prívrženci subjektívneho naturalizmu odmietajú rozdeľovať činnosť podľa správnosti. Podľa nich, človek dokáže sám posúdiť čo je pre neho vhodné, zmysluplné a čomu zasväť svoj život. Veria, že každá činnosť má v sebe zakomponovaný svoj vlastný účel a záleží len na človeku, čo si vyberie (Sojka in Havrdová & Hejný, 2008).

Kosová (2014) píše, že človek hľadá zmysel života mimo pozemský svet alebo ho rozpoznáva v činnosti. **Zmysluplnosť je objavovaná** buď prostredníctvom viery, čiže intuitívnou cestou alebo sa riadi rozumom.

Človek, ktorý stratil Boha ako svoju oporu, sa nedokázal vysporiadať so svojimi pocitmi prázdnoty alebo márnosti a prepadol sa do nihilizmu. Pesimistický naturalizmus (nihilizmus) predpokladá **bezzmyselnosť a neprítomnosť zmyslu**. Mŕtve náboženstvo človeku neposkytne odpoveď, pretože svet neobsahuje žiadnu hodnotu. Nič nie je tak významné alebo dôležité, aby bolo možné vnímať zmysluplnosť života. Oproti zmyslu vystupuje do popredia nezmyselnosť a absurdita žitia. Východiskom z bezútešnej situácie je sloboda jedinca **zvoliť si vlastné hodnoty** a spôsob života, ktorý by mu vyhovoval (Sartre, 2006; Bobek & Peniška, 2008).

Vedecko-technická revolúcia zničila ilúziu človeka o absolútnej a jedinej pravde (Bohu). Podľa Nietzscheho svet ovládol chaos. So slobodou človek pociťuje nielen vlastnú individualitu, ale aj úzkosť. Napriek pesimistickému naladeniu a strate zmyslu, východiskom z nihilizmu je výzva ku **tvorbe vlastného životného príbehu**. Príbehu, s ktorým bude človek spokojný a na ktorom nebude musieť nič meniť (Nietzscheho, 2001).

Existencializmus ako filozofický smer reaguje na minimálnu úroveň existencie, ktorá vždy existuje v nepredvídateľnom a neistom svete. Tvrdí, že človek nie je bytie uzavreté v sebe samom. Je bytosťou, ktorá sa utvára zo seba samého prostredníctvom vlastného rozumu, jednania a vôle. Existenciálna analýza čerpá aj z myšlienok existenciálnych filozofov napríklad Kierkegaard, Heideggera, Husserla, Schelera či Sartra alebo Camusa. (Cakirpaloglu, 2009; Puc, 2009).

Kierkegaard, ako zakladateľ existenciálnej filozofie, presmeroval pozornosť z vonkajšieho sveta, na existenciu človeka. Podľa neho je subjektivita vnútornou pravdou, pre ktorú sa oplatí žiť aj zomrieť. Jediniec si ju však musí nájsť sám v sebe. Vedomý človek nie je len telesnou, ale aj duchovnou bytosťou, s čím prichádza úzkosť a neistota pochádzajúca z vlastného bytia. Kierkegaard vidí záchranu vo viere v Boha (Kierkegaard in Thulstrup, 2010).

Podobne aj Heidegger premieta o úzkostnom prežívaní človeka. V zlomových okamihoch života sa dostávajú do popredia **existenciálne témy** ako smrť, konečnosť existencie, osamelosť, sloboda, zodpovednosť a s nimi spojený zmysel života. Bytie človeka a svet podľa neho tvoria aktívnu jednotu. Rozlišuje dva základné spôsoby; nevedomované

neautentické bytie a bytie autentické. Smrť považuje za psychicky náročný stav, ktorý vyzýva človeka k presunu z neautentického bytia do vyššieho stavu, do uvedomovania si svojho bytia. Autentická existencia dovoľuje spoznať nebytie (neexistenciu) a tým aj skutočnosť, že sa raz naše bytie vo svete skončí a rozplynie sa v ničotu. A práve to nepredstaviteľné nič ho naplňa hrôzou a úzkosťou. **Zmysel existencie** sa prepojuje s jej nezmyselnosťou. Prochaska a Norcross to vyjadrujú slovami „*Část úzkosti vychází z poznání, že sme to pouze **my**, kdo dáva svému životu smysl. A my sami jediná, kdo ho nechají umřít. Takže sme to my, kdo musí pokračovat v utváření **hodnotného života**“*. (Heidegger, 1996; Prochaska & Norcross, 1999, str. 420–424).

Existenciálna filozofia je spojená s **fenomenologickou metódou**. Husserl (in Petříček, 1997), ktorý do vedy zaviedol transcendentálnu fenomenológiu je skeptický. Domnieva sa, že veda ako taká nevyrieši otázku zmyslu. Namietá, že človek žije a zažíva v prirodzenom svete, zatiaľ čo vedecko-filozofický svet je svetom teoretických konštruktov. Inými slovami, schéma o živote nie je žitím života.

Fenomenologické zaostrenie na to, čo sa bezprostredne objavuje, prispieva k usporiadaniu sveta a pochopeniu subjektívnej skúsenosti, čo by sa podľa Sojku dalo označiť zmyslom života. Zámerné a vedomé vnímanie osobného sveta smeruje pohľad človeka zvonku do vnútra, od opisu k tomu, čo sa práve ukazuje. Cieľom fenomenológie je **porozumieť** a opísať **subjektívnu skúsenosť** ako sa javí človeku. Povedané slovami Bobeka a Penišku, „*skutečný význam má pouze to, co v danou chvíli **autenticky prožívá originální jedinec**“* (Sojka in Havrdová & Hejný, 2008; Bobek & Peniška, 2008).

Existencializmus poukazuje na tvorbu individuálnych opôr a istôt v živote. Človek **aktívne tvorí svoj život**, za ktorý sám nesie **zodpovednosť** a to tým, že ho musí neustále objavovať a slobodne voliť z nekonečných možností. Pri výbere sa jedinec riadi **preferovanými hodnotami**. Ak človek zaujme postoj a vzdoruje pesimizmu, beznádeji a absurdite osudu, svoje utrpenie v živote prekonáva (Camus, 1995; Sartre 2006; Cakirpaloglu, 2009).

1.2 Prístup V. E. Frankla k zmyslu života

Existencializmus, fenomenológia, filozofická antropológia a iné filozofické smery poskytli základ Viktorovi Emilovi Franklovi na vytvorenie nového konceptu s názvom existenciálna analýza a logoterapia.

Stručný životopis

V. E. Frankl – neurológ, psychiater a psychoterapeut – sa narodil 26. marca 1905 vo Viedni. Bol stredným dieťaťom **českých rodičov**, ktorí okrem neho mali ešte staršieho syna Waltera a mladšiu dcéru Stellu. Matka Elsa pochádzala zo starej pražskej židovskej rodiny a otec Gabriel, z Pohořelíc, na južnej Morave. Otec vo Viedni pôsobil ako riaditeľ rakúskeho ministerstva sociálnych vecí. Frankl ho vnímal ako prísneho, no za to spravodlivého človeka. Matku označoval za vnútorne zbožnú a dobrotivú bytosť (SLEA, 2022).

Frankl svoj **záujem o psychológiu a filozofiu**, prejavoval už na gymnáziu, čo neskôr vyústilo do rozhodnutia, stať sa psychiatrom. Po skončení štúdia medicíny, pracoval Frankl v niekoľkých viedenských nemocniciach. Jeho sľubne sa rozvíjajúcu kariéru poznamenala **nemecká okupácia a 2. svetová vojna**. Po hitlerovskej okupácii roku 1938, Frankl mohol liečiť už len Židov v Rothschildskej nemocnici, čo zároveň dopomohlo oddialiť jeho deportáciu, ako aj deportáciu celej rodiny, ktorej sa však nakoniec v 1942 roku nevyhli. Napriek tomu, že Frankl mal možnosť využiť americké víza a tak si zachrániť život, rodičov neopustil a neemigroval. Začiatkom roku 1942 sa oženil s **prvou ženou**, Tilly Grosserovou, pričom ako mladí manželia museli obetovať svoje prvé nenarodené dieťa, nakoľko **Židia** mali zakázané mať deti. Následne, po 9 mesiacoch, boli celá rodina, okrem najmladšej sestry Stelly (emigrovala predtým do Austrálie), deportovaní do Terezína (SLEA, 2022).

Väzeň Frankl ako jediný z celej rodiny prežil niekoľko koncentračných táborov. Po oslobodení sa napokon vysilenejší a s podlomeným zdravím, **vrátil do Viedne**. Tu mu v ťažkých chvíľach s návratom do života **pomáhali priatelia a práca**. V 1947 uzatvoril svoje **druhé manželstvo** s ošetrovatelkou Eleonorou K. Schwindtovou, ktorá mu bola na dlhý čas oporou a porodila mu **dcéru Gabrielu**. Po vojne sa Frankl naplno oddal **tvorivej činnosti**, ktorá bola poznačená ťažkými skúsenosťami z koncentračných táborov. Ťažiskom **nového učenia** sa stal **zmysel života**, otázky smrti a utrpenie, ktorými si osobne prešiel. Frankl skonal na zástavu srdca, 2. septembra 1997 vo svojich úctyhodných 97 rokoch (SLEA, 2022).

Začiatky existenciálnej analýzy a logoterapie

Zo začiatku kariéry sa Frankl zaujímal o psychoanalýzu a myšlienky S. Freuda a A. Adlera, avšak viac ho ovplyvnili postoje existenciálnych a fenomenologicky zmysľajúcich filozofov, najmä **Schelera, Heideggera** a iných. Vtedajšej psychoterapii Frankl vyčítal

prílišný psychologizmus, dehumanizmus a depersonalizáciu. Preto sa rozhodol ísť vlastnou cestou a ešte pred vojnou premýšľal a postupne formuloval tézy svojho nového prístupu, ktorý je označovaný aj za „*tretí viedenský smer psychoterapie*“ (Frankl in Tavel, 2004; Tavel, 2004, str.24).

Na americkom kontinente je **logoterapia** považovaná za tretiu moc v rámci **humanistickej psychológie** vedľa psychoanalýzy ako prvej moci a behaviorálnej terapie ako druhej moci. Je často priradovaná k humanistickej psychológii, no logoterapia na rozdiel od nej, nepovažuje sebauskutočňovanie za najvyšší cieľ ľudského bytia. Ťažiskom je **sebatranscendencia** čiže **sebapresah** človeka. Frankl sa **orientuje na zmysel**, na jeho odhalenie a **na hodnoty**, ktoré posilňujú vôľu k životu a pomáhajú človeku osobnostne rásť (Lukasová, 2009; Ondrušová, 2011).

Základ novej koncepcie a definitívnu istotu v správnom smerovaní Frankl nadobudol po osobnej tragickej skúsenosti, ktorá je spojená s vojnou a s koncentračnými tábormi. Boli to práve myšlienky sebatranscendencie, sebaodstupu a „*vôľa ku zmyslu*“, ktoré mu pomohli vydržať a prežiť ťažký osud (Tavel, 2004, str.24).

Sám Frankl (2011) zdôrazňuje, že jeho smer nemá, byť smerom, ktorý chce nahradiť alebo prekonať vzniknuté psychoterapeutické prístupy. U človeka vníma nielen biologickú a psychickú dimenziu, ale chce existujúcu psychoterapiu obohatiť a doplniť o chýbajúci **duchovný rozmer**. Na základe prežitej životnej skúsenosti došiel k záveru, že človek sa musí v kríze opierať o hodnoty. Musí **objaviť niečo, pre čo by žil**, a v tých najťažších chvíľach **nájsť zmysel a účel svojho života**.

Za pravdu mu dáva aj Maslow (2014) keď tvrdí, že človek v rôznych historických obdobiach a nepriaznivých situáciách, potrebuje niečo čo ho prevyšuje v empirickom a nenáboženskom zmysle, aby neupadol do nihilistických myšlienok a beznádeje či ľahostajnosti.

Frankl (2011, str. 84–85) postavil vedľa Freudovej „*túžbe po uspokojení*“ a Adlerovej „*túžbe po nadradenosti*“, „*túžbu po zmysle*“ ako **primárnu motivačnú silu** človeka. Odmietal, že človeka je možné zredukovať na objekt vlastných nevedomovaných tendencií alebo mocenských snáh. Z jeho pohľadu je človek bytosť, ktorá hľadá zmysel a usiluje o čo najzmysluplnejšie naplnenie vlastnej existencie.

„*Logoterapiou*“ nazval Frankl terapiu, ktorá vychádza z duchovných zdrojov a terapiu zameranú na osobnú duchovnú existenciu, pomenoval „*existenciálnou analýzou*“ (Frankl, 2019, str.181).

Svojím životným príbehom a silou vôle ku zmyslu, **Frankl inšpiroval** milióny ľudí po celom svete. V tých najťažších chvíľach života sa rozhodol zaujať postoj a napriek fyzickým a psychickým útrapám, pritakať životu. Hlavným princípom jeho prístupu sa stalo **objavovanie zmyslu** v životných situáciách tak, aby človek žil zmysluplne za každých okolností, namiesto **zmysluprázdna**, aby našiel vlastné odpovede na výzvy života a nebol pasívnou obeťou vonkajších a vnútorných okolností (Tavel, 2004).

Logoterapia, ktorej názov odkazuje na grécke slovo *logos* čiže **zmysel**, je psychoterapeutickou **liečebnou metódou**. Jej filozoficko-antropologický základ tvorí odpoveď na otázku „*Ako môže človek prežiť naplnený život?*“, pričom sa opiera o základné piliere – **slobodnú vôľu, zmysel v živote a vôľu ku zmyslu** (Kosová & kol., 2014, str. 14).

Frankl hovorí, že logoterapia neučí, nekáže ani nementoruje, ale pomáha **objavovať zmysel života**, pričom necháva na človeku, aký postoj zaujme. Tvrdí, že nie je možné nájsť všeobecný zmysel života tak, aby bol pre každého rovnaký. Život každého je jedinečný a nikto ďalší ho nemôže rovnako prežiť ani zopakovať. Podobne ani, nikto nemôže nikoho zastúpiť. Je to život, ktorý každému kladie otázku po zmysle. Človek na neopakovateľnú a jedinečnú situáciu odpovedá svojím **zvoleným postojom**, za ktorý je **zodpovedný**. Je to sám človek, ktorý utvára svoj život, slobodne zvažuje možnosti, vyberá z nich a ich realizáciou rozhoduje o vlastnej budúcnosti. Človek by mal hľadať **zmysel života** vonku vo svete a **mimo seba**, pretože podstata jeho bytia spočíva v oddanosti a **transcendencii** seba samého (Frankl, 2011).

Potom zmyslom života je slovami Kosovej (2014, str. 46) „*konkrétní podoba plodného bytí. Kdýž nacházíme smysl, nalézáme své místo a své úkoly, kterými naplňujeme den po dni svůj život*“.

1.2.1 Hodnotová podstata zmyslu

Všetko čo človeku nie je ľahostajné, na čom mu záleží a je pre neho dôležité, je odvodené od **hodnôt**, ktoré formujú cestu ku **zmysluplnému žitiu** (Frankl, 2011; Kosová, 2014; Bobek & Peniška, 2008).

Podobne aj Maslow (2014) vo svojej teórii uvádza, že hľadanie zmyslu života je potrebou, ktorá je základným ľudským motívom správania sa. Potrebu zmyslu, priraduje k vyšším hodnotám.

Zmysluplnosť človek nachádza v žití a **uskutočňovaní hodnôt**, ktoré Frankl (Längle, 2002) popisuje ako hierarchicky usporiadané hodnoty:

- **tvorivé** – charakterizované ako aktivity, **práca** alebo služba, ktoré „ťahajú“ a umožňujú človeku svojou kreativitou prispievať ku premene vonkajšieho sveta. V súvislosti s otázkou zmyslu, nejde o to aké povolanie alebo prácu, človek vykonáva, ale o to, ako k práci pristupuje, ako svedomito ju zastáva alebo ako plní svoje úlohy,
- **zážitkové** – človek uskutočňuje **prežívaním** a prijímaním vonkajšieho sveta. Tie sa týkajú toho, ako sa dokáže ponoriť do zážitku všetkého pestrého, mnohostranného či krásneho v prírode, v umení, v športe alebo v partnerských a medziľudských vzťahoch a
- **postojové** – ako najvyššie hodnoty – sú hodnotami, ktoré človek realizuje v neovplyvniteľných životných situáciách ako je smrť alebo nevyliciteľná choroba. Človek v takej situácii môže zaujať **jedinečný postoj** k beznádeji, k tvrdomu životu a k utrpeniu, ktoré prežíva, no situáciu nemôže nijako zmeniť. Pre človeka so silnou vôľou k zmyslu, žiadna situácia nie je nezmyselná alebo bezvýhodná. Život je zmysluplný, aj keď človek už nemôže tvoriť alebo naplno zažívať okolie. Jedinec môže **dôstojne niest'** svoj osud, umieranie alebo životné stroskotanie. Život má zmysel až do konca.

Logoterapia pomáha človeku vystúpiť z podmienok, ktoré ho limitujú a naopak pomáha skúmať, **čo je ešte napriek okolnostiam možné**. Apeluje na jeho zdravú časť, ktorá sa do poslednej chvíle môže rozhodnúť a zaujať postoj, nájsť svoju osobnú odpoveď na to „**čo je správne pre mňa v tejto situácii?**“ (Klastová Pappová, 2013).

Pri hľadaní zmyslu sa človek **opiera o svedomie**, ktoré ho nabáda, aby za každých okolností odpovedal správne a tak čelil osudu alebo utrpeniu, ktoré prežíva. Svedomie človeka môže podliehať tiež ilúzii, môže sa myliť a vyžaduje odvalu, postaviť sa tvárou v tvár nepríjemnostiam a neistote. Zušľacht'ovaním a pestovaním svedomia sa človek stáva zodpovedným (Tavel, 2004).

1.2.2 Existenciálna frustrácia a strata zmyslu života

Človek je v existenciálnej analýze považovaný za **duchovnú bytosť**, ktorá uskutočňuje žitie vlastných hodnôt, pričom sa opiera o **základnú motivačnú silu** v človeku – **vôľu k zmyslu**. Pokiaľ človek žije nezmyselne, to znamená prázdny, nenaplnený život bez hodnôt, hrozí mu duchovný úpadok. U takého človeka sa základná sila plne nerozvinula a jedinec len prežíva a neexistuje, v pravom zmysle slova. Výsledkom je **existenciálna frustrácia**, ktorá môže prerásť do **noogennej neurózy** v podobe úzkostných, fobických, alebo nutkavých stavov, rôznych sexuálnych porúch či porúch spánku. Úlohou terapie je pomôcť človeku žiť jeho možnosti prostredníctvom zaujatia správneho postoja voči sebe a druhým (Vymětal, 2004).

Pocit absolútnej nezmyselnosti je pre zdravie človeka škodlivým pocitom. Frankl (2011, str. 91) tento pocit prežívaný ako vlastnú **prázdnotu**, označuje pojmom „**existenciálne vákuum**“. Je to podľa neho charakteristický **novodobý fenomén**, ktorý je vyvolaný nudou, nadbytkom a nezvládnutým voľným časom. Človeka postihuje depresívnym prežívaním počas jeho voľna a víkendov, keď sa frustrovaná túžba po zmysle chce uplatniť. Podobne je tomu aj v čase kríz, chorôb, v starobe alebo na sklonku života.

Frankl (2021) je toho názoru, že človek často nevie, čo by chcel, čo si praje. Na rozdiel od zvieratá, ho nenavigujú jeho inštinkty. Kedysi ho nabádala tradícia, no jej strata, spôsobila, že človek chce robiť buď to čo mu povedia iní (totalitarizmus) alebo je konformný a náchylný chcieť robiť to, čo robia druhí.

1.2.3 Objavenie zmyslu v živote

Frankl otázkou po zmysle života, obnažil to, čím človek je a čo je v ňom podstatné. Ľudské bytie je konečné a pominuteľné, vyznačené narodením, začiatkom a smrťou, teda koncom, ktoré ho desia. Vznikajúce úzkostné stavy z nežitého a prázdneho života. Tie človeka nabádajú vzťahovať sa k tomu, čo ho oslovuje, čo mu je blízke, čím sa zachraňuje od bezmocnosti a zároveň čo ho presahuje a dáva jeho existencii zmysel. **Zámerné žitie** pre niečo alebo niekoho, čo sa človeku javí ako zmysluplné, je to, čo Mrkvička prirovnáva k prežitiu „**dobrého príbehu**“, v ktorom prevláda zmysel a poriadok. Človek potom žije s vedomím, že sám je autorom svojho života, že smeruje k nádeji, k naplneniu zmyslom a nehrozí mu prázdnota. Dôležité je, že aj keď zmysel je objektívnou danosťou, neexistuje len

jeden zmysel rovnaký, ale pre každého odlišný. **Zmysel života** nie je možné vynájsť, ale je možné ho **odhaliť** vlastnou cestou (Frankl in Babka, 2016; Mrkvička, 2005, str. 76-77).

Pri hľadaní zmyslu sa človek riadi **svedomím**, ktoré Frankl (2005) považuje za orgán zmyslu. V konkrétnej situácii človeka vedie intuícia, aby objavil jedinečný zmysel, ukrytý v každej udalosti. **Autentický život**, za ktorý človek prevzal **zodpovednosť**, implikuje konkrétnu úlohu. Odhalením požiadavky a poslanie toho, čo je potrebné vykonať, sa život javí ako zmysluplný.

Na objavovanie zmyslu používa Frankl (2019) špecifické metódy dereflexie, paradoxnej intencie a prestavby negatívnych postojov na postoje zdravé a konštruktívne. Ich krátka charakteristika, okrem iného, je súčasťou nasledujúceho textu.

1.3 Prístup E. Lukasovej k zmyslu života

Učenie V. E. Frankla v súčasnosti rozvíjajú predovšetkým jeho dvaja najznámejší žiaci, E. Lukasová a A. Längle. V 80. rokoch minulého storočia došlo medzi nimi k názorovému rozkolu. Hlavnou predstaviteľkou **Franklovej logoterapie** tak ako ju poznáme dnes, je E. **Lukasová** (SLEA, 2022).

Lukasová (2006) priamo nadväzuje na Franklove tézy, obohacuje ich a overuje v každodennom živote. Logoterapiu chápe ako psychoterapeutickú metódu, ktorej cieľom je priviesť človeka k uvedomenej zodpovednosti za jedinečný zmysel svojho života a za realizáciu hodnôt. Logoterapiu aplikuje tiež v **poradenstve, výchove, pri krízovej intervencii alebo v náročných medziľudských situáciách**. Tvrdí, že porozumenie pre zmysel života sa postupne vytráca. **Problémy** je možné vnímať ako **krízu pochopenia zmyslu**. Ten, kto má napríklad sexuálne problémy, ten stratil okrem svojej prirodzenosti aj cit pre porozumenie zmyslu svojho života podobne ako ten, kto hľadá východisko v alkohole a drogách.

Logoterapia podľa Lukasovej (2006, str. 15) nie je žiadna príručka technickej pomoci. Tvrdí, že človek ako duchovná bytosť je v psychoterapii „*nasměrován tak, aby sám sebe transcendoval, aby přesáhl daleko za sebe a své potřeby, k cíli, kterým nemůže být jen on sám, ke smyslu, jemuž je ochoten podřídít svoje potřeby i sebe sama*“. Preto svoj prístup v praxi vníma jako efektívnu pomoc pacientovi na základe **logoterapeutických, špecifických a nšpecifických metód**. Pri psychoterapii má na mysli poskytovanie najlepšej možnej rady, ktorú člení do troch fáz (Lukasová, 2006):

- **v diagnostickej fáze**, v ktorej sa väčšinou venuje zisťovaniu problémov, upozorňuje na to, aby prílišným záujmom o negatívne aspekty života u psychicky labilného pacienta, nebola posilňovaná iatrogénna neuróza alebo hyperflexia. Odporúča preto používať techniku striedavej diagnostiky a podporovať presvedčenie pacienta, že okrem jeho slabých stránok a negatívnych aspektov života, existujú v jeho osobnosti aj zdravé sily a pozitívne stránky, ktoré nesúvisia s problémami. Táto technika zlepšuje vnímanie pacientovej krízy a je zároveň prvým krokom z nej.
- **Terapeutickú fázu** tvoria nové humánne formy pomoci, ktoré vyplývajú z podstaty logoterapie. Patria sem špecifické logoterapeutické techniky (**paradoxná intencia a dereflexia**) a nešpecifické techniky (logoterapeutická modulácia postojov).

Paradoxná intencia vychádza zo základného princípu logoterapie a to, že pranie a obava si konkurujú a navzájom sa vylučujú. To, čo si pacient praje, toho sa väčšinou bojí. Vybočením zo zaužívaného stereotypu, vykračuje pacient ku novému vzorcu „*dá se také jinak*“ (str. 45).

Dereflexia je opakom hyperflexie a súvisí s prílišným sústredení sa pacienta na vlastné problémy bez vnímania pozitívnych aspektov vo svojom živote. Podľa Lukasovej človek trpí dvoma typmi utrpenia. Jedno je osudové, nezmeniteľné. K nemu sa viaže terapeutická pomoc, ktorá pomáha pacientovi modulovať nezdravý postoj na postoj zdravý a priliehavý k vzniknutej situácii. Druhé utrpenie je zbytočné a spôsobuje si ho človek sám, nechcene, bezdôvodne a to je možné zvládnuť dereflexiou, zosilnením symptómov alebo prianím nechceného.

- **Postterapeutickú fázu** predstavuje fáza po liečbe. Je to čas, ktorý je potrebný na stabilizáciu po prekonaní psychických problémov. Po zvládnutej kríze alebo chorobe je pacient psychicky vyčerpaný. Lukasová poukazuje na **noodynamiku** medzi oddychom a stresom pacienta. Terapeut pomáha človeku vytvárať rovnováhu medzi pracovnou záťažou, aktivitami a relaxom ako aj v tvorbu nového obsahu v živote po strate z obdobia krízy alebo choroby.

Lukasová (2001) je presvedčená, že každý kto je postihnutý duchovnou núdzou, si môže pomôcť aj sám a tým si skvalitniť život. Príkladom môže byť biblioterapia. Podľa autorky, vedie čítanie literatúry človeka ku tichému rozjímaniu nad existenciálnymi otázkami.

Okrem empirického skúmania a bohatej publikačnej činnosti, Kratochvíl (2017) vyzdvihuje tiež praktický **Logo test** a zaistovanie systematického výcviku v logoterapeutickom prístupe.

1.4 Prístup A. Längleho k zmyslu života

Ďalším významným žiakom a osobným asistentom V. E. Frankla je lekár, klinický psychológ a psychoterapeut A. **Längle**. V súčasnosti rozvíja **existenciálnu analýzu** na základoch logoterapie ako vlastný, samostatne fungujúci prístup pod názvom existenciálna analýza. Okrem **zmyslu života** sa zaoberá aj **podmienkami** naplneného života. Taktiež je autorom dotazníka – **Existenciálna škála** (SLEA, 2022; Wagenknecht, 2001).

Längle filozoficky a metodicky roztriedil základné existenciálne tézy o človeku do samostatného smeru, ktorý rozšíril o **diagnostickú a poradenskú prax**. Rozčlenenie sa týka **spoločných znakov zmyslu** (Längle, 2002, str. 41-52) a to na:

- žiť zmysluplne znamená pracovať na splnení úlohy, ktorá sa objavila pred človekom,
- zmysel musí každý človek rozpoznať a pochopiť sám zo seba,
- každá situácia obsahuje v sebe zmysel, pričom niektoré ťažké a bezradné situácie môžu evokovať hlbší zmysel,
- vidieť zmysel, znamená vidieť celok a odpovedať na otázku „*kvôli čomu?*“ alebo „*pre čo?*“,
- zmysluplné žitie netúži po majetku alebo po nadmernom pohodlí, ale stojí pred človekom ako výzva na angažovanie sa,
- zmysel nesúvisí s inteligenciou človeka, ani s vedomým premýšľaním nad ním. Človek zmysel intuitívne vycitňuje a rozpoznáva,
- zmysel je prístupný každému prostredníctvom svedomia, kto je schopný rozhodovať sa a

- svoju ľudskú existenciu človek naplňa tým, že sa sústreďí na práve prítomnú chvíľu a prežíva ju.

K zisťovaniu a existenciálnemu prijatiu ťažkých situácií a životných skúseností vytvoril Längle (2010) **metódu osobnej existenciálnej analýzy**. Jej podstata vychádza z emočného a osobného príklonu k subjektu v terapeutickej praxi a na teoreticko-praktickej úrovni ide o obnovu **osobného dialógu medzi osobou a svetom**.

V existenciálnej analýze je zmysel života ústrednou témou, ktorá vyplýva z trojakej skúsenosti. Prvá sa vzťahuje k **slobodnej voľbe** medzi možnosťami, druhá k rozhodnutiu o **výbere hodnôt** a tretia skúsenosť vyplýva z neustálej sa **meniacej situácii**. V existenciálnom ponímaní je tiež **metódou liečebnou**, ktorá zasahuje do skresleného vnímania človeka tak, aby bol schopný opäť prežívať a prakticky uskutočňovať svoj vzťah ku svetu. To sa deje v niekoľkých krokoch (Vymětal, 1997):

- vo vecnom vnímaní skutočnosti a faktov,
- v prijatí prežívaných dojmov z pôvodnej situácie a
- v prepracovaní sa ku porozumeniu prostredníctvom zaujatia hodnotiaceho postoja čiže **seba-odstupom** a v adekvátnej **odpovedi činom** čiže **seba-presahovaním**.

Terapeut pri stretnutí s pacientom nevystupuje v roli experta, je skôr jeho **sprievodcom**, ktorý ho vedie, povzbudzuje a nabáda k vlastnému rozhodnutiu alebo aktivite. Autentické a súhlasné prežívanie vlastného života, vedie človeka z neosobnej existencie, ktorú charakterizujú štyri **základné osobné motivácie (ZOM)**. Tie sú predpokladom existencie zmyslu (Klastová Pappová, 2013):

1. ZOM sa viaže ku **ontologickej rovine** (*môcť byť*) a je základnou osobnou motiváciou, ktorá je spojená s pocitom bezpečia, istoty, ochrany a priestoru. Človek v nej hľadá odpoveď na základnú otázku: „*Som na svete, ale môžem tu byť?*“
2. ZOM je **axiologickou rovinou** (*chcieť byť*) a súvisí s pozitívnym hodnotením svojho bytia na svete. Pocit, že človek žije rád, v ňom otvára túžbu po blízkosti, vrelosti a vzťahoch. Odpoveďou je: „*Je dobré, že som*“.

3. ZOM je spojená s **etickou rovinou** a s tým, čo si človek cení sám na sebe, ako si zvyšuje alebo znižuje vlastnú hodnotu. Odpoveďou je: „*Smiem byť takým, aký som?*“, hovorí áno sebe samému.
4. ZOM sa neviaže len na osobu, ale aj na vonkajší svet a vzťahuje sa k úsiliu človeka **naplniť zmysel v konkrétnej situácii**.

Existenciálna analýza sa primárne zaoberá budúcnosťou pacienta. V praxi je možné narábať aj s biografiou, pokiaľ zážitok z minulosti ovplyvňuje jeho súčasné prežívanie. Príkladom môže byť traumatická skúsenosť. Tento odklon bol pre Frankla neprijateľným, vnímal ho negatívne a nový, rozšírený prístup neuznával (Kratochvíl, 2017).

1.5 Prístup I. D. Yaloma k zmyslu života

Americký psychiater, psychológ a spisovateľ **Irvin D. Yalom** je predstaviteľom **dynamickej existenciálnej psychoterapie**, ktorého od mladosti priťahovali filozofické otázky zmyslu ľudskej existencie. Svoj záujem dokázal pretaviť aj do bohatej odbornej a literárnej tvorby. V beletristických príbehoch, pútavým spôsobom vykresľuje osudy svojich pacientov počas terapie a odhaľuje subjektívne prežívanie terapeuta (Kratochvíl, 2017).

Josselsonova (2009) v súvislosti s jeho nadaním konštatuje, že Yalom dokáže jedinečne vystihnúť podstatu človeka s jeho ľudskou stránkou a zároveň priblížiť príbeh z filozofického, medicínskeho a existenciálneho pohľadu.

Jeho premýšľanie nad zmyslom života súvisí s existenciou a chápe ho ako jedinečný výtvor, ako vedomé alebo nevedomé premietanie z človeka von do sveta. Predpokladá, že **človek potrebuje zmysel**, no život ako taký, nemá jediný a konečný cieľ, ale len aktívnu a tvorivú odpoveď jedinca na bez-zmyselnosť sveta (Halama, 2000).

Na rozdiel od logoterapie, Yalom (2020) rozlišuje:

- **kozmickej zmysel**, ktorý je spojený s náboženským svetonázorom a predpokladá plán, ktorý existuje mimo a nad človekom a
- **pozemský zmysel**, ktorý je v súlade s kozmickým zmyslom alebo s jeho napĺňaním.

Existenciálna terapia je dynamickou psychoterapiou vychádzajúcou „z konfrontácie človeka s podmínkami existence“. „Podmienky“ alebo „záležitosti“ sú vnútornou súčasťou bytia človeka vo svete a sú rozpoznateľné hlbokou sebareflexiou, ktorú spúšťajú krízové udalosti a skúsenosti. Stret so štyrmi základnými zážitkami, so **smrťou, slobodou, osamelosťou a stratou zmyslu** vyúsťuje do existenciálnej zrážky a vyvoláva **napätie a úzkosť**. Prežívanie bez-zmyselnosti môže maskovať úzkosť, ktorá súvisí so smrťou a osamelosťou. Úlohou terapeuta je dopomôcť pacientovi opäť sa zapájať a zúčastňovať na vlastnom živote, pretože **pocit zmyslu** je vedľajším produktom angažovanosti. Pri práci s onkologickými pacientami mal možnosť opakovane pozorovať, aký je pre život človeka zmysel dôležitý. Altruizmus, zapálenie pre vec, tvorivý prístup k problémom, služba druhému človeku ako aj sebarealizácia, sú významné **zdroje zmyslu** (Yalom, 2020, 16).

2 TEORETICKÉ VYMEDZENIE ZÁVISLOSTI

Závislosť je z medicínskeho pohľadu komplexné ochorenie, ktoré postihuje človeka v telesnej, psychickej, sociálnej a duchovnej oblasti, pričom mu spôsobuje mnohé problémy. V snahe uniknúť im, človek opätovne siaha po omamnej látke a iluzórnom pociť šťastie. Cieľom nasledujúcej kapitoly je teoreticky zarámoviť skúmanú problematiku a charakterizovať vybrané faktory závislosti, ktoré sa podieľajú na jej vzniku.

Definície a podstata závislosti

Zo spoločenského a medicínskeho hľadiska je závislosť komplikovanou témou, ktorá nemá jednoduché kauzálne riešenie. **Závislé správanie** predstavuje nielen socioekonomickú a zdravotnú **záťaž**, ale spôsobuje tiež nemedicínske problémy ako rodinnú patológiu, kriminalitu, profesijný úpadok, zníženú dopravnú zdatnosť a iné (Ocisková & Praško, 2015).

Za závislosť alebo presnejšie za **syndróm závislosti** považujeme taký „soubor príznakov, kedy látka alebo činnosť, na ktoré sa u človeka vytvorila závislosť, má pro nej mnohým väčšiu hodnotu než činnosti a hodnoty, ktoré pro dotyčného byly důležité před vznikem závislosti“. Ide o stav, kedy dochádza ku fyzickému **poškodeniu organizmu**, čo vedie často k poruchám správania, vnímania, myslenia a k narušeniu alebo úpadku (depravácii) osobnosti. Závislý sa väčšinu času nadmerne zaoberá látkou alebo činnosťou, na ktorej si vypestoval fyzickú, psychickú alebo kombinovanú závislosť (Křížová, 2021, str. 15).

Ochorenie je považované za **komplexnú poruchu**, pre ktorú je charakteristické opakované nutkanie užívať psychoaktívnu látku, alebo sa oddávať určitému správaniu, aj za cenu negatívnych dôsledkov (Hollen, 2009).

O závislosti je možné tiež uvažovať, ako o **vzorci správania**, ktoré sa opakuje. Viac menej pravidelný prísun psychoaktívnej látky u závislého zvyšuje riziko, že sa u neho rozvinú rôzne zdravotné, osobné alebo spoločenské problémy. Typickým je okamžité uspokojovanie potreby užitia, čím zároveň dochádza ku spevňovaniu návykového

správania. Postihnutý človek závislosť prežíva subjektívne ako stratu kontroly napriek tomu, že má snahu abstinovať alebo užívať s mierou (Marlatt et al., 1988).

Závislosť sa rozvíja zväčša v **spojení s psychoaktívnou látkou**, ktorou je každá látka ovplyvňujúca duševné procesy. Z hľadiska Medzinárodná klasifikácia chorôb (MKCH 10) rozlišujeme deväť druhov psychoaktívnych látok, z ktorých každá má potenciál vyvolať špecifickú závislosť. Tento poznatok je zohľadnený pri liečbe závislosti. Komplikáciou je skutočnosť, že mnoho užívateľov berie rôzne drogy súčasne (Ocisková & Praško, 2015).

Človek už v minulosti, hľadal spôsoby, či už vedome alebo nevedome, ako by si uľahčil a spríjemnil život, čím podnietil rozvoj závislosti. Dnes je dokázané, že závislé chovanie, si môže **vypestovať každý** na čomkoľvek, čo mu prináša uspokojenie (Vacek & Vondráčková, 2014; Marks, 1990).

Orel (Orel et al., 2020) poukazuje na **všeobecnú ľudskú pre disponovanosť** ku vzniku závislostí. O tom, či sa rozvinie závislé správanie a v akej miere alebo kvalite, rozhodnú genetické a vývojové aspekty čiže **genotyp a fenotyp** konkrétneho jedinca.

V zmysle patológie, sa Šimonek (in Orel et al., 2020), domnieva, že len u malého percenta ľudí dôjde ku rozvoju závislosti. Podľa neho závislosť vznikne najmä v dôsledku **poruchovej väzby**, pretože každý je schopný vytvárať nezdravo závislé vzťahy. Človek sa preto musí naučiť zdravému vzťahovaniu sa nielen k druhým, k sebe, ale aj k životu. Ďalej sa konštatuje, že človek je buď tým, ktorý si väzby vytvorí sám alebo ich prijíma a preberá od druhých. Závislosť sa rozvinie, keď dôjde ku **interakcii medzi určitými faktormi** a to v rôznej miere, kvalite a kvantite. Medzi takéto aspekty patrí: vášnivnosť, akcieschopnosť, miera rizika, ktoré človek zvládne, prijatie a oceňovanie zo strany významných druhých, seba prijatie a sebaocenenie, miera regulácie a vplyvu.

2.1 Diagnostická a medzinárodná klasifikácia chorôb

Nevyhnutnou súčasťou medicínskej a klinickej praxe sú medzinárodné a klasifikačné systémy informujúce o rôznych ochoreniach, pričom sa opierajú o spoločnú dohodu medzi odborníkmi. Aj keď predstavujú určité zovšeobecnenie a zjednodušenie, znamenajú pomoc a orientáciu tým, že jasne a presne definujú **diagnostické kritéria**. Základom systémov sú **diagnostické jednotky** a ich skupiny.

MKCH 10

Skupinu chorôb, vzťahujúcich sa ku závislosti, zahŕňajú diagnostické jednotky, ktoré sú popísané v Medzinárodnej klasifikácii chorôb v 10. revízii a používajú sa najmä v Európe. V dobe, keď vzniká text práce je vydaná už nová verzia klasifikácie MKCH-11, no český a slovenský oficiálny preklad ešte nie je k dispozícii. Preto sa v nasledujúcom texte budeme prioritne opierať o platný manuál MKCH-10. Diagnostické jednotky kategórie **Duševných porúch a porúch chovania vyvolaných účinkom psychoaktívnych látok**, sú podľa MKCH-10, označené **kódom F10-19** a pomenované podľa skupiny typickej psychoaktívnej látky, ktorú zastupujú. Za desatinou čiarkou sa uvádza druh poruchy (Svetová zdravotnícka organizácia, 1992).

Psychoaktívne látky (alkohol, opioidy, kanabinoidy a iné), sú substancie, ktoré pôsobia na mozgové a psychické funkcie s potenciálom vyvolať **fyzickú a psychickú závislosť**. Jedná sa o pestrú skupinu látok, kedy ktorákoľvek z nich, môže vyvolať poruchový stav. Napríklad psychotickú poruchu môžu spôsobiť kanabinoidy alebo metamfetamín, zatiaľ čo amnestický syndróm môže vyvolať alkohol. Jednotlivé látky sa medzi sebou líšia chemickým zložením, mechanizmom účinkovania v organizme, spôsobom aplikácie, dĺžkou trvania, reakciou, priebehom stavu pri odvykaní. V praxi často závislí kombinujú a užívajú viaceré látky súčasne, aby dosiahli výraznejší efekt. (Orel et al., 2020; Křížová, 2021).

Medzi poruchy, ktoré sú vyvolané užívaním **psychoaktívnych látok**, sú **diagnostikované** nasledujúce **poruchy** (Orel et al., 2020):

F10.x Poruchy spôsobené užívaním alkoholu.

F11.x Poruchy spôsobené užívaním opioidov – prírodných, polosyntetických a syntetických.

F12.x Poruchy spôsobené užívaním kanabinoidov (napr.marihuana).

F13.x Poruchy spôsobené užívaním sedatív alebo hypnotík.

F14.x Poruchy spôsobené užívaním kokainu.

F15.x Poruchy spôsobené užívaním stimulancií (napr. metylamfetamín).

F16.x Poruchy spôsobené užívaním halucinogénov (napr. MDMA-extáza).

F17.x Poruchy spôsobené užívaním tabaku.

F18.x Poruchy spôsobené užívaním prchavých rozpúšťadiel.

F19.x Poruchy spôsobené užívaním niekoľkých látok zároveň a iných psychoaktívnych látok.

Pod **kódom F50-59** sa nachádza skupina duševných porúch, ktoré sú spôsobené užívaním **látok nevyvolávajúce fyzickú závislosť**. Príkladom je skupina látok zahrnutá pod **F55** (Abúzus látok nespôsobujúcich závislosť), kedy sa jedná sa o **nadmerné užívanie** napríklad vitamínov, antidepresív, laxatív a iných látok, ktoré sa bežne vyskytujú v domácnostiach alebo môžu byť predpísané všeobecným lekárom, avšak v zmysle tejto klasifikácie sa nepovažujú za psychoaktívne látky (Orel et al., 2020; Křížová, 2021; Kuklová, 2016).

Klasifikácia okrem konkrétnych psychoaktívnych látok, vymedzuje aj tieto **kategórie stavov** (Orel et al., 2020):

F1x.0 Akútna intoxikácia.

F1x.1 Škodlivé užívanie.

F1x.2 Syndróm závislosti

F1x.3 Stav z odvykania

F1x.4 Stav z odvykania s delíriom

F1x.5 Psychotická porucha

F1x.6. Amnestický syndróm

F1x.7 Psychotická porucha reziduálna s neskorým nástupom

F1x.8 Iné duševné poruchy a poruchy chovania

F1x.9 Neurčené duševné poruchy a poruchy chovania

Pod **kódom F63** sa nachádzajú **Nutkové a impulzívne poruchy**, označované tiež ako **behaviorálne závislosti**, pretože sú naviazané na určitú činnosť alebo proces.

Niektorí autori používajú označenie **nelátkové závislosti** (Frascella et al.,2010), závislosti bez substancií (Barrett & Drogin, 2000), alebo závislosti na procesoch (Hollen, 2009).

Patrí sem **patologické hranie – gambling**, patologické kradnutie – **kleptomania**, patologické zakladanie požiarov – **pyromania** a **trichotilomania** – vytrhávanie vlasov, rias, obočie, fúzov alebo chlпов. Tieto poruchy sa vyznačujú **neschopnosťou odolať pokušeniu alebo impulzu** urobiť niečo, čo je považované za nebezpečné, pričom dotyčný si uvedomuje narastajúce napätie pred uskutočnením činu. V momente vykonávania impulzívnej aktivity, pociťuje **vzrušenie alebo uspokojenie** (Vacek & Vondráčková, 2014).

Podľa Griffithsa (1996) je na stanovenie diagnózy **behaviorálnych závislostí** nutné spĺňať nasledujúce **podmienky**:

- významná aktivita, ktorá dominuje a ovláda život človeka,
- keď je daná činnosť zahájená, dôjde k zmene nálady, pričom dotyčný má pocit, že lepšie zvláda život,
- tolerancia,
- abstinénčné príznaky,
- vnútorné konflikty a/alebo problémy v medziľudských vzťahoch a
- relaps.

Znaky závislého správania vykazuje aj hypersexualita, mentálna bulímia alebo závislosť na jedle. Skupinu nových, nezaradených závislostí tvorí široké spektrum aktivít ako napríklad závislosť na technológiách (počítače, telefóny, internet, hry, televízia, hudba a iné), závislosť od nakupovania (omniomania), závislosť na práci (workoholizmus), sebapoškodzovanie a ďalšie. Niektoré z nich boli v doterajšej klasifikácii zahrnuté pod spoločnú kategóriu Iné nutkavé a impulzívne poruchy (Vacek & Vondráčková, 2014).

MKCH 11

Napriek tomu, že nový manuál klasifikácie ešte nie je preložený do slovenčiny (ani češtiny), poukážeme na niektoré odlišnosti. V novej verzii MKCH-11 oproti MKCH-10 došlo k výrazným zmenám v koncepcii adiktologických porúch.

Oproti predchádzajúcej verzii je diagnostika podrobnejšia a uvádza nové skupiny porúch rozšírené o ďalšie psychoaktívne látky ako napríklad syntetické kanabinoidy, káva, nikotín a iné. Koncepčné zmeny sa týkajú aj rozlišovania medzi „poruchami užívania“ a „látkami, ktoré navodzujú poruchy“ a behaviorálnymi závislosťami. (Svetová zdravotnícka organizácia, 2022; Turček & Pečeňák, 2019).

Duševné poruchy a choroby sú uvedené v kapitole 6 pod kódovým označením 6A00 s názvom Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders. Kategória obsahuje aj novú skupinu s názvom Poruchy spôsobené užívaním návykových látok alebo návykovým správaním (neoficiálny preklad autorov práce) v originálnom znení Disorders due to substance use or addictive behaviours. Pod kódovým označením 6C40-49 sú uvedené poruchy spôsobené užívaním konkrétnej psychoaktívnej látky (napr. 6C40 Disorders due to use of alcohol). Poruchy spôsobené užívaním návykových látok sú podrobnejšie diagnostikované o čom svedčí nasledujúci text (Svetová zdravotnícka organizácia, 2022; Turček & Pečeňák, 2019):

6C4x.0 – Jednorazová epizóda škodlivého užívania látky X

6C4x.1 – Škodlivé užívanie

6C4x.2 – Závislosť od látky X

6C4x.3 – Intoxikácia látkou X

6C4x.4 – Odvykanie od drog X

6C4x.5 – Delírium vyvolané látkou X

6C4x.6 – Psychotická porucha vyvolaná látkou X

6C4x.7 – Iné poruchy vyvolané látkou X

K poruchám spôsobeným návykovým správaním pribudla porucha v dôsledku hrania počítačových hier a k rizikovému užívaniu/správaniu bola priradená kategória Nebezpečné hazardné hry-stávkovanie-hranie s názvom Hazardous gambling-betting-gaming (Turček & Pečeňák, 2019).

2.2 Diagnostická klasifikácia podľa DSM-5

Diagnostický a štatistický manuál duševných porúch **DSM-5** Americkej psychiatrickej asociácie APA, sa používa na americkom kontinente. Štatistický manuál zaradil všetky závislosti do skupiny Porúch spojených s užívaním látok a porúch so závislosťou.

Návykové choroby sú rozdelené na (American Psychiatric Association, 2015):

- poruchy užívania látok (ľahká, stredne ťažká a ťažká) a na
- poruchy vyvolané užívaním látok (akútna intoxikácia, stav z odvykania, akútna psychotická porucha, bipolárno-afektívna porucha, depresívne poruchy, úzkostné poruchy, poruchy spánku, sexuálne dysfunkcie, delírium a neurokognitívne poruchy).

Na rozdiel od, v súčasnosti používanej MKCH-10, do tejto skupiny patrí aj gambling čiže patologické hranie. Do oddielu Porúch a ovládania impulzov, DSM-5 zaradil pyromaniu a kleptomaniu. Manuál popisuje **11 znakov**, ktoré svedčia pre **závislú poruchu**. Tie je možné zoskupiť do štyroch skupín a to narušenie kontroly, narušenie sociálnych vzťahov, rizikové užívanie a farmakologické aspekty (Křížová, 2021):

1. Jedinec užíva viac než mal v úmysle.
2. Opakované neúspešné pokusy o zníženie alebo vysadenie látky.
3. Vyvíja veľkú snahu o získanie návykovej látky, jej užívanie alebo zotavenie sa z jej účinkov.
4. Zažíva craving, silnú túžbu alebo nutkanie užiť látku.
5. Človek zlyháva v neplnení povinností v práci, doma, v škole v dôsledku užívania.
6. Pokračuje v užívaní, napriek tomu, že užívanie mu spôsobuje sociálne a medziľudské problémy.
7. Užívanie predstavuje hodnotu, ktorá obmedzila sociálne, profesijné a voľnočasové aktivity.
8. Jedinec opakovane užíva v situáciách, kde je to nebezpečné.

9. Človek pokračuje naďalej v užívaní psychoaktívnej látky aj keď tá, mu už spôsobuje somatické a psychické reálne problémy.
10. Zvyšuje sa tolerancia k návykovej látke.
11. Nastupuje stav z odvykania v podobe únavy, tremoru, cravingu, podráždenosti, porúch spánku a úzkostného prežívania.

2.3 Najrozšírenejšie látkové a nelátkové závislosti

Kapitola uvádza prehľad najčastejšie užívaných psychoaktívnych látok. Súčasťou textu je tiež stručná charakteristika vybraných drog v populácii.

Medzi **legálne** a najčastejšie užívané omamné látky patrí **alkohol a tabak**. Zo štatistík Súhrnnej správy o závislostiach za rok 2021 vyplýva, že dennému pitiu alkoholu holduje 10% dospelaj populácie a fajčeniu cigariet, 20% populácie staršej nad 15 rokov. Napriek tomu, že v porovnaní s minulým rokom došlo k miernemu poklesu, úroveň závislosti sa **dlhodobo** drží na **vysokej úrovni**. V súvislosti s liečbou sa ročne jedná o 30–35 tis. pacientov závislých od alkoholu a 1–2 tis. pacientov závislých od tabaku, čo predstavuje nemalé finančné náklady (Úrad vlády Českej republiky, 2022).

Alkohol

Psychotropný účinok pri **alkohole** sprostredkováva etanol alebo chemicky metylalkohol, ktorý vzniká kvasením cukrov. Spôsobuje **orgánovú toxicitu** vrátane neurotoxického vplyvu na **mozog**, kde účinkuje v dopaminergnom, noradrenergnom, GABAergnom a opioidnom systéme neurónov. Jeho účinok závisí od veľkosti požitej dávky, od fyzickej dispozície jedinca a od ďalších aspektov. Malé dávky alkoholu pôsobia stimulačne a vyššie človeka utlmia. Výsledkom je rôzny stupeň **opitosti – ebriety**. Po požití alkoholu sa človeku spočiatku zlepši nálada, zvýši sa mu pocit sebavedomia. S pribúdajúcim množstvom alkoholu stráca jedinec zábrany, prestáva sa kontrolovať a postupne sa dostavuje aj pocit únavy, útlm a spánok. Požívanie alkoholu sa prejaví v nežiadúcich **krátkodobých** (porucha rovnováhy, nevoľnosť, zvracanie a iné) a **dlhodobých účinkoch** (cirhóza pečene, kardiovaskulárne ochorenia, anémia, avitaminóza a iné). Za život ohrozujúcu **komplikáciu** je považovaná **patická ebrieta**. U tehotných závislých žien je rizikom poškodenie plodu a tzv. syndróm FAS – fetálny alkoholový syndróm. S dlhodobým užívaním alkoholu súvisí

stav z odvykania, ktorý sa rozvinie do pár hodín alebo dní v dôsledku odňatia látky alebo jej redukcie. V tej najjednoduchšej forme sa prejaví ako tremor – tras, poprípade neklud, potenie, úzkosť, nevoľnosť, alebo slabosť. V horšom prípade hrozí **delirium tremens**, kedy je človek ohrozený na živote a jeho stav vyžaduje lekársku intenzívnu starostlivosť (Orel et al., 2020; Křížová, 2021; Kalina & et al., 2015).

Stimulačné drogy – metamfetamín

Inak povedané **pervitín**, je dlhodobo obľúbenou **stimulačnou drogou**, ktorú v Českej republike rizikovo užíva odhadom okolo 33 tis. ľudí (Úrad vlády Českej republiky, 2022).

Jeho účinok sa prejaví vo zvýšenej hladine **biogénnych amínov** na synapsiach **centrálnej nervovej sústavy**. V dôsledku užitia nastane povzbudenie organizmu, mizne únava, zvyšuje sa výkon, dostávajú sa **euforické pocity sily, energie** a zvýšeného sebavedomia. Užívajúci má zníženú chuť k jedlu a nepotrebuje spať. Objaviť sa môže aj výrazná úzkosť alebo agresia. Pri vyšších dávkach stimulácie hrozia bludy a halucinácie v podobe rozvoja **toxickej psychózy**, najmä z dlhodobého užívania. Ťažšie formy psychózy, kedy závislý nemá kontakt s realitou, halucinuje alebo má suicidálne sklony, vyžadujú hospitalizáciu a medikáciu **antipsychotikami**. Na stimulačných látkach vzniká psychická závislosť a somatické komplikácie ako anorexia, mozgové a srdcečné príhody a iné. Stav z odvykania, ktorý trvá niekoľko dní až týždňov, človeka neohrozuje na živote. Prejavuje sa však zvýšenou fyzickou únavou, silným bažením po látke a rozvojom depresívnej symptomatológie. Do skupiny **stimulačných drog** patrí aj **kokaín**, ktorý je v českých podmienkach skôr okrajovou a finančne náročnou látkou na užívanie (Kalina & et al., 2015; Kuklová 2016).

Kanabinoidy

Najčastejšie užívanou nelegálnou drogou v populácii sú konopné látky čiže **marihuana**. Týka sa to 8 až 10 % dospelých, pričom prevalencia užitia je vyššia u mužov a u **mladších vekových skupín**. Droga je užívaná väčšinou na rekreačné účely alebo je spojená so samoliečbou. V súvislosti s marihuanou sa uvádza skôr **psychická závislosť** a nízke riziko rozvoja syndrómu závislostí (Úrad vlády Českej republiky, 2022; Kuklová, 2016).

Syntetické kanabinoidy

Do pozornosti sa stále viac dostávajú tzv. **dizajnérske drogy**. Jednou z nich je skupina **syntetických kanabinoidov**, ktorá je zakomponovaná do novej klasifikácii MKCH-11. Syntetické kanabinoidy sú najpočetnejšou skupinou v rámci dizajnérskeho drogov. Slangovo sa označujú tiež ako „K2“, „spice“ alebo regionálne ako „mocarz“. Syntetické kanabinoidy sú syntetické látky, ktoré pôsobia ako antaginisti kanabinoídnych receptorov s vyššou napodobujúcou aktivitou a vyššou afinitou k receptorom. Jedná sa o látku, ktorá je v porovnaní s hlavnou psychoaktívnou zložkou marihuany – THC, **výrazne silnejšia**. Predávkovanie syntetickými kanabinoidmi, na rozdiel od konopných prírodných látok, spôsobuje somnolentný alebo euforický stav. Jediný verbálny prejav je nesúvislý a nepriliehavý. U intoxikovaného sa objavujú poruchy pamäte, paranoidné bludy, nauzea alebo zvracanie. Taktiež môže mať bolesti na hrudi, vysoký krvný tlak – hypertenzia, tremor, kŕče alebo dokonca **epileptický záchvat** (Kolibáš & Novotný, 2011).

Podobne nebezpečné sú **fenyletylamíny**. Sú to látky, ktoré majú blízko ku amfetamínom alebo metaamfetamínom. Vo všeobecnosti sa prejavujú stimuláciou avšak chemickou úpravou a modifikáciou vznikajú **silné halucinogénne účinky**. Majú výrazne oneskorený nástup účinku, proťahované a až niekoľkodňové trvanie. Užitie vyššej dávky vedie ku smrti alebo ku vazokonstrikcii, gangréne a potom následnej **smrti** (Novotný & Kolibáš, 2011).

Nelátkové závislosti

Nie sú závislosťou v pravom zmysle slova, nakoľko **chýba psychotropná látka**. Zároveň behaviorálne závislosti zdieľajú s „pravými“ závislosťami niektoré spoločné atribúty. V MNCH-10 je gambling zahrnutý pod kategóriu F63 (Nútkavé a impulzívne poruchy). Ide v podstate o rôzne spôsoby návykového správania, ktoré sa človeku vymkli spod kontroly. Medzi najčastejšie sa vyskytujúce nelátkové závislosti patrí (Kuklová, 2016):

- **gambling** – patologické hazardné hranie,
- **gaming** – hranie, napríklad internetových hier a
- **betting** – stávkovanie.

V 90. rokoch bola snaha priradiť gambling a kompulzívne nakupovanie do skupiny obsedantno-kompulzívnej poruchy. Argumentom za prijatie, boli najmä podobné

symptómy, farmakoterapia a psychoterapii. Dôvodom výhrad bola skutočnosť, že charakter obsedantno-kompulzívnej poruchy je ego-dystónny, čo znamená že nutkanie je nepríjemné, nechcené a vtieravé. V porovnaní so **závislosťou** ide o správanie **ego-syntónne**, ktoré zo začiatku prináša pôžitok, vzrušenie a potešenie (Black at al., 2010).

Podľa súhrnnej správy Úradu vlády ČR (2022) je dostupnosť hazardného hrania v ČR veľmi vysoká. V prípade kamenných predajní síce hranie (napr. hranie na automatoch) klesá, no podiel v on-line priestore dlhodobo rastie, pričom za rok 2020 dosiahol 48 %.

Od patologického hráča je potrebné odlišovať hranie a stávkovanie, to znamená, kedy jediniec dokáže ešte kontrolovať svoje aktivity a hrá najmä kvôli vzrušeniu. Ďalej je potrebné diferencovať od manického hráča a hráča so špecifickou poruchou osobnosti, najmä sociopatickou (Kolibáš & Novotný, 2011).

Novodobý **trend** v nelátkových závislostiach, súvisí s novými technológiami a internetom. Hovoríme o nadmernom používaní internetu, **počítačových hrách**, nadmernom nakupovaní, nadmernom zaujatí prácou a iné. V MKCH-10 sú zaradené do kategórie **iných návykových a impulzívnych porúch**. V tejto súvislosti bol na základe prieskumu zostavený **profil** typického **vyznávača počítačových hier**. Je ním **teenager** tesne pred dovŕšením 18 rokov, ktorý navštevuje **školské zariadenie** a hrám venuje približne **tri hodiny denne**. Prieskum nepotvrdil všeobecný predsudok, že hráča zaujíma len virtuálny svet, ale, že žije aj v reálnom svete (Prieskum Intelu, 2014).

2.4 Podmieňujúce faktory vzniku závislosti

Patologickému návyku a závislému správaniu môže prepadnúť každý bez ohľadu na vek, pohlavie, rasu, vzdelanie, alebo iné aspekty. Snahou bio-psycho-socio-spirituálnych faktorov je ozrejmiť, prečo ľudia inklinujú a prepadajú závislostiam, prečo pokračujú v ich užívaní aj keď im to spôsobuje mnoho problémov a utrpenia, prečo po liečbe, abstinovaní a odriekaní niektorí znovu recidivujú a čelia relapsu. V nasledujúcom texte sa preto zaoberáme faktormi, ktoré zapríčiňujú a umožňujú rozvoj závislého chovania.

Príčina vzniku závislosti je komplexná a **multifaktorálne** podmienená. Podieľajú sa nej fyzické a psychické **vlastnosti** dotyčného človeka, ako aj vonkajšie sociálne **prostredie**. Taktiež záleží nie len na chemickom zložení **omamnej látky**, ktorá pôsobí na organizmus, ale aj na **rozhodnutí** a ochote jedinca experimentovať a vyskúšať danú látku. To môže byť ovplyvnené **genetickou predispozíciou** alebo len **odpozerané** napríklad od

príbuzných v rodine. Kombináciou a interakciou biologických, sociálnych, psychických a spirituálnych faktorov vzniká základ, na ktorom sa za určitých „správnych“ okolností môže rozvinúť závislé chovanie. Pokiaľ sa stretne geneticky predisponovaný jedinec s návykovou látkou, ktorá u neho vyvoláva opakované nutkavé baženie a užívanie, dôjde ku rozvoju ochorenia. (Kuklová, 2016; Vágnerová, 2014).

Biologické faktory

Syndróm závislosti ako **chronické ochorenie mozgu** je podmienený neurochemickými aspektami a zmenami v neurotransmiterovom systéme, najmä v systéme **endogénnych opioidov**, katecholamínov a GABAergnom systéme. Po užití psychoaktívnej látky, dochádza ku **aktivácii** tzv. mozgového **centra odmeny** (zväčša sa jedná o dopaminergný systém), kedy človek prežíva slastné, príjemné pocity bez námahy, čo vedie k tomu, že po slasti túži znovu a znovu. Po pravidelnom a dlhodobom užívaní látky sa vytvára v mozgu nerovnováha, na ktorú si postupne zvyká a adaptívne sa prispôsobuje novému, avšak patologickému stavu, ktorú navodzuje chemická látka. Droga v centre odmeny vytvorila **pozitívnu spätnú väzbu** a „uľavuje“ od šedej reality, pocitov nudy, zbavuje úzkosti, zlepšuje sebavedomie a iné. Dochádza k **funkčným zmenám** v oblastiach **mozgu**, mení sa neuronálna sieť, čo sa týka počtu aj senzitivity neurónov. Pri náhlom prerušení alebo odňatí drogy vzniká nepríjemný, **nerovnovážny stav** a intenzívny craving, čo núti závislého k opätovnému užívaniu (Orel et al., 2020; Lingford-Hughes & Nutt, 2001 in Vágnerová).

Okrem návykových látok sa na rozvoji závislosti, podieľa aj **genotyp a fenotyp** jedinca. Výskumná analýza mladých dospelých a ich súrodencov sa zmieňuje o intermediálnych **rizikových a odolných fenotypochoch**, vzhľadom ku **rodinnej anamnéze** a vzťahu závislosti od **alkoholu**. Rizikové fenotypy sa týkali predovšetkým fronto-parietálnych sietí, ktoré sú zodpovedné za exekutívne funkcie, impulzivnosť, extroverziu a sociálno-emocionálnu inteligenciu. Naopak, fenotypy súvisiace s odolnosťou sa opierali o siete mediálnej prefrontálnej, striatálnej, temporálnej, a cerebelárnej mozgovej konektivity, ktoré majú súvis s vysokým stupňom pozornosti a nízkym antisociálnym správaním (Elton, Garbutt & Boettiger, 2021).

Za významný faktor je považovaná **biologická pre disponovanosť**, najmä u synov **alkoholikov**. Medzi ďalšie biologické faktory, ktoré podmieňujú alebo uľahčujú rozvoj

závislosti patrí **tehotenstvo matky**, zvlášť pokiaľ je sama matka závislá na drogách. Ďalej sú to okolnosti pôrodu a čas ranného vývoja dieťaťa ako aj iné ochorenia a **traumatizujúce udalosti**, ktoré dieťa prežilo. (Kuklová, 2016; Praško & Možný & et al., 2007).

Zmeny v neurobiologických procesov v centrálnej nervovej sústave vedú najprv ku **psychickej závislosti**, ktorá sa prejaví ako **nutkavosť**, **túžba** alebo **náruživosť** užiť ďalšiu dávku. Následne môže alebo nemusí dôjsť aj ku **fyzickej závislosti**. Tá sa prejaví vo forme **abstinenčných príznakov**, ktoré môžu človeka ohrozovať na živote (Orel et al., 2020).

Sociálne faktory

Súvisia s najbližším prostredím čiže **rodinou a vrstevníkmi**, ale aj s atmosférou, typom výchovy a stresom či životným štýlom závislého. K nim zaradujeme najmä rovesníkov, nevhodné a fetujúce partie, neláskavú, vyžadujúcu a tvrdú výchovu rodičov, rozvrátené rodiny s nedostatočnou starostlivosťou o dieťa, osamelosť, kriminalitu a tomu zodpovedajúca subkultúra a iné. To všetko môže uľahčovať a mať vplyv na rozvoj závislého správania (Fišerová, 2000).

Medzi významné sociálne faktory patrí aj **dostupnosť omamných látok**, ich cena a distribúcia, spoločenská **tolerancia k legálnym drogám** (alkohol a tabak), vnímanie a celkový postoj jednotlivca a spoločnosti ku problematike závislosti a iné (Kuklová, 2016).

Psychické faktory

Dôvody závislého správania môžu vychádzať z **experimentovania**, porovnávaní alebo zo sociálneho tlaku vrstovníkov alebo z individuálnych potrieb jednotlivca. Zväčša ide o potreby spojené s pocitmi stereotypu, **nudy**, **osamelosti**, **frustrácie**, **pesimizmu a nezrelého riešenia problémov**. V opačnom prípade môže ísť o získanie niečoho pozitívneho ako sú pocity **uspokojenia zvedavosti**, slasti, **zábavy**, vzrušenia, experimentovania. K rozvoju závislého správania sú viac predurčení **jedinci**, ktorí sú **emočne labilní**, neistí, majú nadmerné a často iracionálne očakávania od okolia, pričom sa nedokážu regulovať a kontrolovať. Na vzniknuté situácie reagujú prehnane **citlivo, impulzívne a skratkovito**. Taktiež majú sklon vyhľadávať nebezpečné a rizikové aktivity (Vágnerová, 2014).

Podobne tiež Kudrle (in Kalina & et. al, 2003) dáva závislosti do súvislosti s motiváciou a uspokojovaním potrieb. Podľa neho sa človek snaží **vyhnúť fyzickej a duševnej bolesti** alebo neprijemným pocitom, ktoré môžu vyplývať z porovnávaní sa s druhými, z vlastného sebahodnotenia, alebo z prežívania nudy. Chce sa cítiť viac živý a energický, euforický, viac kompetentný a výkonný, chce pociťovať radosť zo svojej existencie. Má potrebu pretaviť svoje utrpenie do splynutia s vyššou silou, so sebou a s druhými, chce vykročiť von zo seba a pociťovať jednotu so svetom.

Spirituálne faktory

Rozvoj a pochopenie závislosti je späté aj s **duchovnými aspektami života**. V spirituálnej rovine vníma Röhr závislosť ako **chorobu zo straty zmyslu**. Domnieva sa, že nedostatok zmyslu, absencia sebelásky a stav totálnej rezignácie dominoval u človeka ešte pred vypuknutím choroby. Má za to, že závislý človek je v kontakte s utrpením a bezperspektívnosťou, ktoré zároveň odmieta. Jeho **život je prázdny** a bez zmyslu. Tvrdí, že tak ako sa človek fyzicky narodil, potrebuje sa narodiť aj duchovne (Röhr, 2015).

Biologický vývoj človeka je vždy orientovaný finálne, pretože organizmus vo svojom vývoji smeruje k dospelosti a zrelosti. Vývoj prebieha z časti podľa prirodzených zákonitostí, ale dokončený môže byť len vtedy, keď sa uskutoční ako vedomá sebvýchova z vlastných síl. Sebavýchovu alebo vnútorným vývojom, uvoľňuje kreatívne sily v človeku, aby chytrosť mohla dozrieť v múdrosť, komunikačné schopnosti vo vlídnosť a sebedomie v dôveru. **Múdrosť, vlídnosť a dôvera** predstavujú vlastnosti, ktoré charakterizujú plne vyvinutú a **zrelú osobnosť**. Z tohto pohľadu psychika nasleduje nie len biologický **vývoj**, ale aj **duchovný**, podľa individuálne a slobodne zvoleného životného cieľa (Lievegoeda 2018).

Poznanie a realizácia cieľa vedie ku **pocitu naplneného života**, čo Bühlerová nazýva „*naplnení dostatečne zdařilou realizací životních hodnot*“. Proti pevným vývojovým zákonitostiam tela stojí duchovný vývoj človeka, ktorý je zameraný na budúcnosť a usiluje o slobodu. Aj keď **duchovné zrodienie**, o ktorom hovorí Röhr (2015) nie je jednoduché, v živote človeka existujú rôzne spôsoby ako sa stať zrelým a vitálnym dospelým (Bühler in Lievegoed, 2018, str. 28-29; Röhr, 2015).

V súvislosti s formovaním osobnosti a drogami prichádzajú do úvahy **nezvládnuté vývojové úlohy** v jednotlivých etapách života. Najdôležitejšou úlohou je stať sa zrelým

dospelým a prestať, byť adolescentom, pretože od nezvládnutého dospievania sa odvíja ďalšie smerovanie v živote človeka (Kalina & et al., 2015; Cole & Hall, 1964; Quintero & Davies, 2002).

Človek môže byť bytosťou, ktorá je proaktívna a angažovaná alebo naopak pasívna a odcudzená sama sebe a svetu, čo súvisí s rôznymi podmienkami v akých žije (Ryan & Deci, 2000).

Z pohľadu pozorovateľa je **závislý** vnímaný ako človek, ktorý je **iracionálny** a neschopný rozhodovať sa. Neliečený závislý si nevytvára vzťah ku budúcnosti, ale je **zaseknutý v tu a teraz**. Pre závislého je nemožné niečo chcieť, pretože **neverí v budúcnosť**. Porozumenie vnútorného sveta závislého umožňuje obnoviť jeho schopnosť niečo opäť chcieť, čím sa postupne začína formovať vzťah ku budúcemu životu bez návykovej látky, smerom ku prepojenosti samého seba so svetom a druhými v ňom (Copoeru, 2014).

3 ĎALŠIE FAKTORY A KOMPLIKÁCIE ZASAHUJÚCE DO LIEČBY ZÁVISLOSTI

Patologické črty a poruchy osobnosti, ktoré často nachádzame u závislých, vstupujú do liečby, podobne ako ďalšie okolnosti v ich živote: traumatické zážitky, krízové situácie, vnímanie seba samého alebo nálepkovanie. Z hľadiska bio-psycho-socio-spirituálneho modelu liečby je potrebné brať do úvahy tiež problematiku komorbidít u závislých, ktoré pokiaľ nie sú rozpoznané, vedú ku neadekvátnemu liečeniu. V tretej kapitole sa preto zameriavame na tieto charakteristiky u závislých osôb a vnímame ich ako aspekty, ktoré môžu liečbu komplikovať.

3.1 Poruchy osobnosti a problematika komorbidity u závislého

Medzi faktory, ktoré ovplyvňujú rozvoj závislosti, patria impulzívnosť, vzťahovačnosť, precitlivosť, nízka empatia, emočná labilita, úzkosť negatívne ladenie a iné extrémne vystupňované alebo chýbajúce vlastnosti. Predstavujú často súčasť osobnostného obrazu závislého človeka, pričom sa odzrkadľujú v špecifických poruchách osobnosti a pridružených ochoreniach, o ktorých pojednáva nasledujúca kapitola.

Človek predstavuje živý a neustále sa meniaci organizmus, ktorého všetky časti sú navzájom prepojené, interagujú medzi sebou a s okolím a navzájom sa ovplyvňujú. Tvoria tak kompaktný celok, jednotu. **Osobnosť človeka** sa vyvíja po celý život, aj keď najzreteľnejší je v detstve a v dospievaní, kedy na seba pôsobia vnútorné a vonkajšie faktory. Môže sa rozvíjať smerom k rastu a **sebaktualizácii** alebo opačne smerom k úpadku, čo označujeme za **depraváciu** osobnosti v prípade závislosti (Maslow, 2014).

Z hľadiska zdravia je žiadúce, aby sa osobnosť v každom veku vyvíjala pozitívnym smerom, čo vyžaduje od človeka vytváranie neustáleho adaptívneho a kreatívneho životného postoja a štýlu. Psychické poruchy, traumy, krízy, chybné postoje, čierno-biele myslenie, stereotypy, predsudky a iné okolnosti v živote môžu výrazne narušiť **zdravý vývoj osobnosti** v každom veku a následne sťažovať liečbu pacienta (Kučerová, 2013).

Spoločenský konsenzus rozlišuje (Americká Psychiatrická Asociácia, 2013) medzi zdravo sa vyvíjajúcou osobnosťou a **poruchovou osobnosťou**, ktorá je rozšírená medzi závislými jedincami.

„*Chronická maladaptácia osobnosti*“, ako označuje poruchová osobnosť, Cakirpaloglu (2012, str. 242), je spojená so špecifickými vlastnosťami a komplexnými zmenami, ovplyvňujúcimi vnímanie, myslenie, prežívanie a tiež schopnosť učiť sa z vlastnej skúsenosti. Jedinci s poruchou osobnosti dosahujú **horšie výsledky v liečbe**, nižší záujem o vlastné problémy a skôr je u nich predpoklad, že sa vrátia ku návykovým látkam.

Diagnostikovanie osôb s návykovým správaním súvisí s rozpoznaním a určovaním ďalších porúch a komorbidít, čo je dôležité, pre stanovenie efektívnych liečebných programov a zaobchádzaním so závislými pacientami. Z medicínskeho hľadiska sa jedná o **polymorbiditu**. U závislého jedinca sa môže paralelne vyskytovať **porucha osobnosti**, iné psychické problémy a somatické ochorenie, ako napríklad alkoholická choroba pečene, vírus hepatitídy C a iné. Taktiež môže mať narušené sociálne vzťahy, čo sa prejavuje ako nezamestnanosť, bezdomovecstvo, trestná činnosť, dlhy a ďalšie sociálne problémy (Národné monitorovacie centrum pre drogy, 2004).

Medzi **najčastejšie psychiatrické diagnózy** v kontexte závislých jedincov patria (Publications by the EMCDDA, 2021):

- užívanie alkoholu a depresia alebo úzkosť,
- užívanie opiátov a poruchy osobnosti alebo správania,
- užívanie kanabisu a schizofrénia,
- užívanie amfetamínov a psychotické poruchy.

Okrem uvedených diagnóz sa u závislých v zvýšenej miere objavujú **sociálne fóbie** a **posttraumatická stresová porucha**. U žien nachádzame ešte poruchu príjmu potravy a u mužov disociálnu poruchu (Adamson et al., 2006; Adamson et al., 2008; Kalina et al., 2015).

Mladší závislí majú viac komorbidít než starší pacienti, pričom psychiatrická diagnóza s preukázanou **depsiou** popri závislosti predpovedá častejšie relapsy a menej efektívnu liečbu. Závislí pacienti bez duálnej diagnózy (komorbidity) v porovnaní so

závislými s depresívnou poruchou, dosahujú lepšie výsledky v priemernom počte riadne ukončenej liečby, taktiež lepšie spolupracujú pri doliečovaní a dokážu dlhšie abstinovať (Martinove & Bodo, 2004).

Kolibáš a Novotný (2007) v spojitosti so závislými pacientami uvádzajú najčastejšie **hraničnú a antisociálnu poruchu osobnosti**. Prevažujúce osobnostné charakteristiky ako zvýšená impulzivita, egocentrizmus, manipulatívne správanie, intenzívne reakcie na stresové situácie vedú ku neprimeranému a **maladaptívnemu prežívaniu**. V dôsledku toho, ich znížená tolerancia k frustrácii zvyšuje tlak na užitie psychoaktívnej látky. V porovnaní so zdravou osobnosťou sa závislý, navyše s poruchou osobnosti, ukazuje ako menej zrelý.

Pri skúmaní švédskych žien s diagnostikovanou poruchou osobnosti, ktoré sa liečili zo závislosti na návykových látkach, zistili testom po piatich rokoch, že aj po liečbe pretrváva porucha správania a narcistické či hraničné rysy osobnosti. Tento poznatok sa odzrkadľoval aj v **menšej spolupráci** pri liečbe a v **nedodržiavaní programu** (Jansson & et al., 2008).

Závislosť môže byť dávaná do kontextu so **závislou poruchou osobnosti**. V tejto súvislosti sa objavujú dohady o tom, či existuje „typická“ závislá osobnosť, ktorá predurčuje automaticky človeka ku kariére závislého. Griffiths, ktorý sa dlhodobo zaoberá behaviorálnou závislosťou vo svojom článku tvrdí, že pojem „závislá osobnosť“ je medzi verejnosťou prenášaná predstava a píše, že *„neexistuje žiadna osobnostná črta, ktorá by zaručovala, že sa u jednotlivca vyvinie závislosť a existuje len málo dôkazov o „návykovej osobnosti“, ktorá by predpovedala samotnú závislosť. Stručne povedané „návyková osobnosť“ je úplný mýtus“*. A na inom mieste dodáva *„Nie každý závislý má poruchu osobnosti a nie každý človek s poruchou osobnosti má závislosť“*. Skôr sa domnieva, že niektoré poruchy osobnosti ako napríklad antisociálna a hraničná porucha osobnosti môžu súvisieť so závislosťou (Griffiths, 2017, str. 0055).

3.2 Stigmatizácia a sebastigmatizácia u závislého

Duševné poruchy môžu byť spájané s takými negatívnymi fenoménmi ako je stigmatizácia a sebastigmatizácia. Podobne je vnímaná aj porucha závislosti, ktorú verejnosť môže posudzovať ako nemorálne správanie jedinca.

Stigma označuje človeka, ktorý sa v negatívnom zmysle slova odlišuje od zaužívanej normy a pre svoje okolie sa stáva nápadným. Odchýlka sa pritom môže vzťahovať k rase,

etniku, národu, alebo náboženstvu. Zväčša sa jedná o fyzickú abnormitu, telesnú chorobu, sexuálnu orientáciu, psychickú poruchu a iné (Goffman, 2009; Krkošková, 2014).

Základ **stigmatizácie** vytvára spoločnosť a to tým, že určuje čo je normálne. Laická verejnosť prisudzuje príčinu duševných porúch vrátane závislosti, predovšetkým duchovne slabému človeku so závadným charakterom a očakáva od neho, že sa bude snažiť „niečo so sebou robiť“, prípadne, že „sa nechá prevychovať, či napraviť“. Spoločensky prijateľným je skôr človek, ktorý prežil traumy z nehody alebo onkologicky ochorel, pretože príčina jeho stavu je jednoducho vysvetliteľná a pochopiteľná (Grambal, Praško & Kasalová, 2017; Krkošková, 2014).

Naproti tomu, *„psychické poruchy sa prejavujú celou škálou symptómov, počnúc agresivitou, úzkosťou, zmätenosťou. Ak okolie zistí, že sa chorý správa odlišne, má neobvyklé prejavy, registrujú sa zmeny v postojoch, gestikulácii, kinetike, artikulácii, spustí sa značkovací proces, ktorý môže viesť k trvalej stigmatizácii“*. **Predsudky a hodnotenia** ovplyvňujú spoločenské postavenie chorého jedinca, narúšajú plnenie jeho sociálnych rolí, spôsobujú sociálnu izolovanosť a vedú ku diskriminácii. Zasahujú nielen závislého pacienta, ale aj jeho rodinných príslušníkov, opatrovateľov a zdravotnícky personál (Kusá & Ondrejka, 2006, str. 272-279).

Tradične veľká stigmatizácia sa týka jedincov **závislých na alkohole**. Z morálneho hľadiska sú závislému vyčítané dôsledky jeho konania pod vplyvom omamnej látky, čím trpí jeho najbližšie okolie. Nie je vnímaný ako duševne chorý, ale ako slabý, bezohľadný a nezodpovedný. Aj keď je alkohol spoločensky uznávanou drogou, **nálepka „opilca“** ho automaticky odsudzuje a degraduje v spoločnosti druhých (Corrigan et al., 2006; Ocisková & Praško, 2015).

Za menej stigmatizovaných sú považovaní závislí na kanabinoidech a najviac, závislí na heroíne, čo môže súvisieť s vysokým rizikom nepredvídateľnosti a nebezpečnosti. Ocisková s Praškom sa domnievajú, že stigmatizácia a **diskriminácia** v súvislosti s drogami na ulici oproti závislosti na alkohole, môže byť ešte výraznejšia, než sa uvádza (Phelan & et al., 2000; Ocisková & Praško, 2015).

Paralelne s procesom stigmatizácie sa môže rozvíjať **proces sebastigmatizácie**. Ten sa začne, keď človek prijme negatívne stereotypy a presvedčenia o sebe za svoje vlastné, súhlasí s nimi, verí, že je menejcenný a odsúdeniahodný. Čím je miera sebastigmatizácie vyššia, tým viac človek trpí úzkosťou a anticipačnou úzkosťou z odmietania a neprijatia

druhými. Výsledkom je **vyhýbavé správanie**, vytváranie tajností, racionalizácia, popieranie problémov a v neposlednom rade aj odkladanie vyšetrenia u lekára (Ocisková & Praško, 2015; Ritsher & Phelan, 2004).

Na to, aby sa závislý odhodlal a začal s liečbou, je potrebný **pozitívny prístup** zo strany zdravotníkov a rodinných príslušníkov, ako aj nadhľad a prijatie choroby samotným závislým. Často krát problematiku stigmatizácie prehľbuje aj to, že závislosti sú vnímané ako morálny a kriminálny problém a nie ako neurologická a zdravotná záležitosť (Ocisková & Praško, 2015).

3.3 Trauma v kontexte závislosti

Človek je najzraniteľnejším v detstve a v dospievaní. Významným faktorom pri rozvinutej závislosti je traumatizácia, o ktorej pojednávame v ďalšom texte.

Pod pojmom **trauma** vo všeobecnosti rozumieme neprimeranú a výrazne škodlivú udalosť, ktorá presiahne, v momente jej vzniku, bežnú ľudskú skúsenosť. Človek sa cíti zaskočený neočakávanou udalosťou, je preľaknutý, čelí bezmocnosti, jeho obranné mechanizmy, ako naložiť s prežívanou skúsenosťou zlyhávajú. Dochádza ku **fyzickej a/alebo psychickej ujme a zraneniu**. Jednoducho povedané čelí hrôze, ktorá sa bežne v jeho živote nevyskytuje, preto sa cíti týmto zážitkom premožený. Pokiaľ je človek opakovane vystavený **traumatickým zraneniam**, zážitkom alebo udalostiam ako napríklad fyzické bitie, somatické úrazy, sexuálne a emočné zneužívanie, vzniká komplexná trauma a s ňou súvisiaca posttraumatická stresová porucha označovaná ako PTSD. (Jochmanová, 2021).

U **závislých pacientov** sa uvažuje o tom, že približne polovica z nich, bola vo svojom živote zasiahnutá neprimeraným stresom a **traumatickými udalosťami**, ktoré poznačili neskôr ich ďalšie fungovanie v živote. Jedna z hypotéz o tom, prečo človek užíva omamné látky, vychádza práve z predpokladu, že závislý si **samoliečbou ul'avuje** od trápenia a rôznych problémov, ktoré si nesie ako zranenia zo svojho detstva. S týmito bolesťami sa traumatizovaný človek **nedokáže vyrovnat'** vlastnými silami a adaptívnym, zdravým spôsobom. Pokiaľ závislí pacienti majú v anamnéze uvádzanú aj diagnózu PTSD, majú zároveň horšie predpoklady k úspešnej liečbe než závislí pacienti bez traumatického zážitku. Taktiež v menšej miere akceptujú pokyny a odporúčania ošetrojúceho lekára a zdravotného personálu. Ich abstinencia má kratšie trvanie a celkovo sa dá povedať, že v liečbe dosahujú horšie výsledky než závislí bez traumatickej záťaže. Z hľadiska efektivity

liečby je potrebné zamerať sa okrem **psychoedukácie a farmakológie**, aj na minulé prežitky a traumatické udalosti v živote závislého (Schäfel & Langeland, 2015).

3.4 Prežívanie krízových situácií u závislého

Psychoaktívne látky, ktoré vyvolávajú závislosť, predstavujú samy o sebe veľkú záťaž pre chorého jedinca. Okrem traumatických zážitkov, môžu závislému jeho situáciu komplikovať, osobne neovladané problémy. Tie sú, z pohľadu odvíjajúceho sa života, prirodzeným dôsledkom a nevyhnutnou súčasťou každého z nás.

Človek zažíva krízu, keď narazí na prekážku, ktorú nedokáže, nevie alebo nemôže prekonať alebo vyriešiť vlastnými silami. Do takejto pozície sa môže dostať jednotlivec, pár alebo celá spoločnosť. Pre **rozvoj krízy** je podstatný, subjektívny pohľad človeka, ktorému sa niečo ohrozujúce a podstatné deje v živote. Nezáleží na vonkajšom alebo relatívne objektívnom pohľade zvonku (Caplan, 1964; Špatenková, 2017).

Rozdiel medzi traumou a krízou je vo vyvolávajúcej udalosti a jej účinku. Zatiaľ čo traumatická udalosť vyvoláva hrôzu a tieseň u väčšiny ľudí, tak **kríza sa týka vnímania** udalosti konkrétnym človekom a významu, ktorý jej prisúdil. Kríza nemusí znamenať len záťaž, ale môže zohrávať aj pozitívnu rolu, ktorá dokáže posilniť a odkryť osobnostný potenciál, potrebný k ďalšiemu vývoju (Thorová, 2015).

Inak je to u kríz, ktoré zažíva človek vzhľadom k svojej sociálnej a osobnostnej patológii. Závislý človek častokrát nedokáže využiť možnosti, ktoré sa mu núkajú alebo zvoliť si výhodnú alternatívu či konštruktívne sa vyrovnáť s krízovou situáciou. Zostáva zaseknutý na úrovni reagovania a jeho schopnosti nestačia na vzniknutý problém (Längle & Sulz, 2007).

Záujem terapeuta o krízové a traumatické skúsenosti závislého pacienta, poskytujú cenný zdroj informácií, ktorý sčasti osvetľuje jeho vývoj a **sebadeštruktívne správanie**. Jednou z možností je, že človek pred tým, než sa stal závislým, mohol pomocou návykových látok kompenzovať nepríjemné emócie ako pocity hanby, sklúčenosti alebo zlyhania a tak prežiť a zabrániť ďalším problémom, ktoré sú pre traumatizovaného jedinca príznačné. Z tohto uhlu pohľadu si závislý prostredníctvom látky zabezpečoval kontrolu nad životom, funkčnosť a bezpečie. Práve v liečbe a terapii sa závislý človek učí aktívne a v bezpečnom prostredí utvárať nanovo svoju existenciu a to tým, že naberá sociálne zručnosti a komunikačné kompetencie (Fisher, 2000; Längle & Sulz, 2007).

3.5 Rodina závislého a pojem spoluzávislosti

Rodina predstavuje pre závislého človeka na jednej strane ochrannú sieť a na druhej strane riziko. V rodine sa dieťa od mala učí vzťahovať sa k sebe a okolitému svetu. Tu môže rozvíjať svoj potenciál, svoje schopnosti a vnímať vlastnú odolnosť. Rodinné faktory, ktoré popisuje táto kapitola, zohrávajú nepochybne svoju rolu pri vzniku, rozvoji a udržiavaní fenoménu závislosti.

Nešpor považuje za **protektívne faktory** hlavne **rodičov**, ktorí dieťaťu venujú veku primeranú pozornosť a rozvíjajú s ním bezpečnú citovú väzbu, láskavo ho usmerňujú v rešpektovaní jeho záujmov, poskytujú mu oporu, vedú ho k športovej aktivite, majú prehľad a dostatočné povedomie o tom, ako a s kým ich dieťa trávi svoj voľný čas. Rodičia fungujú pre dieťa ako vzor, preto je nevyhnutné, aby si sami uvedomovali, aký postoj majú napríklad k alkoholu alebo cigaretám. Taktiež by mali byť zrozumiteľné a jasne vymedzené **hranice** správania sa nielen medzi členmi domácnosti (rodičia a deti), ale aj hranice medzigeneračné (starí rodičia, rodičia a deti) (Nešpor, 2001).

S plne rozvinutou poruchou závislosti sa stretávame zväčša až u dospelého človeka, avšak empirické zistenia ukazujú na začiatok užívania a postupný rozvoj abúzu, ešte pred 18 rokom. **Rizikovými faktormi** sú najmä nevhodné a nepriaznivé rodinné prostredie, disharmonický vývoj osobnosti, dedičné predispozície, kognitívne, emocionálne a behaviorálne ťažkosti u dieťaťa a ďalšie. V dospievaní sa **dedičné aspekty** odzrkadľujú vo vzorcoch správania, ktoré rodina používa a hlavne žije. Environmentálne vplyvy sa prejavujú v rodičovskej výchove, v zlom zaobchádzaní s dieťaťom, vo výbere **rovesníkov**, v dostupnosti návykových látok a v možnosti ich konzumácie. Slabý, nekonzistentný vplyv rodičov na dieťa v puberte a **nedostatočný záujem** o dospievajúceho, vytvorí vhodný základ pre možný rozvoj návykového správania. Prevencia preto smeruje v maximálnej možnej miere k celému rodinnému systému (Thatcher & Clark, 2008).

Chorobou závislého človeka trpí nie len samotný postihnutý, ale aj jeho najbližšie okolie a rodina. Všetci v rôznej miere participujú na jeho súčasnom patologickom stave. Často sú traumatizovaní chovaním závislého, od ktorého nevedia čo čakať. Svet sa pre nich stáva rovnako nepredvídateľným a neovládateľným ako pre závislého. Často prežívajú mnohopočetné krízy v súvislosti s nevypočítateľným členom domácnosti a v snahe pomôcť mu, čelia stigmatizácii zo strany okolia, poprípade sa stigmatizujú a obviňujú sami (Kalina, 2015; Ocisková & Praško, 2015; Fisher, 2000).

V kontexte závislosti sa spomína **fenomén spoluzávislosti**, ktorý sa dostal do popredia v 70. rokoch minulého storočia a týkal sa spočiatku žien alkoholikov. V súčasnosti sa týmto pojmom označujú celé rodiny, trpiace dlhodobým stresom, ktorých člen je závislý na akejkolvek látke či správaní (Noriega et al., 2008; Crozier & Hillock, 2013).

Inými pojmami pre spoluzávislosť sú kozávislosť alebo kodependencia. Tieto pomenovania označujú súhrn postojov, motívov, spôsobov správania, konania a komunikovania, ktorými rodinní príslušníci podporujú závislosť, hoci aj nevedome, pomáhajú ju rozvíjať alebo kazia snahu o uzdravenie závislého jedinca (Kováčsová et al., 2020).

Spoluzávislého charakterizuje najmä **prehnané pomáhanie** alebo jeho **zachraňovanie**, tiež **preberanie zodpovednosti** na seba, **ospravedlňovanie** alebo **popieranie** problémov, ktorým rodina čelí v dôsledku choroby. Niekedy trvá určitý čas pokiaľ si partneri, rodičia alebo deti, ktorí žijú v jednej domácnosti so závislým, uvedomia (ak vôbec), že sa sami menia a **prispôsobujú** svoj život **nezdravým okolnostiam**, ktorým musia čeliť (Kalina et al., 2015; Beattieová, 2006).

Problematiku závislosti sťažuje častokrát anamnestický fakt, že pacienti (napríklad deti alkoholikov) pochádzajú z **rodinného prostredia**, kde žili alebo ešte žijú, **neliečení závislí príbuzní**. Paradoxne s črtami spoluzávislosti sa môžeme stretnúť aj u odborníkov, ktorí liečia závislých pacientov (Kováčsová et al., 2020; Beattieová, 2006).

3.6 Sebapojatie a sebaúcta závislého

Človek vo svojom konaní a správaní zrkadlí svoju mienku o sebe, alebo lepšie povedané predstavu, akú má sám o sebe a o svete. Závislí majú často pokrivený obraz samých seba a vnímajú sa v negatívnom svetle. V kontexte liečby, je preto nevyhnutné zaoberať sa sebapojatím a sebaúctou závislého, čo popisuje nasledujúci text.

Sebapojatie je základný a vedome prežívajúci aspekt osobnosti, ktorý sa rozvíja od detstva. Je to hypotetický (multifazetový a dynamický) **konštrukt**, ktorý vyjadruje akým spôsobom sa človek hodnotí alebo definuje, akú predstavu má sám o sebe alebo, aký pocit má zo seba a to všetko prepája s tým, ako ho vnímajú druhí ľudia. Na základe toho, sa človek môže **hodnotiť buď pozitívne alebo negatívne** (Blatný, 2010; Vágnerová, 2014, Cakirpaloglu, 2012).

Kladné Self, ako ho označuje Cakirpaloglu (2012), predstavuje vysnený alebo vytúžený obraz, ktorý zároveň vyjadruje pozitívny vzťah k sebe samému, k svojmu okoliu a situáciám. Oproti tomu **záporné self**, je spojené s nechcenou a negatívnou predstavou o vlastnej osobe, ktorej sa obáva. Príkladom môže byť predstava človeka – **alkoholika**, ktorú sprevádzajú **negatívne a pesimistické pocity**.

Na dieťaťa do puberty má veľký vplyv rodina, rodičia a atmosféra domáceho prostredia. V tomto čase sa môže hodnotiť aj protikladne, no nepripadá mu to zvláštne. Naproti tomu dospelievajúci už vníma tieto rozpory, ako tiež to, čo je ideál a čo je skutočnosť. Významnú úlohu zohrávajú rovesníci. Typická je tendencia k riskovaniu, prekračovaniu hraníc, k experimentovaniu a skúšaniam vlastných limitov. Do tohto obdobia patrí aj rýchle a neodkladné uspokojovanie potrieb a vrcholných zážitkov. Na **sebapojatie** vplýva teda všetko, čo jedinec **doteraz skúsil a zažil**, pričom nezvládnutý vývoj, formuje základné predpoklady pre začínajúcich gamblerov alebo konzumentov drog (Vágnerová, 2014).

Dolejš a Orel (2017), ktorý sa vo výskume zamerali na **rizikové aktivity a impulzivnosť adolescentov** základných škôl a viacročných gymnázií v Zlínskom a Moravskosliebskom regióne, zistili, že k nárastu týchto aktivít dochádza u chlapcov medzi 13 a 14 rokom a u dievčat je to ešte skôr, medzi 12 a 13 rokom. Ďalej uvádzajú, že z celkového počtu skúmaných žiakov sa u 7,72 % detí objavuje zvýšená miera impulzivnosti. Táto osobnostná črta je jednou z **rizikových faktorov**, ktoré súvisia s **návykovým správaním**. Preukázaná bola tiež vyššia miera užívania alkoholu, tabaku a návykových látok.

S rozvinutou závislosťou sa u dospelého človeka mení aj obraz o sebe samom. Pre jeho vnútorné ponímanie je príznačný **stav** značnej **demoralizácia**. Charakteristická je **subjektívne prežívaná nespokojnosť** so sebou samým, strata sebaúcty a neváženie si seba samého, má pocit, že ho všetci opustili. Vnútorne si myslí, že jeho najbližší by mu mali pomôcť no reálne pomoc okolia odmieta alebo si ju vôbec nepýta. Cíti sa beznádejne a bezmocne. Vplyvom vlastnej demoralizácie, závislý jedinec dlhodobo nie je schopný vysporiadať sa s problémami a zvládať život. Čím viac sa u neho rozvíja závislosť tým viac pribúda obranných mechanizmov na zníženie nepríjemných a negatívnych pocitov. Pomocou **bagatelizovania, racionalizácie, zvaľovania viny** na druhých a popierania svojho skutočného zdravotného stavu sa snaží vysporiadať s **úzkosťou, depresiou a pocitmi viny**. Odmieta sa konfrontovať so svojím **telesným úpadkom** a reakciami okolia, s ich ubližovaním. Cíti sa len izolovaný, **citovo prázdny**, bez cieľa, bez motivácie. Oddáva

sa dennému sneniu a to, čo chce dokázať vo svojich predstavách sa bolestne míňa so skutočným svetom. Postupne **stráca pocit životnej kontinuity a zmysel života** (Frank, 2006; Bútorá, 2008).

Na nereálny obraz nadväzuje sebaúcta, ktorá je typicky nízka, osobnosť zaťažuje, spôsobuje pokles motivácie, výkonnosť, zhoršuje medziľudské vzťahy a prispieva k duševnej nepohode. Závislý, úzkostný a depresívny človek zažíva obvykle **nedostatok sebaúcty**. Oproti tomu, zdravý človek s vyššou sebaúctou je menej konformný, viac optimistický, dokáže riešiť vzniknuté problémy, má vyššiu odolnosť voči **frustrácii**, disponuje väčšími schopnosťami ako sa lepšie adaptovať na nepredvídané okolnosti života. (Cakirpaloglu, 2012).

4 SYSTÉM STAROSTLIVOSTI O ZÁVISLÉHO PACIENTA

Závislosť môže byť rozvinutá natoľko, že postihnutý človek ju už nedokáže zvládať sám, vlastnými silami a potrebuje pomoc odborníkov a okolia. Vo štvrtej kapitole sa zameriavame na komplexnú starostlivosť, praktické postupy uplatňované pri liečbe a na výskum závislosti.

4.1 Neodborná liečba: samoliečba a svojpomocné organizácie

Syndróm závislosti je nevyliciteľná choroba, ktorá zostáva s človekom „navždy“. Predpokladom toho, aby sa jedinec opätovne zapojil do vlastného a spoločenského života, je trvalé abstinovanie od návykovej látky, schopnosť regulovať samého seba, byť disciplinovaný a nepodliehať vlastnej impulzivnosti. Závislý človek sa môže liečiť „nevedecky“ sám, poprípade môže navštevovať svojpomocné organizácie.

Samoliečba

V niektorých prípadoch je možné, aby sa závislý pokúsil o liečbu sám alebo prostredníctvom svojpomocných združení. Na samoliečbu je možné nahliadať ako na snahu nájsť východisko z toho, čo sa človeku a v človeku deje. Pokiaľ je človek dostatočne motivovaný, prichádza do úvahy liečba vlastnými silami, a to za pomoci literatúry. Pri samoliečbe je možné, že človek šetrí časom a prostriedkami, no otázkou zostáva, do akej miery je takáto liečba efektívna, pretože mu chýba pohľad na svoje správanie v konfrontácii s druhými. Nezanedbateľným faktom sú tiež komplikácie z vysadenia psychoaktívnej látky, ktoré ho môžu ohroziť na živote. Taktiež nie je možné opomenúť rôzne životné udalosti ako napríklad, rozvod, onkologické či iné závažné ochorenie, exekúciu, dlhy, stratu zamestnania, existenčné problémy, úzkosti, depresie a iné. V prípade závislých je to práve nahromadenie negatívnych udalostí, ktoré spúšťajú a rozvíjajú túžbu po jednoduchom riešení v podobe psychoaktívnej látky. Preto je potrebné zvážiť vlastné sily, poprípade začať navštevovať

niektoré zo svojpomocných združení, aby človek mohol lepšie nahliadnuť na svoj problém so závislosťou (Pešek, 2018; Kalina, 2015, Nešpor, 2018).

Anonymní alkoholicia a anonymní narkomani

Ďalšou možnosťou pomoci je psychospirituálna pomoc svojpomocných združení. U závislého sa predpokladá „chudobný“ a nenaplnený život, pocity existenciálnej prázdnoty a frustrácie, kedy chýba zmysel života, hodnoty a vzory, toho ako žiť, ako docieľiť pocit jednoty a celistvosti, ako naplniť duchovné potreby. Spiritualita je pre závislého človeka preto dôležitým pojmom, ktorá ho drží pri zotavovaní sa z choroby. Nemusí sa nutne opierať o vyznávanie viery alebo konkrétne náboženstvo. Je možné chápať ju ako vnútorný duchovný zážitok, ktorý v človeku prebúdzá citlivosť k hodnotám, bez náboženských interpretácií. Najznámejším príkladom využívania duchovného prístupu v zmysle spájania sa s vyššou mocou, ktorá človeka presahuje a zároveň udržiava v abstinencii, je spoločenstvo Anonymných alkoholikov (obdobne aj Anonymných narkomanov, Anonymní gamblerov a iné). Všeobecne uznávaným posolstvom a výsledkom žitia 12 krokov, je „duchovné prebudenie sa“ závislého človeka. Medzi odborníkmi na závislosti je spiritualita a transcendentnosť považovaná za prospešný a nevyhnutný prvok, ktorý napomáha pri liečbe. (Nešpor, 2018; Cagaš, 2005; Anonymní alkoholicia, 2017; Kalina, 2015).

4.2 Ambulantná a ústavná starostlivosť o závislého pacienta v liečbe

Syndróm závislosti môže byť natoľko rozvinutý, že vyššie uvedené postupy nestačia na zvládnutie choroby. V takom prípade, má závislý človek možnosť požiadať o odbornú pomoc, vo forme ambulantnej, ústavnej alebo komunitnej liečby. V procese odbornej liečby, sa závislý stáva pacientom, zvyčajne v psychiatrickej nemocnici, poprípade klientom v súkromnom zariadení, ktoré sa špecializuje na odvykanie zo závislosti. Počas liečby sú na neho kladené rôzne nároky a požiadavky, je obmedzené jeho pohodlie a vyžaduje sa od neho spolupráca a aktívne angažovanie. Súčasťou procesu je aj doliečovanie, ktoré je spojené s resocializáciou a udržiavaním dosiahnutej zmeny.

Podľa Nešpora by liečba mala byť dlhodobá a intenzívna, aby mohla pokrývať individuálne potreby a motivácie závislého pacienta. Z ekonomického hľadiska by mala zohľadňovať efektívnosť a náklady celého procesu liečby. Dôležité je uvedomiť si, že nie

každá liečba je vhodná pre každého závislého. Preto je potrebné vytvárať proces tzv. matchingu a vybrať najvhodnejší liečebný postup, ktorý korešponduje s momentálnymi potrebami a možnosťami závislého človeka (Nešpor, 2018).

Pri liečbe a starostlivosti o závislého pacienta sa v českých podmienkach uplatňuje tradičný prístup, vychádzajúci z bio-psycho-socio-spirituálneho modelu. Nadradeným cieľom je doživotná abstinencia od všetkých návykových látok ako prijímaný, nový a zdraviu prospešný životný štýl. Čiastkovým cieľom je motivovanie závislého k zmene, prerušenie alebo regulovanie užívania, liečenie somatických, psychických a psychiatrických zdravotných komplikácií, liečba abstinčných príznakov, zvládanie relapsu, zapájanie rodinných príslušníkov do liečebného procesu závislého človeka a iné (Křížová, 2021; Nešpor, 2018; Kalina, 2015).

Ambulantná liečebná starostlivosť

Ambulantná starostlivosť je určená najmä pre tých pacientov, ktorí majú zachovanú kontrolu v užívaní návykových látok a zároveň im takýto spôsob liečby vyhovuje. Špeciálne psychiatrické, na alkohol a toxikomániu zamerané ambulancie tzv. AT alebo adiktologické ordinácie, ponúkajú celý rad služieb. Jedná sa o diagnostické posúdenie závislosti na základe manuálu MKCH-10, ďalej sú to laboratórne a psychologické vyšetrenia, ako aj farmakologická a nefarmakologická liečba. Farmakologická liečba sa zameriava na zvládnutie stavu z odvykania a abstinčných príznakov a poskytuje substitučnú liečbu. Sústreď sa tiež na zvládanie a ovplyvňovanie:

- baživosti (cravingu)
- zníženie impulzívneho správania a na
- liečby duálnych diagnóz ako napríklad depresia, úzkostná porucha, ADHD, somatické ochorenia a iné.

Základom nefarmakologickej liečby je psychoterapia – individuálna, skupinová, motivačná, rodinná a iné. Pomocou terapie sa závislý človek snaží porozumieť a prijať ochorenie. V skupine posilňuje svoje schopnosti a hľadá zdravé spôsoby ako adaptívne naložiť so svojimi problémami, ako zvládať životné krízy alebo prípadné recidívy (Pešek, 2018; Houdková 2022).

Výhodou ambulantnej liečby je, že závislý človek môže naďalej pracovať a zároveň sa liečiť, pričom zotrúva v domácom prostredí. Niekedy sa táto prednosť môže stať kontraproduktívnou, zvlášť ak svoj problém s abúzm návykových látok bagatelizuje a jeho okolie ho v tom podporuje alebo liečbu mu neumožňuje. Vtedy je na mieste zaradenie do režimového, ústavného liečenia podľa aktuálneho zdravotného stavu pacienta. (Houdková, 2022; Nešpor, 2018).

Ústavná a režimová liečebná starostlivosť

V prípade, že ambulantná liečba neprináša výsledky, je na mieste zvážiť ústavné liečenie v zdravotníckom zariadení. Obvykle je to pobyt na psychiatrickom oddelení v nemocniciach, v špecializovanej psychiatrickej liečebni alebo v súkromnom zariadení, ktoré sa danou problematikou zaoberá. Liečba môže trvať 3 mesiace, 6 alebo aj 12 mesiacov a z toho hľadiska sa jedná o krátkodobú, strednodobú alebo dlhodobú liečbu (Pešek, 2018).

Pobyt pre závislého človeka znamená úplné zrieknutie sa návykovej látky, podriadenie sa liečebnému režimu a pobyt v chránenom prostredí. Z právneho hľadiska môže ísť buď o dobrovoľnú liečbu alebo o liečbu nariadenú, v prípade, že človek pod vplyvom návykovej látky ohrozuje sám seba alebo svoje okolie. Ústavné liečenie môže nariadiť tiež súd v podobe tzv. ochranej liečby, pokiaľ človek, ktorý spáchal trestný čin bol v tom čase pod vplyvom návykovej látky (Nešpor, 2018; Kalina, 2015).

Liečba začína tým, že pacient je najprv prijatý na oddelenie detoxikácie, kde zotrúva 2 týždne v závislosti od zneužívanej látky, pre ktorú sa chce liečiť. Je to nevyhnutný krok, pretože náhlým vysadením návykovej látky sa rozvíja stav z odvykania. V rámci abstinenčných príznakov, sa môžu objaviť život ohrozujúce stavy ako napríklad epileptické záchvaty, delírium tremens alebo toxická psychóza, kedy je lekársky zásah nutný. Pod lekársnym dohľadom musí tiež prebiehať postupné vysádzanie liekov zo skupiny benzodiazepínov, čím sa pobyt na oddelení môže predĺžiť až na 6 týždňov. Po detoxikácii pacient prechádza na tzv. stabilizačné oddelenie, aby si ujasnil svoju motiváciu a zvážil zotrvanie v liečbe, ktorá trvá zvyčajne 3 až 6 mesiacov. Dobrovoľná liečba môže byť ukončená po uplynutí stanovenej doby. Pacient môže liečbu nedokončiť a odísť predčasne, poprípade môže byť vylúčený zo zariadenia. Najčastejším dôvodom je porušenie disciplíny a nedodržiavanie podmienok liečby. Základom liečebného programu pri odvykaní je aktívna a angažovaná spoluúčasť na terapeutickom procese, ktorú pacient dokazuje nie slovami ale

činmi. Pracovná rehabilitácia spolu s režimovým a psychoterapeutickým postupom napomáha pacientovi preberať postupne viac zodpovednosti za svoj život. Tento postoj mu pomáha postupne sa vymaňovať z role pasívnej obete a vnímať život a seba z nového uhlu pohľadu. Zjednodušene by sa dalo povedať, že všetko čo sa deje v rámci pobytu na oddelení je terapiou. Po skončení liečenia sa pacientom odporúča pokračovať v liečbe formou doliečovania v ambulanciách, svojpomocných skupinách alebo v komunitách (Houdková, 2022; Odborný liečebný ústav psychiatrický, 2021).

Doliečovanie je forma udržiavania a posilňovania klienta prostredníctvom individuálnych, motivačných a podporných pohovorov v adiktologických, psychologických alebo psychiatrických ambulanciách. Do následného liečby je zaradená aj sociálna rehabilitácia, ktorá pomáha s podmienkami bývania, so zamestnaním alebo so štúdiom. Spoločným menovateľom rôznych foriem doliečovania je pomôcť abstinujúcemu pacientovi zvládnuť prechodné obdobie po ústavnej liečbe a jeho opätovné zaradenie sa do normálneho života, tak aby dokázal riešiť vzniknuté problémy a udržiavať zmenu, ktorou prešiel (Křížová, 2021; Nešpor, 2018; Kalina, 2015).

Terapeutická liečebná starostlivosť v komunite

Abstinujúci závislý môže pokračovať a upevňovať zmeny v terapeutickej komunite. Výhodou je postupný prechod do bežného života a hĺbková terapeutická práca na vlastných problémoch (Pešek, 2018).

Komunita predstavuje špecializované zariadenie s dlhodobým pobytom, kde všetci musia dodržiavať rovnaké pravidlá, ale nie všetci majú rovnaké práva a povinnosti. Spoločenstvo tvoria lekár, psychológovia, stredný zdravotnícky personál a pacienti alebo klienti. K základným myšlienkam a princípom komunity podľa Kalinu (2003) patria:

- vnútorná motivácia členov ku osobnej zmene
- dobrovoľný vstup a výstup z komunity
- imitácia reálnych a bežných podmienok života
- postupný prechod z komunity do bežného života
- zúčastňovanie sa komunitnom živote a skupinových terapiách

- štruktúrovaný čas v komunite pomáha budovať vnútornú štruktúrovanosť a posilňovať zakotvenosť a istotu klienta
- terapeut nie je expertom na klientov život, ale jeho sprievodcom

Medzi základné pravidlá patrí abstinencia a zákaz fyzickej, psychickej a slovnej agresivity. V liečebnom programe nie je dovolené ani sexuálne a partnerské nadväzovanie vzťahov medzi pacientami a personálom. Základom resocializácie je naopak vzájomný rešpekt a spolupráca na liečbe. Komunita poskytuje pre klienta bezpečné prostredie pre dozrievanie a osobnostný rast, poskytuje pracovné a športové aktivity, ako aj priestor pre zdieľanie a vyjadrovanie pocitov a problémov. Komunita môže byť čisto mužská, ženská alebo zmiešaná (Kalina, 2003)

4.3 Psychoterapeutická starostlivosť o závislého pacienta

Pri liečbe návykových látok sa okrem režimovej terapie uplatňuje skupinová práca a psychoterapeutická činnosť. Psychoterapia je považovaná za základný proces v starostlivosti o závislého pacienta, ktorý sa používa v ambulantnej, ústavnej a komunitnej liečbe. Najčastejšie sa odporúča kombinovať režimové opatrenia s individuálnymi, skupinovými a ďalšími terapeutickými metódami. Liečebné zariadenia sa môžu líšiť vo využívaní psychoterapie z hľadiska metód, prístupov a frekvencií (Kalina, 2003; Vymětal, 2004; Řehan, 2007).

V psychoterapii rozlišujeme dva pohľady, čo sa týka cieľov. Prvý pohľad je upriamený na odstránenie príznakov a problémov, pričom terapeut s klientom pracuje v individuálnej terapii. Druhý pohľad sa zameriava na skupinu a smeruje k reedukácii, reorganizácii alebo resocializácii. Terapeut uskutočňuje zmeny prostredníctvom terapeutického vzťahu, dôvery, odbornosti, a vlastnej osobnosti, ktoré využíva pri práci so skupinou. Dôraz pritom kladie na skupinovú dynamiku, ktorá je výsledkom interakcií medzi jednotlivými pacientami ako aj medzi pacientami a terapeutmi (Kalina, 2008; Kratochvíl, 2017).

V kontexte závislosti sú v praxi najviac využívané nasledujúce prístupy (Rotgers, 1999):

- behaviorálny,
- psychodynamický,
- posilňovanie motivácie,
- manželská a rodinná terapia a
- 12 krokový program.

Z hľadiska času je najnovším prístupom posilňovanie motivácie. Najznámejším a dobre etablovaným v praxi, je kognitívno-behaviorálny prístup. Ten sa považuje v liečbe závislosti za tradičný a dobre zdokumentovaný výskumami. Zaráďujeme ho k direktívnym a štruktúrovaným prístupom. Čerpá z experimentálnej, kognitívnej a behaviorálnej psychológie a je zameraný na procesy učenia a vzorce správania. Ťažisko prístupu spočíva v klasickom a operantnom podmieňovaní, čo sa využíva pri motivovaní pacienta, znižovaní baženia po návykových látkach a znižovaní relapsu alebo recidív. V psychoterapeutickej liečbe je tiež smerodajné, či sa terapeut venuje témam, ktoré sú pre pacienta osobne významné (Kratochvíl, 2017; Rotgers, 1999; Křížová (2021).

Psychoterapeutická efektívnosť je empiricky overovaná rôznymi výskumami.

Efektivitu kognitívno-behaviorálnej terapie skúmal napríklad Hofmann (Hofmann et. al., 2012) so svojim tímom. Zamerali sa na 269 metaanalýz, kde okrem efektívnosti liečby závislosti posudzovali tiež efektivitu liečby depresie, úzkosti, insomnie. Autori výskumu skonštatovali, že celková efektivita pri závislostiach sa pohybuje na malej až strednej úrovni a to v závislosti od typu návykovej látky. Vysokú efektivitu za pomoci kognitívno-behaviorálnej terapie dosahovali klienti závislí na marihuane a nikotíne, naopak horšie výsledky vykazovali závislí pacienti na alkohole a opiátoch.

Podobné výsledky uvádzajú Magill a Ray (2009), keď použili metaanalýzu 53 štúdií, tentokrát dospelých závislých od alkoholu a iných nelegálnych návykových látok. Podľa autorov sa vo všetkých štúdiách potvrdzoval malý, ale štatisticky významný liečebný účinok, následne aj po šiestich mesiacoch od liečby. Efektivita sa znižovala v závislosti od dĺžky liečby. To znamená, že čím dlhšie trvala liečba, tým menší efekt prinášala. Najviac účinná bola terapia pri klientoch závislých na marihuane. Krátka forma intervencie kognitívno-

behaviorálnou terapiou vykazovala viac výsledkov a z hľadiska účinnosti platila viac na ženy ako mužov.

Novšia štúdiá metaanalýzy, ktorú publikovali Magilla (Magill et al., 2019) a jeho spolupracovníci, overovala účinnosť kognitívno-behaviorálnej terapie u osôb závislých na alkohole a iných drogách. Výsledky ukazovali na strednú až vysokú efektivitu pri liečbe uvádzanou terapiou, než keby závislí zostali bez terapeutického pôsobenia. Z hľadiska účinnosti je pre závislého klienta výhodné využiť ponúkanú kognitívno-behaviorálnu terapiu než sa neliečiť vôbec.

V kontexte uvádzanej práce nás zaujímal prístup logoterapie a existenciálnej analýzy pri práci so závislým človekom, pretože liečba závislého smeruje k uvedomovaniu si zmyslu, významu a vlastnej zodpovednosti v živote, čo Frankl považuje za základ ľudskej existencie. V logoterapeutickom duchu sa podľa Somova liečba závislostí opiera o tri piliere – o hľadanie zmyslu života, o prevzatie zodpovednosti a o analýzu vlastnej existencie (Frankl, 1955). Somov, 2007).

Ako píše Lukasová, po skončení liečby sa pacienti často potykajú s problematickou otázkou toho, aký zmysel mal doteraz ich život a čo ďalej. Prax ukazuje, že pokiaľ pacient neobjavuje zmysel počas abstinencie a v liečbe, je možné, že zrecidivuje. Frankl preto zdôrazňuje, že logoterapia môže pomôcť pri spracovávaní úzkostí, existenciálnych otázok a prispieť ku normalizácii v situáciách, kedy sa objavujú. Užívanie návykových látok je vnímaná ako forma úniku z problémov a situácií, v ktorých sa človek cíti bezmocný, bezbranný a bez zmyslu života (Frankl, 1955, Lukasová, 1979).

Logoterapia a existenciálny prístup je uplatniteľný v liečbe závislostí nielen pri hľadaní motivácie, ale aj pri prevencii relapsu. Pri hľadaní výskumov a článkov v súvislosti s danou problematikou sme zistili, že uvádzaný prístup je skôr zameraný na dlhšie problémy ako depresiu, úzkosť, zmysel života než na samostatnú závislosť a jej liečbu. Taktiež sme zistili, že výskumov, ktoré sa zameriavajú na klientov so závislosťou a ich motiváciou toho, prečo zotrývajú v liečbe, je stále veľmi málo.

Autori Kleftharas a Katsogianni (2012) sa zaoberali vzťahom medzi zmyslom života, spiritualitou a zneužívaním alkoholu a depresie. Ako predpokladali, u osôb s nízkym zmyslom života sa prejavovala významná depresívna symptomatika a užívanie alkoholu. Terapia závislých osôb na alkohole by sa preto mala zaoberať aj aspektmi spirituality, osobného zmyslu a zmyslu života.

Podobné výsledky publikovali aj Martin et al. (2011). Autori sa zaoberali vplyvom zmyslu života, ktorý predikuje účinnosť psychoterapie u užívateľov kokaínu. Zmysel života je pozitívne spojený s dušeným zdravím a negatívne koreluje s náchylnosťou k závislosti. Výskumnú vzorku tvorilo 154 osôb, ktorí boli terapeuticky liečení počas 30 dní. Autori zistili, že u osôb závislých na kokaíne a alkohole, bola ich zmyslupnosť života na nízkej úrovni. Zmysel v živote predikoval u nich aj možnosť relapsu. Výsledky poukazujú na to, že liečba závislosti súvisí so zmyslom života a môže byť dôležitým aspektom pre úspešnú liečbu.

Autori výskumu, Konkolý Thege et al. (2013) sa zameriavali na závislosť na tabaku a hľadali súvislosť medzi fajčením a vplyvom zmyslu života na ukončení zlozvyku. Autori skúmali pomerne veľký súbor 4294 osôb. Zistili, že zmysel života súvisí s fajčením a jeho nízka miera predikuje vznik fajčiarskej závislosti. Zaujímavé však je, že zmyslupnosť v živote významne nepredpovedá to, či aktívny fajčiar prestane s fajčením alebo nie.

Nordfjaern et al. (2010) skúmali vnímanie liečby očami pacientov a jej negatívne a pozitívne aspekty, ktoré ovplyvňujú zotrvanie v liečbe a jej následnú úspešnosť. Jedným z najdôležitejších pozitívnych aspektov bolo podľa výpovedí pacientov terapeutické spojenectvo a vzájomná interakcia medzi pacientmi samotnými. Celkovo identifikovali šesť kategórií, ktoré majú podľa pacientov pozitívny vplyv na vnímanie a zotrvanie v liečbe. Okrem spomínaného terapeutického vzťahu sa objavili samotné terapeutické intervencie, zapojenie skupinovej spolupráce s inými užívateľmi, poskytnutie následnej starostlivosti po prepustení, režimové opatrenia a celková pozitívna atmosféra liečebne. Za negatívny aspekt považujú pacienti najmä stigmatizáciu zo strany okolia. Pacienti sa tiež vyjadrovali k faktorom, ktoré vplývajú na ich celkové zotavenie sa. Najdôležitejšími sa javia sociálna opora, psychosociálna situácia, zamestnanie, bývanie a ekonomická stabilita. Závislí, ktorí liečbu predčasne ukončili, vnímali ako negatívum predovšetkým prísne režim, pravidlá a stratu slobody alebo súkromia.

Nielsen a Scarpitti (1997) sa tiež snažili identifikovať zložky pôsobiace na efektívnosť terapeutickú intervenciu v liečebnom programe. Medzi najdôležitejšie faktory autori priradili intervencie zamerané na zvyšovanie sebaúcty pacientov, rozvoj nádeje a dôvery v samého seba a v možnosť uzdravenia, rozvoj motivácie k abstinencii a riešenie základných existenčných problémov. Autori odporúčajú zachytiť v terapii aj veľmi malé zmeny v správaní sa človeka, pretože tie, prispievajú potom ku globálnym zmenám v správaní a prežívaní závislých osôb.

Výskum na opačnú tendenciu, to prečo niektorí pacienti predčasne ukončujú liečbu, urobili Baekeland a Lundwall (1975) Takéto informácie môžu byť prínosom pre správne nastavenie intervencií a programov na zlepšenie efektivity celého procesu. Najzávažnejšími faktormi, prečo pacienti opúšťajú nemocničné či komunitné zariadenia sú pocity sociálnej izolácie, nesúrodosť medzi postojmi a správaním terapeutov, rozpory v očakávaní liečby medzi pacientom a terapeutom, nevhodné a nepodporujúce správanie rodiny, nízka motivácia a iné.

PRAKTICKÁ ČASŤ

5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CIEĽ PRÁCE A VÝSKUMNÉ OTÁZKY

Vo výskumnej časti diplomovej práce skúmame problematiku závislostí v kontexte existenciálneho prístupu. V jednotlivých podkapitolách popisujeme výskumný problém, cieľ výskumu a pomocou hlavnej a čiastkových výskumných otázok zisťujeme odpovede na uvedenú tému.

5.1 Výskumný problém a cieľ práce

V teoretickej časti sme popísali závislosť ako komplikovanú a chronickú chorobu, ktorá človeka obmedzuje v plnohodnotnom živí a ohrozuje jeho existenciu. Ochorenie a následná liečba predstavujú veľkú telesnú a psychickú záťaž, ktorá sa prejavuje na mentálnom zdraví pacienta. Liečba nemá jednoduché kauzálne riešenie. Nevyhnutná abstinencia od závislej látky, konfrontuje jedinca s vlastným prázdny svetom, núti ho k odpovediam na existenciálne otázky, najmä po vlastnej slobode, zodpovednosti, hodnotách a zmysle života, čo sa ukazuje zároveň ako **aktuálny výskumný problém**. To, kvôli čomu podstupuje závislý človek liečbu a čo ho v nej „podrží“ najmä v čase kríz, sme sa rozhodli preskúmať z existenciálneho hľadiska.

Hlavným cieľom práce je zistiť ako sa existenciálny prístup odráža v žitej skúsenosti závislých pacientov a ako s nimi rezonuje otázka zmyslu v priebehu ich liečby vo vybranom zariadení. Taktiež chceme preskúmať hodnoty závislého pacienta, ktoré ho podržia v liečbe.

5.2 Výskumné otázky

Po stanovení výskumného cieľa, sme v ďalšom kroku tvorili výskumné otázky. Závislosť ako postupne sa rozvíjajúce ochorenie, nám prirodzene umožnilo rozdeliť otázky týkajúce sa zmyslu a existenciálnych hodnôt na štyri obdobia:

- na obdobie pred vznikom závislosti,
- na obdobie bezprostredne pred psychiatrickou liečbou,
- na obdobie liečby v psychiatrickom zariadení a

- na obdobie po liečení, s výhľadom do budúcnosti.

Hlavná výskumná otázka je označená skratkou HVO a následné čiastkové otázky majú skratky ČVO s príslušným poradovým číslom:

HVO: Zohráva zmysel života nejakú rolu pri liečbe závislostí?

Čiastková výskumná otázka 1 vychádza z obdobia pred rozvojom ochorenia závislosti, kedy sú respondenti zdraví a nemajú dôvod nastupovať do liečby. Chceme zistiť, čím v tej dobe žili. Otázku sme formulovali nasledovne:

ČVO1: Aké existenciálne témy sú pozorovateľné u respondentov pred vznikom závislostí?

Čiastkovou výskumnou otázkou 2 sa koncentrujeme na zlomový okamih, kedy niektorí z respondentov zisťujú, že svoje problémy už nezvládajú riešiť vlastnými silami a potrebujú odbornú pomoc, alebo sú to respondenti, ktorým je liečba nariadená a podstupujú ju nedobrovoľne. Nasledujúcou otázkou sme zisťovali, či sa v tom čase objavuje nejaký existenciálny námet:

ČVO2: Objavujú sa v zlomovom okamihu tesne pred liečbou nejaké existenciálne námety?

Čiastková výskumná otázka 3 je zameraná na obdobie počas trvania ústavnej režimovej liečby, pričom chceme zachytiť prežívajúce existenciálne hodnoty respondentov. Otázku formulujeme nasledovne:

ČVO3: Aké hodnoty si respondenti uvedomujú počas liečby, v čase abstinencie?

Čiastková výskumná otázka 4 je zameraná výhľadovo na budúce obdobie, kedy sa pýtame na zmysel života respondentov po liečbe a bez návykových látok. Za týmto účelom sme zvolili otázku:

ČVO4: Čím chcú respondenti naplniť zmysel života v budúcnosti?

6 POPIS METODOLOGICKÉHO RÁMCA VÝSKUMU

V nasledujúcej kapitole bližšie popíšeme zvolený metodologický rámec výskumu, jeho design, výskumný súbor ako aj metódu tvorby dát a ich spracovania. Zameriame sa tiež na etické problémy a spôsoby ich riešenia.

6.1 Rámcový design výskumu

Na skúmanie problematiky závislostí v kontexte existenciálnych otázok sme zvolili **kvalitatívnu metódu**. Uvedený prístup, vzhľadom k zvoleným cieľom a osobnej povahe skúmanej témy, najlepšie umožňoval **holisticky uchopiť a porozumieť žitej skúsenosti** závislých pacientov v liečbe. Pomocou kvalitatívnej metódy sme mohli popísať, analyzovať a interpretovať získané dáta a vlastnosti skúmaných fenoménov tak, aby bolo možné zachovať princípy jedinečnosti, neopakovateľnosti a dynamiky analyzovaných javov. Daný výber metódy a spôsob uchopenia témy zodpovedá odporučeniam Miovského a ďalším autorom (Miovský, 2006; Ferjenčík, 2010).

Za pomoci fenomenológie a pološtruktúrovaných rozhovorov s respondentami, sa nám jednalo skôr o pochopenie a porozumenie ich subjektívnych právd, hodnôt a ľudských príbehov, podobne ako odporúča Hendl (2005). Taktiež sme si v tom zmysle vedomí, že skúsenosti a výpovede pacientov aj keď sú jedinečné, predstavujú len rôznorodé fragmenty z ich života počas určitého obdobia, čo neumožňuje zovšeobecnenie výsledkov.

6.2 Popis výskumného súboru

Pre výber účastníkov sme zvolili metódu zámerného (účelového) výberu cez inštitúciu, na princípu dobrovoľnosti. Podľa Miovského je to výhodný a efektívny spôsob, ktorý používame pri výbere cieľovej skupiny, ktorá nás zaujíma. Proti námietkam, že výber vzorky môže byť skreslený, pretože sa jedná len o časť spektra postihnutých osôb, rovnaký autor podotýka, že pokiaľ výberovým kritériom je konkrétna inštitúcia a zámer skúmať jej klientov, potom je to najlepšia voľba výberu výskumného súboru (Miovský, 2006).

Týmto spôsobom vznikol základný súbor, ktorý zodpovedá stanoveným požiadavkám. Súbor je tvorený z pacientov z nemenovaného oddelenia v psychiatrickej nemocnici, ktorým sme sa mali možnosť predstaviť na rannej komunite. Po skončení programu sa mohli budúci respondenti zapísať do zoznamu, určeného pre výskumné účely.

Pred realizáciou výskumu sme si zvolili kritéria budúcich respondentov. Výskumu sa mohlo zúčastniť minimálne 10 dobrovoľníkov z radov pacientov, rovnako muži a ženy, pričom sme preferovali pestrosť a rôznorodosť v závislostiach a veku. Hlavnou podmienkou bol tiež dospelý vek pacientov, zaradenie do liečby závislosti, či už dobrovoľnej alebo nariadenej súdom a ochota podeliť sa o subjektívne prežívanie, skúsenosti a myšlienky v nadväznosti na skúmanú problematiku.

Výskumnú vzorku daného výskumu vytvorilo 12 respondentov, z toho 5 žien a 7 mužov. Z dôvodov ochrany súkromia a zabezpečenia anonymity, nebudeme v ďalšom texte používať krstné alebo vymyslené mená účastníkov, ale len označenie **Respondent/Respondentka**. Vo výsledkovej časti použijeme jednotnú skratku „R“ spolu s príslušným poradovým číslom od **1–12, pre všetkých respondentov bez ohľadu na pohlavie**. V prípade tabuliek, kde cielene rozlišujeme pohlavie, uvedieme skratky, „Rž“ **pre ženy** alebo „Rm“ **pre mužov**.

V čase skúmania sa **vek** základného súboru pohyboval v rozpätí od 26 do 55 rokov, pričom priemerný vek pacientov súhrne bol 41,6. Najmladšia žena mala 32 rokov a najstaršia 55. Priemerný ženský vek bol 46,4. Medzi mužmi vo vzorke bol najnižší vek 26 a najstarší muž mal 54 rokov. Priemerný mužský vek sa pohyboval na úrovni 38,2 rokov.

Z hľadiska **vzdelania**, 3 respondenti dosiahli stredné odborné vzdelanie bez maturity s výučným listom, 1 respondent mal úplné stredné všeobecné vzdelanie s maturitou (gymnázium), 8 získalo stredné odborné vzdelanie s maturitou a výučným listom a 1 respondent dosiahol vysokoškolské vzdelanie II. stupňa. 3 respondenti uvádzajú stály **pracovný pomer** a v čase hospitalizácie dlhodobú práceneschopnosť (PN), 8 z nich je prihlásených na úrade práce kvôli nezamestnanosti a 1 respondent poberá invalidný dôchodok.

Z hľadiska **psychiatrických diagnóz** boli pre **primárnu závislosť** na alkohole hospitalizovaní 6 respondenti a 6 respondenti trpeli **kombinovanou závislosťou** – alkohol, kanabinoidy (marihuana), sedatíva a hypnotiká, kokaín, stimulantie (pervitín), halucinogény

a patologické hráčstvo (gambling). 8 z 12 účastníkov výskumu bolo závislých dlhodobo na tabaku.

Somatické alebo iné psychiatrické ochorenia uvádzali 8 respondenti. Závislosť iného blízkeho alebo vzdialeného príbuzného v pôvodnej alebo súčasnej rodine, ktorí sa nikdy neliečili, potvrdilo 5 účastníkov. **Dobrovoľne liečbu** síce deklaruje 7 respondentov, ale reálne sú to len 3 pacienti, ktorí prišli dobrovoľne, najčastejšie po nátlaku rodiny. 6 respondenti boli hospitalizovaný s toxickou psychózou alebo boli privezení policajnou hliadkou, pretože boli pod vplyvom návykovej alebo omamnej látky a 3 respondentom bolo súdnym rozhodnutím uložené ochranné liečenie. Opakovane liečbu podstupuje 8 respondentov, z toho na tretiu liečbu nastúpili 3 respondenti a na štvrté liečenie, jeden respondent. Pre lepšiu orientáciu sú demografické údaje prehľadne uvedené v tabuľkách č. 1 a č. 2. na stranách 65-66. Orientáciu v údajoch o typoch závislosti a niektorých vybraných aspektoch respondentov, uvádzame v tabuľkách č. 3 a č. 4. na stranách 66-67.

Tabuľka č. 1: Základné demografické údaje žien

RŽ	Vek v čase liečby	Dosiahnuté vzdelanie	Pracovný pomer	Rodinný stav	Počet detí
R1	55	SŠ	nie	rozvedená	1
R2	52	SŠ	áno	vydatá	2
R3	52	SŠ	nie	rozvedená	3
R4	32	OU	nie	slobodná	0
R5	41	SŠ	nie	rozvedená	2

(Použité skratky: RŽ – respondenti – ženy)

Tabuľka č. 2: Základné demografické údaje mužov

<u>Rm</u>	Vek v čase liečby	Dosiahnuté vzdelanie	Pracovný pomer	Rodinný stav	Počet detí
R6	32	SŠ	nie	slobodný	0
R7	26	SŠ	nie	slobodný	0
R8	34	OU	áno	slobodný	0
R9	33	SŠ	nie	slobodný	0
R10	54	VŠ	nie	rozvedený	2
R11	45	OU	nie	slobodný	0
R12	44	SŠ	áno	ženatý	3

(Použité skratky: Rm – respondenti – muži)

Tabuľka č.3: Základné údaje o liečbe závislosti žien

<u>Rž</u>	Druh závislosti	Ústavná liečba	Dobrovoľnosť liečby	Somatické alebo iné psychiatrické ochorenie R	Výskyt závislosti v rodine
R1	alkohol	druhá	nie	áno	áno
R2	alkohol	prvá	nie	áno	nie
R3	alkohol	prvá	áno	áno	áno
R4	kombinovaná	tretia	áno	áno	nie
R5	alkohol	druhá	áno	nie	nie

(Použité skratky: Rž – respondenti – ženy)

Tabuľka č.4: Základné údaje o liečbe závislosti mužov

Rm	Druh závislosti	Ústavná liečba	Dobrovoľnosť liečby	Somatické alebo iné psychiatrické choroby R	Výskyt závislosti v rodine
R6	kombinovaná	druhá	áno	áno	áno
R7	kombinovaná	tretia	nie	áno	nie
R8	kombinovaná	druhá	áno	nie	nie
R9	kombinovaná	tretia	áno	áno	nie
R10	alkohol	štvrtá	nie	áno	nie
R11	alkohol	prvá	nie	áno	áno
R12	kombinovaná	prvá	áno	nie	áno

(Použité skratky: Rm – respondenti – muži)

6.3 Etické problémy a spôsob ich riešenia

Vzhľadom k citlivej téme a možnej stigmatizácii sme sa pred realizáciou výskumu náležite venovali etickým pravidlám. Počas výskumu sme **uplatňovali etické zásady**, ktoré vyplývajú z etického kódexu práce psychológa. Dôsledne sme dodržiavali princíp rešpektovania, prijatia, nehodnotenia respondentov a získané dáta sme spracovávali **anonymne**.

Oslovení účastníci výskumu boli informovaní o podstate a výskumných zámeroch, ako aj o cieľoch a postupoch. Ďalej boli oboznámení s podmienkami spolupráce, **dobrovoľným zdieľaním** svojich osobných skúsenosti a dojmov z prežívania choroby a pobytu na psychiatrickom oddelení. Taktiež boli upovedomení, že kedykoľvek môžu predčasne stretnutie ukončiť alebo nahrávanie prerušiť, bez akéhokoľvek postihu alebo nutnosti uvedenia dôvodu. Získané údaje boli anonymne spracované v zmysle zákona o ochrane osobných údajov. Vzhľadom k ochrane anonymity respondentov, preto neuvádzame konkrétne mená, lokalitu ani miesto liečebne.

Všetci respondenti nám na začiatku stretnutia vyjadrili súhlas s rozhovorom osobne, **podpísaním informovaného súhlasu** v papierovej forme (príloha). Účastníci výskumu zároveň súhlasili s tým, že výsledky diplomovej práce môžeme použiť ďalej napríklad pri prezentácii na konferencii a podobne. V prípade akýchkoľvek otázok, ktoré sa týkajú výsledkov výskumu, bol respondentom poskytnutý mailový kontakt na výskumníka.

Taktiež sme ošetrili a zabezpečili prístup ku zvukovým záznamom z rozhovorov prostredníctvom prihlasovacích údajov a hesla, pokiaľ sme v tom čase nepracovali s dátami. Po nevyhnutne potrebnom čase na spracovanie, budú rozhovory vymazané a identifikačné údaje spolu s poznámkami v papierovej forme skartované.

Účasť na výskume bola zo strany respondentov dobrovoľná a bez nároku na odmenu. Vzhľadom k tomu, sme účastníkom ponúkli aspoň malé občerstvenie v podobe cukroví a minerálky.

Ako výskumníci a autori predkladanej práce, sme zvažili možné riziká a konštatujeme, že nie sme si vedomí žiadnych pochybení v súvislosti s **etickými pravidlami**.

6.4 Metódy tvorby dát

V pôvodnom zámere sme chceli výskum realizovať na Slovensku. Oslovili sme jedno štátne a jedno súkromné zariadenie, ale naša žiadosť bola zamietnutá z rôznych príčin. Vďaka ústretovému postoju psychológa z nemenovanej liečebne a po vzájomnej niekoľko mesačnej komunikácii a dohode s vedením nemocnice, primárkou oddelenia pre strednodobú komplexnú liečbu závislosti, sme výskum zrealizovali v Českej republike.

Dáta sme získali prostredníctvom **polo štruktúrovaných rozhovorov**. Najprv sme vytvorili „scenár“ prvého kontaktu a podobu stretnutia, ktoré sme prekonzultovali s psychológom oddelenia a následne predložili pani primárke. Celý priebeh výskumu bolo potrebné naplánovať a zabezpečiť tak, aby sme čo najmenej narušovali priebeh liečby pacientov a zároveň získali potrebné dáta. Po schválení nám bol ponúknutý termín na realizáciu výskumu, ktorý sme využili, s vďakou prijali a v júli 2022 uskutočnili.

V deň realizácie výskumu, hneď po skončení komunitného programu sa mohli respondenti vyjadriť a následne zapísať do zoznamu určeného pre výskumné účely.

Podmienkou vedenia príslušného oddelenia nemocnice bolo, že rozhovory nebudú narušovať a zasahovať do liečebného režimu. Respondenti sa potom sami medzi sebou a s vedúcimi jednotlivých aktivít dohodli na uvoľnení. Následne si určili poradie a čas, kedy sa zúčastnia na stretnutiach s výskumníkom, čo sme samozrejme rešpektovali.

Rozhovory s účastníkmi výskumu sme realizovali priamo na oddelení. Stretnutia s respondentami sa konali v prepožičanej pracovni psychológa. Uvedená miestnosť poskytovala dostatok súkromia a vhodné podmienky na nerušenú konverzáciu. To nám zároveň umožnilo dodržať rovnaké podmienky pre všetkých účastníkov výskumu.

Jednotlivé rozhovory trvali priemerne 30 minút, pričom najkratší rozhovor mal 20 minút a najdlhší 50. Žiadny rozhovor nebol ukončený predčasne a respondenti boli ochotní odpovedať na všetky predložené otázky.

Na úvod rozhovoru sme zaradili **demografické otázky** a údaje týkajúce sa **základných faktov o liečbe** respondentov. Pred samotnými rozhovormi sme účastníkov ešte požiadali o ďalšie doplňujúce informácie. K tomu sme zvolili grafickú formu, ktorú je možné nazvať metódou časovej krivky podľa Miovského (2006) a zachytiť osobne významné udalosti za určité časové obdobie. Za týmto účelom, sme respondentov požiadali, aby na nakreslenú čiaru na papieri vyznačili ľubovoľne zvolených maximálne 5 pozitívnych alebo negatívnych životných udalostí, ktoré boli pre nich obzvlášť významné doteraz a utkveli im v pamäti. Takto sme začali rozhovor, teda pred položením prvej otázky.

Okrem **otvorených otázok**, sme najmä v úvode používali zatvorené otázky. Naším cieľom bolo navodiť pohodovú atmosféru, aby sme znížili u respondentov úzkosť a rozptýlili ich prípadné obavy z rozhovorov.

Otvorené bádateľské otázky sme primárne vzťahovali k **hodnotovým preferenciám** – zážitkovým, tvorivým a postojoým (transcendentálnym, ktoré človeka presahujú) a **časovým obdobiam** v znení:

- hodnoty a zmysel pred rozvojom ochorenia a liečbou,
- čas bezprostredne pred liečbou – tzv. „hraničná situácia“, ktorej výsledkom bolo zahájenie liečby,
- obdobie počas liečby a
- po liečbe s výhľadom do budúcnosti.

Takéto rozdelenie interview a zameranie sa na pacientovu životnú históriu je v súlade s odporučeniami Seidmana (2006). Pri všetkých rozhovoroch sme tiež dodržiavali rovnakú základnú štruktúru rozhovorov. V prípade potreby sme preformulovali pôvodnú otázku alebo flexibilne zaradili významovo podobnú, aby sme získali širšie spektrum odpovedí. Rámec interview tvorila lievikovitá štruktúra **otázok od všeobecného ku konkrétnemu**, čo nám umožňovalo smerovať výskumné šetrenie k vytýčenému cieľu.

V nasledujúcom texte uvádzame znenia otázok a ich modifikácie podľa jednotlivých časových okruhov, ktoré sme použili pri rozhovoroch. Pre väčšiu prehľadnosť sú otázky označené dvojčiferným číslom prislúchajúcej časovej etape.

Etapa I. Zmysel života a hodnoty pred rozvojom choroby a liečbou

- 1.1 Predtým, než ste sa stali závislým, čo bolo pre vás v živote dôležité?
- 1.2 Aké zážitky ste uprednostňovali?
- 1.3 Čo ste si v tom čase priali, po čom ste túžili, snívali?
- 1.4 Čo sa vám darilo – v čom ste boli úspešný?
- 1.5 Akým koníčkom ste sa venovali – čo vás bavilo? A prečo?

Etapa II. Čas bezprostredne pred liečbou – „hraničná udalosť“

- 2.1 Čo bolo pre vás tou poslednou kvapkou, keď ste si povedali, že už stačilo?
- 2.2 Čo sa stalo, čo bolo významné natoľko, že ste sa začal liečiť?

Etapa III. Zmysel života a hodnoty počas liečby zo závislosti

- 3.1 Aké to pre vás je byť tu a liečiť sa? Prečo a kvôli čomu sa chcete liečiť?
- 3.2 Čo vás motivuje, aby ste vydržali liečbu? Myslím, kvôli čomu ju viete vydržať?
- 3.3 Čo vás baví a naplňa z aktivít, ktoré tu máte a na ktorých sa zúčastňujete?

3.4 Čo by ste si priali teraz keď abstinujete?

3.5 Na čo ste v súvislosti s liečbou hrdý? Čo považujete už dnes za úspech?

Etapa IV. Zmysel života a hodnoty po liečbe a výhľad do budúcnosti

4.1 Máte v živote ešte nejaký cieľ, čo by ste chceli v budúcnosti dokázať, urobiť?

4.2 Má podľa vás zmysel liečiť sa?

4.3 Akú stopu, alebo odkaz by ste chceli po sebe zanechať pre druhých?

4.4 Čo je podľa vás v živote a pre vás, osobne to najdôležitejšie, prečo sa oplatí žiť?

4.5 Na čom vám v živote záleží?

4.6 Aký je zmysel života podľa vás?

6.5 Metódy spracovania dát

Na analýzu dát sme zvolili **Interpretatívnu fenomenologickú analýzu** (ďalej IPA), ktorá umožňuje pochopiť životnú realitu respondenta. Zároveň dovoľuje efektívne popísať jeho žitú skúsenosť v podobe, v akej sa utvárala a aký význam jej prisudzoval sám účastník výskumu (Smith, 2011).

Dáta získané z rozhovorov sme zaznamenali na diktafón (súčasť iPhone výskumníka) a následne doslovnou transkripciou prepísali. Rozhovory sme ponechali v autentickej podobe, teda bez následných úprav gramaticky nesprávnych alebo nespisovných slov.

Jednotlivé rozhovory sme vytlačili so širokými okrajmi, aby sme pri opakovanom čítaní mohli zapisovať poznámky, ktoré nás k textu napadali. Dáta sme spracovali za pomoci počítačových programov Microsoft Word a Microsoft Excel.

Analytická práca s dátami prebiehala podľa doporučeného postupu IPA, a to nasledujúcimi krokmi 0–6 (Řiháček et al., 2013):

0. Reflexia výskumníkovej skúsenosti s témou výskumu

Reflexia predstavuje nevyhnutnú časť v celom procese výskumu, aby mohla, byť zachovaná transparentnosť a schopnosť reflektovať výskumníkov postoj ku skúmanej téme.

1. Čítanie a opakované čítanie

Zaznamenané a prepísané dáta je nutné opakovane počúvať a čítať, aby sa výskumník mohol ponoriť a vcítiť do vnútorného sveta respondentov. Umožňuje mu to rozvíjať takzvanú insider's perspective, čo vedie k videniu problému očami respondenta.

2. Počiatočné poznámky a komentáre

V tejto fáze analýzy je podstatné zachytiť všetko, čo nás v texte zaujalo, čo upútalo našu pozornosť a je v nejakom smere významné. Pri každom prepísanom rozhovore, napravo od textu sme preto zaznamenali poznámky alebo komentáre, ktoré nás napadli ku čítanému textu. Výskumnú prácu našich počiatočných poznámok a komentárov v tomto štádiu zachycuje ukážka č.1 z analýzy rozhovoru s respondentkou R1.

Ukážka č.1 z analýzy rozhovoru s respondentkou – R1

Z rozhovoru s respondentkou 1	moje poznámky
<i>já sem se mamce narodila v 17, mamka byla mladá vdova, brat měl 4 roky</i>	matka mladá vdova
<i>a otec umřel, pomáhali a starali se babičky, mamka byla sama</i>	starostlivosť matka + babka
<i>otčim k nám přišel když mi bylo tak 12-13</i>	príchod do rodiny - otčim
<i>s otčimem sme stále bojovali spolu a mamka byla takovej kámen mezi náma</i>	boj s otčimom, matka nerozhodná
<i>my sme bojovali ale mamka chtěla být zadobře se všema ale moc to nešlo</i>	neriešenie konfliktov matkou
<i>zlomovej okamžik nastal když dcera zavolala rychlou řeckli že sem nadýchala 2,5 promile, začala sem pít poslení rok strašne</i>	dcéra zavolala RZP, 2,5
<i>prčinou byl blížící se rozvod, dohadovali sme se s manželem, už sem měla deprese a panický ataky a úzkosti a taky to, že dcera, na tí vnoučata já sem fixovaná</i>	rozvod, hádky, depresia, panické ataky, úzkosť, fixovaná na vnúčatá
<i>bydleli u nás a dcera, postavili si dům, odstěhovali se a najednou sem neměla</i>	syndróm prázdneho hniezda
<i>neměla sem se o ko starat, pro koho vařit...jo jo syndróm prázdnyho hnízda</i>	potom bez zmyslu života
<i>byla sem bez práce</i>	nezamestnaná

3. Rozvíjanie vznikajúcich tém

V tejto fáze analytického procesu by malo dôjsť k redukcii množstva dát a poznámok, aby výskumník mohol zachytiť esenciu respondentovej skúsenosti a formulovať takzvané rodiace sa témy. V súlade s Řiháčkom (2013), je potrebné pretaviť poznámky výskumníka do výstižných a všeobecnejších kategórii, avšak tak, aby naďalej korešpondovali s výpoveďami účastníkov výskumu. Prakticky to znamená, že pracujeme so vzniknutými komentármi a poznámkami a menej s pôvodným textom, aby sme vystihli témy respondentovej skúsenosti a nášho porozumenia. Okrem pomenovávania tém z jednotlivých období, je cieľom zachytiť aj vzájomné súvislosti. Ukážku našich „rodiacich sa tém“, ktorých pomenovanie, v tejto fáze práce nemusí, byť definitívne a záväzné, zachycuje ukážka č. 2 nasledovne:

Ukážka č.2 z poznámok „rodiacich sa tém“ a z dát rozhovoru s respondentkou – R1

moje poznámky	vznikajúce podtémy
matka mladá vdova	ťaživé podmienky/ strata
starostlivosť matka + babka	pomoc rodiny/okolia
príchod do rodiny - otčim	nový vzťah
boj s otčimom, matka nerozhodná	presadzovanie sa v dospievaní
neriešenie konfliktov matkou	najbližší ju nevidia, potreba pozornosti
dcéra zavolala RZP, 2,5	starostlivosť o druhých, život v ohrození
rozvod, hádky, depresia, panické ataky, úzkosť, fixovaná na vnúčata	domáce násilie/podmienky/nenaplnené vzťahy, depresia, úzkosť
syndróm prázdneho hniezda	vzťahy
potom bez zmyslu života	strata zmyslu
nezamestnaná	práca /hobby?

4. Hľadanie súvislostí naprieč témami

Po sformulovaní vynárajúcich sa tém, je možné začať mapovať a prepájať súvislosti, čo znamená hľadať, akým spôsobom sa vzájomne vzťahujú. Jednoduché zoradenie tém

v riadkoch pod sebou a v poradí v akom sa objavovali, umožňuje výskumníkovi lepšiu orientáciu v dátach. Pomocou programu Microsoft Excel, je možné zoskupovať témy a čiastkové podtémy do trsov, farebne od seba odlíšiť, presúvať, pomenovávať a vytvárať nadradené kategórie. V takto usporiadaných témach je možné zachytiť nielen početnosť výskytu, ale tiež prepojenosť vzájomných vzťahov čiastkových tém a formulovať interpretácie pri každom respondentovi.

5. Analýza ďalšieho prípadu

Každý rozhovor je jedinečný a je nutné ho analyzovať nezávisle, vyššie popísaným spôsobom, pri uplatnení rovnakých princípov ako sme použili v krokoch 0–4.

6. Hľadanie vzorcov naprieč prípadmi

Po jednotlivých analýzach všetkých rozhovorov došlo k prepájaniu týchto analýz z vyššej perspektívy, aby sa vystihli a osvetlili vzájomné súvislosti zo žitej skúsenosti respondentov.

7 PREZENTÁCIA VÝSLEDKOV VÝSKUMU

V tejto kapitole budeme prezentovať výsledky bádania z jednotlivých analýz rozhovorov a analýz dát, ktoré prislúchajú jednotlivým obdobiam. Analýza výsledkov z poskytnutých rozhovorov je pre jednoduchšiu orientáciu rozdelená na tri okruhy a to v príslušných podkapitolách.

V prvom okruhu charakterizujeme každého z respondentov prostredníctvom ním popísaného príbehu, pričom našim cieľom nebolo priniesť podrobnú anamnézu účastníkov výskumu. V závere každej z analýz sú uvedené kľúčové tézy v bodoch, ktoré zachytávajú najdôležitejšie poznanie v živote respondenta/respondentky v čase výpovede.

Druhý okruh korešponduje s jednotlivými etapami života závislých respondentov v kontexte choroby a liečby a je preto rozdelený nasledovným spôsobom:

1. obdobie pred rozvojom ochorenia,
2. obdobie bezprostredne pred liečbou, ktoré opisuje čas okolo tzv. „hraničnej udalosti“,
3. obdobie samotnej liečby a
4. obdobie po liečbe s výhľadom do budúcnosti.

Každé obdobie zodpovedá príslušnej čiastkovej výskumnej otázke a téme v podobe slova alebo slovného spojenia, ktoré vystihuje žitú skúsenosť účastníkov výskumu. Súčasťou analýz sú taktiež vybrané autentické výpovede respondentov, uvedené v úvodzovkách.

V treťom okruhu sumarizujeme výsledky súhrne, za všetky analyzované rozhovory, opäť podľa príslušných období, v súvislosti s chorobou závislosti a jej liečbou, čím odpovedáme na čiastkové bádateľské otázky.

7.1 Výsledky analýz jednotlivých rozhovorov

Zistenia, z predstavenia účastníkov výskumu, vznikli analýzou dát, ktoré pochádzajú z demografických údajov, z rozhovorov o ich rodinnej a osobnej anamnéze a z údajov na modifikovanej časovej osi. Pre účely jednoduchšieho zorientovania sa v nasledujúcom texte, sme vytvorili prehľadnú a jednotnú štruktúru analyzovaných rozhovorov. Pod každým oddielom nazvaným „Respondent/Respondentka“ a prislúchajúcim číslom, sú v bodoch zhrnuté hlavné tézy príbehu, každého z nich.

7.1.1 Základné predstavenie/charakteristika respondentov

Príbehy respondentov, ktorých zároveň týmto spôsobom predstavujeme, je ich autentickou výpoveďou o vlastnom prežívaní, skúsenostiach a často aj o bolestných spomienkach, ktoré odkrývali a zdieľali pri rozhovoroch.

Respondentka R1

Prvou účastníčkou výskumu je R1, 55-ročná žena, stredoškolsky vzdelaná. Kedysi bola plne zamestnaná, no kvôli problému s chrbticou poberá dnes invalidný dôchodok. Zmena v rodine respondentky R1 nastala keď sa matka opäť vydala. Nová situácia priniesla so sebou búrlivé obdobie hádok s otčimom, nového súrodenca a potrebu deliť sa o matku, ktorá nie vždy mala pochopenie pre dospievajúcu dcéru.

Vo svojom prvom manželstve bola R1 týraná a keď mala dcéra 12 rokov, rozviedla sa. Druhý rozvod absolvovala o pár rokov neskôr. V tom čase už trpela panickými atakmi, úzkosťami a zažívala depresívne stavy.

V rodine R1 sa závislosť nevyskytuje. Rozvoj svojej alkoholovej závislosti dáva do súvisu s vtedy blížiacim sa rozvodom, dohadmi s manželom a odsťahovaním sa dcéry s vnúcatami do nového domu. Respondentka R1 popisuje syndróm prázdneho hniezda, smútok bezradnosť, keďže sa zrazu nemala o koho starať, pre koho variť a navyše v dôsledku zdravotných problémov a prekonaných operácií prišla o prácu. Ako šťastné popisuje obdobie, keď sprevádzala návštevníkov nočným zámkom. Tešilo ju najmä baviť ľudí, druhých bola pre ňu veľká inšpirácia a odmena, ktorú si nechcela nechať ujst'.

R1 uvádza, že do nemocnice bola privezená pre akútnu intoxikáciu, po telefonáte dcéry. Poslednou kvapkou pre respondentku R1 bolo, že pre dcéru prestala existovať a mala zakázané stýkať sa s vnúčatami.

Ústavnú liečbu podstúpila po prvý krát. Aj keď pobyt na oddelení popisuje ako náročný, je odhodlaná vydržať 3-mesačný program.

Hlavné tézy príbehu analyzovanej respondentky R1 v bodoch:

- vlastná existencia sa odvíja v súvislosti s druhými ľuďmi,
- stav pohody a spokojnosti prostredníctvom aktivít nadmernej starostlivosti o iných, prináša pocit zmysluplnosti,
- syndróm prázdneho hniezda,
- strata zamestnania v dôsledku somatického ochorenia,
- depresia, úzkosť a panické epizódy.

Respondentka R2

Respondentka R2 má 52 rokov a je stredoškolsky vzdelaná. Uvádza, že závislosťou v rodine nikto okrem nej netrpí.

Vydávala sa ako mladá, 22-ročná. Manželstvo bolo bezdetné a v 25 rokoch sa rozviedla. V tom čase bolo pre ňu dôležité zamestnanie, literatúra, budhizmus a cvičenie jogy. Ako podotýka R2, ku spirituálnym a duchovným veciam vždy inklinovala.

Respondentka R2 uvádza, že viedla v tom čase bezproblémový život, kedy nemala žiadne starosti a život ju bavil. Významným medzníkom v jej živote bola smrť otca, v dôsledku čoho začala zneužívať alkohol. Po nátlaku rodiny sa liečila u adiktológa pol roka. Iné psychiatrické problémy neguje. Následne R2 abstinovala 14 rokov.

Uvádza, že po tejto skúsenosti prežívala svoj život šťastne, darilo sa jej v práci, napĺňala ju rôznorodosť a opäť bezstarostnosť, po boku druhého manžela. V 35 a 37 rokoch sa jej narodili deti, syn a dcéra.

Respondentka R2 udáva, že po dlhodobej práceneschopnosti kvôli psychickým problémom nakoniec o prácu prišla. O rok neskôr bola pozitívne diagnostikovaná na karcinóm prsníka. V čase nášho rozhovoru bola R2 bez onkologického nálezu a v remisii.

Prežívanie stavov depresie a úzkosti z ochorenia covid 19 a strach z vojenskej invázie na Ukrajine, riešila respondentka R2 čoraz častejšie abúзом alkoholu. Ako zlomový okamžik popisuje jazdu pod vplyvom návykovej látky, kedy jej bol zadržaný vodičský preukaz.

Ústavnú liečbu vníma respondentka R2 ako náročnú, spočiatku si ťažko zvykala, no zároveň oceňuje najmä režim, štruktúru dňa, „milých“ pacientov, terapeutov a postupné preberanie zodpovednosti na seba. Má okolo seba opäť ľudí, čo ju naplňa.

Počas liečby a za podpory terapeuta sa R2 s manželom dohodla na priateľskej a voľnej forme vzťahu, no nevie si predstaviť žiť osamote bez spriaznenej duše. Nevzdáva sa nádeje, že časom aj ona nájde blízkeho človeka, ideálne takého, ktorý by jej udával životné smerovanie a rozhodoval by za ňu.

Hlavné tézy príbehu analyzovanej respondentky R2 v bodoch:

- stretnutie s existenciálnymi témami – smrťou a slobodou na začiatku tretieho decénia,
- pocity depresie a úzkosti,
- vyrovnávanie sa s diagnózou smrteľného ochorenia – karcinómom prsníka, taktiež so somatickým ochorením Covid-19 a s vojnou na Ukrajine,
- inklinovanie k duchovným učeniam,
- strata zamestnania,
- zmysluplná existencia závisí od druhých.

Respondentka R3

Prvá a dobrovoľná liečba R3, 52-ročnej ženy, so stredným odborným vzdelaním. Respondentka R3 uvádza, že v dospievaní mala jednu skúsenosť s pervitínom a dnes sa lieči pre abúzus na alkohole. S biologickým otcom, ktorý bol závislý a neliečený alkoholik, sa do

jeho smrti nestýkala. Podrobnosti by nerada uvádzala. Vychovávaná bola otčimom, taktiež závislým na alkohole.

Tri dospelé dcéry respondentky R3 pochádzajú z dvoch nevydarených manželstiev, ktoré uzavrela ešte v skorej dospelosti. Obidva vzťahy popisuje ako nenaplnené, plné domáceho násillia a opakovaným napádaním zo strany partnerov. Momentálne zažíva pokojné obdobie so súčasným priateľom.

Respondentka R3 vymenováva, že okrem alkoholu a tabaku, je závislá aj „na rodine a láske“. Taktiež je v liečbe pre diagnostikovanú úzkostno-depresívnu poruchu. K dlhodobému zneužívaniu alkoholu u nej dochádza v súvislosti s nezvládaním krízových a problémových situácií v živote a náročným klimaktériom.

Zlomovým bodom pre účastníčku výskumu R3 bolo, že sa napila v pracovnom čase. Vtedy si uvedomila, že nemá už žiadne osobné zábrany. Tiež popisuje psychickú vyčerpanosť z neustáleho ruminovania myšlienok, týkajúcich sa alkoholu, strachu zo smrti a straty zdravia.

R3 uvádza, že v živote jej najviac chýba vnútorná sloboda, pokoj, seberealizácia, bezstarosť a kamaráti.

Cenní si podporu najbližších, dávanie a prijímanie materskej, súrodeneckej, rodičovskej a partnerskej lásky, ktorá ju zároveň motivuje k liečbe.

Hlavné tézy príbehu analyzovanej respondentky R3 v bodoch:

- svet je nebezpečný – pocit neustále ohrozenej existencie,
- opakovane prežívaná závislosť na vzťahoch,
- strach zo smrti, zo straty vzťahov a zdravia,
- prežívanie pocitov vyčerpanosti zo života,
- vnímanie neslobody,
- zažívanie frustrácie z klimaktéria a ťaživé životné podmienky.

Respondentka R4

Slobodná 32-ročná respondentka R4, pochádza z úplnej rodiny. Je hrdá na svoje stredoškolské vzdelanie, no v súčasnosti je zamestnaná na čiastočný úväzok ako pomocná pracovná sila. Vzhľadom k diagnózam, na ktoré sa lieči, je R4 zaradená do 3. stupňa invalidného dôchodku.

Okrem kombinovanej závislosti na psychoaktívnych látkach (marihuana, alkohol, zneužívanie liekov, pervitín) a patologickom hráčstve, je liečená pre svoju schizoafektívnu poruchu. R4 trpí tiež obezitou. Do liečby sa opakovane a po tretí krát dostáva v dôsledku vysadenia antipsychotík a rozvoja toxickej psychózy.

V rodinnej anamnéze závislosť nefiguruje a iné psychiatrické ochorenie respondentka R4 neguje.

Podľa slov účastníčky výskumu R4, ju rodina obviňuje zo smrti matky. Jej pohnutá minulosť, nevypočítateľné správanie od puberty a „nezodpovednosť“, spôsobila hlboké narušenie blízkych vzťahov a stratu dôvery otca a najmä sestry.

Sama R4 liečbu prezentuje ako dobrovoľnú, aj keď ju chcela spočiatku už dva krát opustiť. V súčasnosti je presvedčená, že tentokrát ju zvládne, vylieči sa a bude sa správať „rozumne“.

Veľkou motiváciou je pre respondentku R4 získanie chráneného bývania a taktiež náprava vzťahov s najbližšími. V živote podľa nej najviac záleží na láske a zdraví.

Hlavné tézy príbehu analyzovanej respondentky R4 v bodoch:

- vplyv ďalších psychiatrických a somatických ochorení,
- obviňovanie rodiny zo smrti a straty matky,
- potreba zmieriť sa s najbližšími,
- sloboda plynúca zo zodpovednosti za seba,
- cieľom je získať ozajstný, vlastný domov.

Respondentka R5

Respondentka R5 má 41 rokov a je stredoškolsky vzdelaná. Pochádza z úplnej rodiny a syndróm závislosti v rodine neguje.

V prvom zamestnaní nebola R5 spokojná a popisuje ho ako málo kreatívne. V súčasnosti je dlhodobo nezamestnaná.

K rozvoju závislosti na alkohole došlo ešte pred uzatvorením prvého manželstva, ktoré sa po narodení dcéry skončilo rozvodom. Respondentka R5 sa v tom čase cítila osamelá pričom popisuje, ako sa už vtedy „*tešila, že se napije*“, a to hneď, keď končí s kojením.

Druhý partnerský zväzok so „starou“ láskou, účastníčka výskumu R5 popisuje ako na „*houpačke*“ s mnohými problémami. Zo strany partnera sa opakovane potykala so žiarlivostnými scénami a fyzickým napadaním. Svoju „*sebelítosť utápela*“ neskôr v alkohole. Výsledkom riešenia partnerských nezhôd a problémov, bolo narodenie syna. Respondentka R5 uvádza, že k abúzu alkoholu dochádzalo už aj počas kojenia.

Momentálne je respondentka R5 v svojej druhej liečbe. Z prvej, bola predčasne prepustená pre disciplinárne porušenie. Porušila podmienku a na oddelení nadviazala vzťah s iným pacientom, pričom užila taktiež iné návykové lieky.

Samu seba respondentka R5 odsudzuje, hnevá sa na seba a je odhodlaná liečbu dokončiť. V budúcnosti by sa chcela starať o svoje maloleté deti, ktoré sú momentálne zverené do starostlivosti biologických otcov. Tiež túži cestovať a spoznávať svet, nájsť si kreatívnu prácu, ktorá by ju naplňala spokojnosťou. Váži si, že ju rodina neustále podporuje.

Hlavné tézy príbehu analyzovanej respondentky R5 v bodoch:

- nenaplnené partnerské vzťahy, romantické predstavy o vzťahoch,
- zažívanie domáceho násilie,
- pocity sebaľútosťi a nedodržiavanie hraníc,
- zmyslupnosť je v kreatívnej práci a tvorbe,
- navrátenie detí späť do opatery,
- vytvorenie domova.

Respondent R6

Slobodný, bezdetný R6, je 32-ročný muž so stredoškolským vzdelaním. Sám seba charakterizuje ako slobodne zmýšľajúceho a zvedavého človeka, pre ktorého vzťahy s druhými nie sú na prvom mieste. V minulosti a ani teraz R6 neinklinuje k žiadnemu športu. Napriek tomu, že nezapadal do kolektívu, túžil byť obľúbeným. Odjakživa je fascinovaný všetkou „*technikou*“ a „*motormi*“ a táto záľuba formuje jeho život od útleho detstva, pričom predikuje životné smerovanie a pracovnú kariéru.

R6 pochádza z úplnej rodiny ako 4 dieťa z 5 súrodencov. V širšej rodinnej anamnéze uvádza respondent R6 výskyt bipolárnej poruchy a závislosť na drogách.

Pre účastníka výskumu R6 je to druhá liečba, kedy sa opakovane lieči zo závislosti primárne na pervitíne a alkohole. Má skúsenosť aj s marihuanou a gamblingom. Podľa jeho vyjadrení mala závislosť u neho trvať dočasne, konkrétne 10 rokov, pretože po 30-ke sa z neho mal stať „*rozumnej človek*“, ktorý dokáže ukončiť svoje experimentovanie. V súčasnosti žije opäť s rodičmi na vidieku, „*bez civilizace*“ a snaží sa o návrat ku vysnívanej práci v zahraničí (na ropnej plošine v oceáne) alebo v nadnárodnej korporáčnej spoločnosti.

R6 si najviac váži slobodu a vzdelanie, ktoré mu nikto nikdy nemôže vziať. Usiluje taktiež o zmierenie so samým sebou a nájdenie domova, ďaleko od ľudí.

Hlavné tézy príbehu analyzovaného respondenta R6 v bodoch:

- zažívanie pocitov slobody a zvedavosti,
- kde sú moje hranice? Vedomé testovanie vlastných hraníc,
- vzťahy nie sú prioritou,
- fascinácia technickými vymoženosťami modernej doby,
- iluzórne pocity kontroly nad životom,
- vzdelanie je najvyššou hodnotou.

Respondent R7

Najmladší z respondentov R7, je 26-ročný, slobodný muž. Má dokončené stredoškolské vzdelanie na súkromnej škole, ktoré mu vybrali jeho rodičia. Taktiež sa pokúsil začať študovať vysokú školu ale zatiaľ bezúspešne.

R7 uvádza, že dlhodobo sa potýka so všeobecným nepochopením, prílišnou precitlivosťou, úzkosťami a depresívnymi stavmi, výsledkom čoho mu život pripadá bezo zmyslu. Východisko z, pre neho ťaživej situácie, nachádza v užívaní návykových látok a v závislých vzťahoch so ženami.

R7 pochádza z rozvedenej rodiny a od 5 rokov až doposiaľ žije s matkou, ktorá má určité predstavy o jeho životnom smerovaní. Stýka sa aj s otcom, ktorý s nimi však nežije v spoločnej domácnosti.

Respondent R7 popisuje, že prvú nedobrovoľnú liečbu absolvoval v 24 rokoch. Momentálne sa jedná o štvrtú, súdom nariadenú liečbu. Vymenováva, že má bohaté skúsenosti s rôznymi návykovými látkami, najmä s pervitínom, marihuanou a extázou. Taktiež s drobnými krádežami, výtržníctvom a obmedzovaním domácej slobody a s agresivitou.

R7 bol hospitalizovaný v stave agresie a toxickéj psychózy, ktorá u neho pretrvávala nezvyčajne dlho. Okrem toho má diagnostikovanú poruchu pozornosti.

Sám R7 priznáva, že jeho spolupráca v zariadení je formálna a naďalej bude návykové látky užívať. Ako ďalej uvádza, vždy mal problém nachádzať zmysel života, skôr plní prania svojich najbližších. Napriek tomu R7 oceňuje, že dnes, v čase abstinencie netrpí paranoidnými bludmi a halucináciami. Najviac túži po pochopení a snáď po cestovaní, ale nie je istý.

Hlavné tézy príbehu analyzovaného respondenta R7 v bodoch:

- druhí ma nechápu v mojej existencii,
- zmysel života je ťažké objaviť, možno ani žiadny neexistuje,
- depresívne a úzkostné ladenie a prežívanie,
- odmietanie opätovne zažívať psychózu a zároveň odmietanie neužívať,
- závislosť na vzťahoch, ktoré je ťažké udržať,

- zmysluplné je pravdepodobne cestovanie.

Respondent R8

Ďalší účastník výskumu je R8, 34 ročný absolvent stredného odborného učilišťa. Pochádza z úplnej rodiny. Dnes sú jeho rodičia už rozvedení, no všetci spolu, aj s dvoma súrodencami, vychádzajú dobre. Respondent R8 sám seba označuje za „černou ovci“, nakoľko nikto z rodiny nemá kriminálnu a závislú minulosť.

Respondent R8 spomína, že okrem toho, že v 15 mal pocit, že je dospelý, nič zásadné sa v jeho minulosti nedialo a nič mu neutkvelo v pamäti. Zlom u neho nastal v dospievaní, keď chcel patriť do inej partie, čo sa mu nakoniec aj podarilo. 18. narodeniny, prvé zamestnanie a prvá výplata, znamenali pre R8 ozajstnú slobodu a úplné osamostatnenie, hlavne od rodiny.

R8 je závislý na alkohole, pervitíne a marihuane. Uvádza, že ako 30-ročný sa nevyhol väzeniu na pol roka, pretože nedodržel podmienku a šoféroval motocykel pod vplyvom návykovej látky.

Svoju liečbu na oddelení vníma ako dobrovoľnú. Jeho cieľom je naučiť sa zvládať svoju agresívnu povahu, znášať kritiku od druhých, pochopiť názor druhých a pracovať najmä s „*téma myšlenkama*“.

Jeho práním do budúcnosti je, byť viac spokojný a zažívať viac pochopenia v práci, vo vzťahoch a v rodine. R8 je presvedčený, že s podporou najbližšieho okolia dokáže neužívať a dostať sa z choroby závislosti.

Hlavné tézy príbehu analyzovaného respondenta R8 v bodoch:

- pocit, že druhí ma často nechápu,
- v rodine sa cíti byť outsiderom,
- uvedomovanie si vlastnej agresívnej povahy,
- byť v kontakte s druhými je náročné,
- túžba po slobode a samostatnosti ale bez hraníc,
- partia je dôležitá súčasť života,

- vedomé porušovanie a nedodržiavanie pravidiel.

Respondent R9

Stredoškolsky vzdelaný, 33-ročný respondent R9, je slobodný a bezdetný. Podľa jeho slov, je toho veľa na čom je závislý. Konštatuje, že na rozvoji jeho závislosti mala vplyv absencia matky, ktorá následkom autonehody bola dlhodobo hospitalizovaná v nemocnici a nefigurovala v jeho živote. Ako malého, 11-ročného chlapca, ho jeho najbližší nechceli brávať do nemocnice, takže matku nevidel rok, čím veľmi trpel.

Rodinná anamnéza R9, svedčí o závislej problematike, kedy menuje, kto všetko a s čím má v rodine problém. Staršia sestra respondenta R9, zvláda svoju závislosť od drog samoliečbou, taktiež sesternica je závislá na návykových látkach a umiera, bratranec sa už predávkoval a „*deda se upil k smrti*“, smutne konštatuje.

V súčasnosti je respondent R9 v opakovanej, tretej liečbe. Dvakrát sa pokúšal liečiť v komunite. Okrem toho, že je závislý na alkohole, pervitíne, marihuane, gamblingu a liekoch, uvádza ďalšie diagnózy a to bipolárnu poruchu a schizofréniu.

Aj keď bol R9 hospitalizovaný kvôli toxickej psychóze a agresivite, liečbu vníma ako dobrovoľnú, pretože prišiel o priateľku, prácu a peniaze.

K liečbe je R9 motivovaný, hlavne kvôli rodičom, ktorých by už nechcel ďalej sklamať. Taktiež by chcel pre nich niečo vykonať a pokračovať v odkaze otca. Nevie si predstaviť, že všetko raz zanikne a preto by chcel niečo podniknúť, aby otcovo úsilie a jeho práca nevyšla nazmar. K tomu, ale potrebuje lásku od partnerky, rodiny, psa a tiež zdravie ako uzatvára.

Hlavné tézy príbehu analyzovaného respondenta R9 v bodoch:

- vedomý útek od strachu a neistoty, ktoré sú všade prítomné,
- zažívanie pocitov osamelosti, poznávanie, že život je ťažký,
- traumatické udalosti zažívané v mladšom veku,
- znehodnotené prežívanie vlastného úspechu v škole,
- významnou témou je strata v živote a jej prežívanie,

- priznávané agresívne správanie.

Respondent R10

Vysokoškolsky vzdelaný, 54-ročný, rozvedený respondent R10. Pochádza z úplnej rodiny. Do jeho 4 rokov ho vychovával biologický otec, na ktorého nemá žiadne spomienky. Až do dospelosti vyrastal R10 spolu s mladšou sestrou v presvedčení, že otčim je ich vlastným otcom. Podľa jeho slov mu matka tajila pravdu. K poznaniu s biologickým otcom nikdy nedošlo, nakoľko ten, tesne pred stretnutím s R10 zomrel.

Ako ranu osudu uvádza respondent R10 smrť otca manželky, s ktorým si veľmi dobre rozumel a vnímal ho ako dobrého kamaráta. Ako ďalšiu príčinu svojej závislosti vidí R10 v nezvládaní krízových situácií pri kontakte s druhými a svoju impulzivnosť. Výsledkom je, že sa cíti slabo, chorľavo a potom nezvláda svoju prácu. R10 vníma, že ho okolie využíva, cíti sa byť nechopený, čo prežíva ako sklamanie a sebaľútosť.

V čase nášho výskumu sa u R10 jedná v poradí už o štvrtú liečbu závislosti na alkohole. Respondent R10, svoje prvé liečenie absolvoval po nátlaku rodičov a manželky. V súčasnosti proklamuje dobrovoľnosť liečby, pretože sa obáva zadržania vodičského preukazu. Hospitalizovaný bol po epileptickom záchvate a delíriu.

Zo všetkého si respondent R10 najviac praje, aby sa veci vrátili do starých koľají a znovu mal rodinu a dobrú prácu, nakoľko dnes je rozvedený, nezamestnaný a evidovaný na úrade práce. Opäť by chcel organizovať pre deti a budúce vnúčatá výlety. Túži taktiež po stratenej úcte a vážnosti roli otca, najmä od synov a exmanželky. Za najdôležitejšie považuje R10 fyzické zdravie a dôveru, ktorú v živote dlhodobo nezažíva.

Hlavné tézy príbehu analyzovaného respondenta R10 v bodoch:

- prežívanie straty a téma smrti,
- zatajenie pravdy o vlastnom pôvode, o biologickom otcovi, ľútosť z jeho nepoznania,
- vyžadovanie úcty a vážnosti od najbližších,
- časté zažívanie pocitu bezmocnosti a sebaľútoti,
- vlastné ospravedlňovanie správania a obviňovanie okolia,

- významné postavenie v práci pred rozvojom závislosti a ľútosť nad vlastným osudom,
- syndróm prázdneho hniezda a čakanie na vnúčatá.

Respondent R11

Slobodný a bezdetný, 45-ročný respondent R11, s odborným učňovským vzdelaním. Pochádza z úplnej rodiny, má ešte dve staršie sestry.

R11 popisuje, že od malička ho „deda“ ponúkal, dával mu ochutnávať alkohol. Z rodinnej anamnézy postupne vyplýva, že na závislosť trpel otec respondenta R11 z otcovej strany, jeho otec, strýc a otcova sestra. Nikto svoju závislosť nepriznával a nikto z nich sa ani nikdy neliečil. Otec respondenta R11 už nežije.

Svoju výchovu R11 opisuje ako mimoriadne tvrdú, najmä z otcovej strany, bez možnosti diskutovať alebo vyjadrovať vlastný názor, až pokiaľ sám respondent R11 nedosiahne plnoletosť. Ako chlapec sa preto doma necítil dobre. V podobnom duchu sa R11 vyjadruje ku školskému prostrediu, kde si domnieva, že bol šikanovaný, najmä zo strany učiteľov. Taktiež je presvedčený, že kvôli nediagnostikovanej dyslexii a dysgrafii, nemohol pokračovať v štúdiu na vysokej škole. Zároveň touto skutočnosťou trpí, pretože ostatní súrodenci majú lepšie vzdelanie v porovnaní s ním.

Respondent R11 uvádza, že dva krát mu išlo o život a to kvôli povodniam. Často tiež otvorene rozvíjal myšlienky o sebe vražednom úmysle.

Účastník výskumu R11 je závislý na alkohole. Samého seba vníma skôr ako workoholika. Lieči sa po prvý krát a to po neúspešnom suicidálnom pokuse, kedy si po porezaní zápästí na obidvoch končatinách, privolal pomoc. Liečba je podľa neho problematická a to najmä kvôli personálu a spolupacientom. Okrem toho mu v liečebni chýba súkromie, tiež mu vadia ostatní pacienti, pretože že sú nedôslední čo sa týka udržiavania čistoty. Respondent R11 tiež uvádza, že má problém rozvíjať komunikáciu s „*autoritami*“, ktoré osobne sám nepovažuje za hodné a vážené osobnosti či authority.

R11 sa opakovane vyjadruje, že nevidí zmysel života a odmieta mať a vychovávať svoje alebo cudzie deti, aj keď túži po vzťahu a domove.

Navzdory ostatným, je respondent R11 rozhodnutý liečbu dokončiť a pomocou opozičného chovania vytrvať v procese liečenia a abstinencii.

Hlavné tézy príbehu analyzovaného respondenta R11 v bodoch:

- deklarovanie suicidálnych sklonov,
- život vnímaný bez pocitu domova a zakotvenia,
- odmieta mať vzťah a deti,
- obviňovanie okolia zo zlyhaní a nevhodných podmienok,
- subjektívne pocity zneužívania okolím,
- prežívanie nedôvery vyúsťuje do uvedomovanej obrany prostredníctvom opozičného správania v skupine.

Respondent R12

Posledný, 44-ročný respondent R12, je ženatý a stredoškolsky vzdelaný. Pochádza z úplnej rodiny, pričom je najstarším z troch súrodencov.

Alkoholovú závislosť v rodinnej anamnéze uvádza zo strany bratov matky. Osobne je účastník výskumu R12 taktiež presvedčený, že abúзом alkoholu trpia aj rodičia a súrodenci, ktorí však svoju závislosť dokážu udržať v rozumných medziach, na rozdiel od neho.

V ústavnej liečbe je R12 po prvý krát, keď sa predtým pokúšal zbaviť závislosti ambulantne. Lieči sa na kombinovanú závislosť, primárne od alkoholu a kokaínu. K rozvoju závislosti a recidíve dochádza u respondenta R12 po krízových situáciách, v súvislosti s nahromadenými a neriešenými problémami, konfliktami v rodine a nespokojnosťou so sebou samým. Do liečby nastúpil R12 po nátlaku a potom po vzájomnej dohode s rodinou. Ťažko prežíva, že si v stavoch svojej intoxikácie, na mnohé veci nepamätá a potom sa potýka s negatívnou spätnou väzbou v súvislosti s jeho agresívnym správaním. Taktiež má strach, že by mohol ublížiť deťom a manželke.

Respondent R12 uvádza, že je motivovaný liečiť sa, aby nestratil rodinu a kontakt so synmi.

Zmysel vidí v samotnej existencii a v odkaze, ktorý by po sebe chcel zanechať prostredníctvom detí. Taktiež si váži podpory zo strany celej rodiny, ktorá mu vytvára podmienky, aby sa mohol zotaviť z chorobnej závislosti.

Hlavné tézy príbehu analyzovaného respondenta R12 v bodoch:

- vnímanie nezvládania krízových situácií,
- doterajší spôsob riešenia konfliktných situácií – útek od konfliktov,
- zažívanie pocity neslobody, pri narastajúcich povinnostiach,
- prežívanie pocitov neslobody a nespokojnosti so samým sebou, „musím byť taký, aký má chcu mať druhí!“,
- následné uvedomovanie si nepríjemných pocitov z výpadkov pamäte a agresivity v stave intoxikácie,
- strach zo straty samého seba, manželky a detí,
- má zmysel sa liečiť a uvedomovaná vd'ačnosť.

7.1.2 Analýza dát podľa jednotlivých období/etáp

Táto podkapitola obsahuje výsledky z jednotlivých období analyzovaných rozhovorov, ktoré sú zhrnuté do kľúčových tém a doložené vybranými príkladmi výpovedí respondentov. Pre ľahšiu orientáciu sme opäť vytvorili rovnakú a prehľadnú štruktúru.

Etapa I. – Obdobie pred rozvojom ochorenia závislosti

V období pred rozvojom ochorenia závislosti sú respondenti zdraví a nemajú dôvod liečiť sa zo závislosti. Chceli sme zistiť, čím v tej dobe účastníci výskumu žili a či sa u nich objavujú nejaké existenciálne témy, poprípade akým hodnotám dávajú prednosť.

HLAVNÉ TÉMY Z ANALÝZ V PRÍSLUŠNOM OBDOBÍ/ETAPE

V období relatívneho zdravia, čiže ešte pred rozvojom závislého správania, sa u zapojených respondentov v analýze objavujú témy vzťahov, ich kreatívna činnosť

a hobby, usilovanie o pozitívnu pozornosť, ich vnímanie negatívnej spätnej väzby, prežívaný diskomfortu, v podobe problémov a nepríjemnosti.

Vzťahy

V tom čase, pre väčšinu respondentov sú dôležité vzťahy a to najmä s rodinou a najbližšími. Významným je taktiež partnerský život, aj keď často je nenaplnený a búrlivý, ďalej sociálne okolie kamarátov a rovesníci v partii. a starostlivosť o najbližších. Vzťahová skúsenosť z detstva, dospievania alebo skorej mladosti, či už v pozitívnom alebo negatívnom zmysle, následne viac alebo menej spolu s inými faktormi, formovala a ovplyvňovala ich životné smerovanie. Väčšina respondentov popisuje, že pochádza z úplnej, no často z nefunkčnej rodiny, kde boli svedkami alebo obeťami hrubého domáceho násillia s častým abúdom svojich najbližších, či rodinných príslušníkov zo širšieho okolia. V rozhovoroch je badať racionalizovanie a ambivalentnosť prežívania. Časť respondentov sa domnieva, že pochádzajú z funkčných rodín, no nemali pocit, že do vlastnej rodiny zapadali. V období dospievania, bolo pre nich dôležité, preto zapadnúť aspoň do partie rovesníkov. Analýza tiež ukázala, že účastníci výskumu väčšinu svojho času venovali a organizovali v súvislosti so starostlivosťou a zabezpečením pohodlia rodinných príslušníkov, poprípade kamarátov.

Príklady z výpovedí respondentov:

- **R4:** „Rodina...hrála jsem s otcem šachy a taky karty, otec byl pro mě důležitý...a taky babička...mamka měla hodně práce...tak sem čas trávil s babičkou...učila mě tešit se z maličkostí...“
- **R10:** „Důležitá pro mně byla rodina, protože já sem neustále organizoval nějaký výlety, pro rodinu a kamarádi a taky jejich deti, jo...“

Kreatívna činnosť a hobby

Z analyzovaných rozhovorov vyplýva, že respondenti svoj čas radi trávili s rodinnými príslušníkmi alebo rovesníkmi pri obľúbených aktivitách a činnostiach. V tom čase preferovali záujmy, pri ktorých mohli uplatňovať svoju predstavivosť, nápady a kreativitu. Taktiež vyhľadávali nezvyčajné a vzrušujúce zážitky. Samých seba skôr

charakterizujú ako zvedavých a nespútaných jedincov, ktorí túžia vyskúšať rôzne, núkajúce sa príležitosti. Iní, sa popisujú ako individualisti, ktorí skôr inklinujú k literatúre, alebo sa radi starali o zvieratá. Častým záujmom bolo venovanie sa nejakému individuálnemu športu, kde mohla vyniknúť prirodzená súťaživosť a bojovnosť respondentov. Iní účastníci výskumu preferovali kolektívne aktivity a spoločnosť vrstovníkov alebo najbližších, o ktorých záujem týmto spôsobom usilovali, boli pre nich prioritou.

Priklady z výpovedí respondentov:

- **R6:** „Mezi 8 a 9 třídou sem se naučil sám programovat, přitom na střední škole sme to delali až ve třetáku...já jsem neměl rád sport...nééé...ale jakákoliv technika jenom...“
- **R3:** „Sport, národní házená a chodila sem do Svazazmu a střílela sem ze vzduchovky, to mne bavilo, ten adrenalin, tá bojovnost a ten úspěch.....to bylo hezký období, to se mi dařilo...“

Usilovanie o pozitívnu pozornosť

Analýza dát ukázala, že pre mnohých respondentov bola dôležitá pozornosť a usilovanie o to, aby boli okolím videní. Obdiv zo strany druhých a nájdenie spôsobu ako ich zaujať, je pre účastníkov výskumu cenný zdroj seba potvrdenia o vlastnej hodnote, do ktorého vkladajú značnú energiu. Zážitky úspechu, ale aj posmechu sa pretavili do pozitívneho alebo negatívneho prežívania. Nadobudnuté skúseností sa odzrkadľovali v ich ďalšom živote. Nedostatočné potreby blízkosti a bezpodmienečného prijatia, či už z detstva, dospievania alebo skorej dospelosti, neskôr respondenti preniesli na najbližších kolegov a životných partnerov. Nadmerné zaujatie druhými, vyústilo do aktivít, ktoré boli spojené s pozitívnou odmenou alebo obdivom. Pokiaľ došlo k redukcii alebo strate sociálnej pozornosti, chovanie a nadšenie zo strany respondentov opadlo alebo zaniklo, stratilo na význame.

Priklady z výpovedí respondentov:

- **R1:** „...mne velice bavilo to, že sem bavila ty lidi, že jsou šťastní, na konci zatleskali ...měla radost z toho, že mi řekli, že tohle ještě neslyšeli, tak hezký výklad...“

- **R5:** „...to mně vždy nabíjelo...že pak přijdou a řeknou, jéj tys to dokázala, seš fakt dobrá....pak sem se cítila dobře.“

Vnímanie negatívnej spätnej väzby

Naopak o negatívnu skúsenosť respondenti neusilovali, dostávali ju bez vyžiadania ako spätnú väzbu v súvislosti so svojimi rozvíjajúcimi sa kompetenciami a potrebami. Popríklad boli porovnávaní so súrodencami alebo rovesníkmi, čo im uberalo na sebadôvere a sebedomí. Takéto zážitky je možné vnímať ako zraňujúce alebo ponížujúce a u respondentov mohli vyvolávať napätie, neistotu a zmätenosť.

Príklad z výpovede respondenta:

- **R9:** „...vlastne do 5. třídy sem měl samí jedničky a dávali mně za vzor, což se na druhým stupni nenosí, že...ostatní si mně dobírali....no...ségra si mně půjčovala do třídy....smáli se...připadal sem si jako cvičená vopice no...“

Prežívaný diskomfort

V čase pred rozvojom ochorenia závislosti okrem príjemných okamihov, respondenti pochopiteľne prežívali aj krízové či stresové udalosti a pokúšali sa riešiť rôzne problematické situácie, ktoré prinášal život. Negatívne a zaťažujúce emócie, s ktorými sa nedokázali vyrovnávať, sa odzrkadlili na ich mentálnom a telesnom zdraví. Výsledkom boli somatické ochorenia alebo rozvíjajúce sa psychické problémy. Respondenti často volili rôzne fantázie, ktoré napomáhali úteku z reality, pretože nenachádzali zmysel. Niektorí účastníci výskumu uvažovali o smrti ako o riešení z depresie a úzkosti. Výnimkou nebolo ani domáce násilie, ktoré nenapomáhalo k uspokojivému životu a spôsobovalo stres a diskomfort.

Príklady z výpovedí respondentov:

- **R12:** „Svadba, že jo, to bylo pro mně významný, musel sem se včleňovat do novy rodiny....proste kam se pocitově nedokážu včlenit ani do dneška, no proste tchán, tchýně, švagrové...nejsou jakoby moje krvní skupina....takže, jakoby můj problém je

v tom, že ja se vlastně vyhýbam konfliktům, jo...protože ja je nemám rád, nerád je řeším....“

- **R7:** *„...já sem vždycky měl pocit, že mně moja matka nechápe, že sem byl přehnaně citlivý...já sem měl vždycky problém s tím, najít smysl života, měl sem z toho právě deprese a úzkosti a život mi připadal nesmyslný...“*

Etapa II. – Čas bezprostředně před léčbou – „hraničná udalost“

Pre obdobie tesne pred liečbou je charakteristický zlomový okamih, alebo udalosť, kedy niektorí z respondentov zisťujú, že závislosť je plne rozvinutá a svoje problémy už nezvládajú riešiť vlastnými silami a potrebujú odbornú pomoc. Aj keď niektorí účastníci výskumu v čase rozhovoru deklarujú dobrovoľnosť liečby, faktom zostáva, že liečba je u nich nariadená. U respondentov sme zisťovali, či sa v čase ich „hraničnej udalosti“ objavili hodnoty a existenciálne námety.

HLAVNÉ TÉMY Z ANALÝZ V PRÍSLUŠNOM OBDOBÍ/ETAPE

Analýzou sa ukazuje, že pre túto etapu sú pre oslovených respondentov charakteristické témy, ktoré majú súvislosť s ich nezvládnutými situačnými krízami, uvedomovaním si negatívnych následkov vlastnej závislosti, ako aj bod zlomu, v ktorom je obsiahnutý zárodok potencionálnej zmeny.

Nezvládnuté situačné krízy

Analýzou sme zistili, že medzi najčastejšie príčiny nekontrolovaného užívania sú depresívne a úzkostné stavy a prežívanie osamelosti v dôsledku rozvodu a rozpadu rodiny respondentov. Inou príčinou bol syndróm prázdneho hniezda a s tým spojené pocity opustenosti a neužitočnosti, kedy si ich dospelé deti založili vlastné rodiny. Účastníci výskumu si pripadali nepotrební, nehodnotní a stratili zmysel života. Ďalší respondenti vidia príčinu svojej rozvinutej závislosti v smrti blízkeho, v onkologickom alebo inom

somatickom ochorení, v klimaktériu, v komplikovaných rodinných vzťahoch, v pocitoch sebaľútosťi, v nepochopení zo strany najbližších, vo vyhýbaní sa konfliktom a v osobnej nespokojnosti. Dvaja respondenti v tom čase nevideli žiadny zmysel života, iní uvádzajú, že nezvládajú život ako celok. Taktiež sa objavuje, „*nevedenie o žiadnej poslednej kvapke či pádu na dno*“. Tieto výpovede sú späté s respondentami, ktorí porušujú a nedodržiavajú pravidlá a sú v liečbe nedobrovoľne, hlavne s cieľom vyhnúť sa trestu vo väzení, poprípade odňatiu vodičského preukazu.

Príklad z výpovede respondenta:

- **R10:** „...potom když deti dospěli...byli samostatní a pořídili si své přítelkyně, žijou spolu...tak mně to najednou...jako by sem sám nevěděl do čeho mám píchnout, tak sem jezdil sám na tom kole, ale mne to nedávalo to co mi to dávalo s těma dětma, najednou sem nevěděl koho su...“.

Uvedomovanie si negatívnych následkov vlastnej závislosti

Závislé chovanie si u respondentov vyberá svoju daň, najmä zdravotnú a vzťahovú. Analýza ukázala neprimerané a život ohrozujúce správanie respondentov voči najbližšiemu okoliu. Časté je agresívne vystupovanie v prítomnosti blízkych, najčastejšie detí, alebo ich fyzické či psychické napádanie v akútnej intoxikácii. Iným príkladom je vysadenie farmaceutík, ktoré v kombinácii s abúzm návykových látok spôsobuje u respondentov toxickú psychózu. Následne účastníci výskumu ohrozovali seba alebo svoje okolie, takže hospitalizácia bola nutná. Taktiež sem patrí vykonanie trestného činu krádeže. U respondentov sa objavuje tiež jazda pod vplyvom návykovej látky, výtržníctvo, porušenie podmienky či iné priestupky, poprípade uväznenie. Iným respondentom hrozí uväznenie, preto radšej podstupujú liečbu formálne aj keď s užívaním nechcú v skutočnosti prestať, čím sa ani netaja.

Príklady z výpovedí respondentov:

- **R12:** „...vezl sem naše tři deti a byl sem pod vlyvem když mi vzali řidičák...styděl sem se a nechtěl sem, aby o tom někdo vědel“.

- **R7:** „Kúli sobě a abych splnil to ochranný léčení a aby mně propustili...(smeje sa)...ne i kúli sobě, že bych potom měl schizofrenii...nebo taky toxickou psychózu, kterou sem měl a byla dlohodobějšího rázu, že sem ani nic nepotřeboval užít a měl sem ji...proste sem měl hlasy a bludy...“.

Bod zlomu

Zlom u respondentov nastáva v dôsledku rôznych okolností. Analýza ukázala najmä nátlak rodiny, ktorá núti respondentov liečiť sa. Z rozhovorov ďalej vyplýva, že najviac motivujúcim faktorom pre účastníkov výskumu je hrozba straty zázemia a definitívny rozpad rodiny. Nezanedbateľným dôvodom je aj veľká psychická vyčerpanosť a únava respondentov zo závislého života. Motivujúco pôsobí predstava kvalitnejšieho života a lepšej budúcnosti.

Príklad z výpovede respondentky:

R1: „...dcéra zavolala rychlou a pak mi do telefonu řekla, že už nejsem její máma, že mně už nebere jako mámu...“

Etapa III. – Obdobie liečby v psychiatrickom zariadení

Obdobie ústavnej režimovej liečby zachytáva skúsenosť respondentov bez návykovej látky. Zistujeme čo hodnotné a cenné je spojené s časom abstinencie v spojení s pobytom v liečebnom zariadení.

HLAVNÉ TÉMY Z ANALÝZ V PRÍSLUŠNOM OBDOBÍ/ETAPE

Analýzou sme zistili, že u oslovených respondentov najviac rezonuje téma, ktorá súvisí so zotrúvaním v minulosti, s postupne sa rodiacim uvedomením, s túžbou po samostatnosti respondentov a získavaní nových kompetencií.

Zotrvanie v minulosti

Analýza ukázala, že oslovení respondenti, ktorí sa dostali do liečby dobrovoľne, väčšinou nie sú s liečbou spokojní, alebo sa ich liečba z rôznych príčin významne nedotýka. Je to najmä z toho dôvodu, že liečiť sa momentálne neplánujú. Ich fiktívna „spolupráca“ je formálna. U týchto účastníkov chýba náhľad a ochota porozumieť vlastnej problematike. U respondentov sa objavuje racionalizácia dôvodov užívania, opakovane poukazujú na príčiny svojej závislosti, pretrvávajú u nich obviňovanie okolia z ich negatívneho prežívania (*druhí mi ubližujú*), čo sa následne prejavuje, tým, že sa sami vyčleňujú z kolektívu, neprejavujú ochotu prispôbiť sa alebo nespolupracujú či narúšajú priebeh skupinovej terapie. Deklarujú svoju nespokojnosť so správaním spolupacientov alebo tiež zdravotným personálom, najmä terapeutmi. Hľadajú chyby na druhých, pripadajú si prehliadaní terapeutmi a z toho vyplýva ich opozičný postoj k liečbe ako tiež osamelosť či uzavretosť.

Príklad z výpovede respondenta:

- **R11:** „...já sem se prostě rozhod, že si to tady užiju až do posledního dne, protože si všichni tady myslí, že to nevydržím a já jim chci dokázat, že to tady ustojím, protože já sem od prvního dne co sem tady, já sem člověk co má terč na zádech..“.

Rodiace sa uvedomenie

Z analyzovaných rozhovorov tiež vyplýva, že respondenti si spočiatku na liečbu len veľmi ťažko zvykali a považovali ju problematickú. Postupne časom, vlastným aktívnym prístupom a angažovaním sa na skupinách a participáciou na ďalších aktivitách, dochádzalo u týchto účastníkov výskumu ku lepšiemu sebaopoznávaniu a k budovaniu základov seba hodnoty. V rozhovoroch respondenti popisujú tiež svoje obavy. Je to jednak strach zo smrti a strach zo straty kondície a z fyzického úpadku. Objavujú sa tiež pocity, ktorými vyjadrujú radosť sami zo seba. Sú pyšní, ako dokážu prekonávať svoje úzkosti a za podpory terapeutov a ostatných pacientov, vystupovať na skupinách. Obzvlášť sú hrdí na to, že dokážu zostaviť a verejne nahlas prečítať svoj životopis, čo bolo pre nich predtým nepredstaviteľné. Zmysel im dávajú tiež pracovné terapie, ktoré im prinášajú nové poznanie o sebe samých. Taktiež sú zvedaví na ďalšie pracovné aktivity, ktoré doposiaľ neabsolvovali. Citlivo vnímajú podporu zo strany blízkych a s pokorou vítajú ich návštevy, podobne ako ich telefonáty.

Příklady z výpovědí respondentů:

- **R2:** „...málo sem se dělila o pocity a teď mně udržuje to, že mám nejakej řád, seznámila sem se tady s těma milýma lidma, nebojím se jich už, dokážu s nima i otevřene mluvit a už se nebojím skoro ani terapeutů, to byl vždycky velkej strach sej im svěřit, no....“.
- **R9:** „...já sem dostal peníze od rodičů a jed'...dali mi důvěru...a ja sem si říkal, že na to nemám až sem dojct...a tady sem si uvědomil, jak bych ublížil mámě a tátovi a prostě já už je nechci vidět brečet prostě už nechci...videt brečet tátu kúli mně...“

Túžba po samostatnosti

Z analýza vyplýva, že respondenti počas liečby prekonávajú rôzne krízy, prázdnotu a zúfalstvo. V rozhovoroch zaznieva, že pomocou skupinovej terapie a času si pomaly začínajú uvedomovať svoje nenaplnené potreby a to, o čo sa v živote so závislosťou ochudobňovali. Časté sú výčitky, pocity viny, hanba pred sebou či v súvislosti s druhými. Obavy budí neistota, či budú mať niekedy dostatok síl čeliť životu a problémom v ňom. Časť z respondentov odmieta byť naďalej „otrokom“ závislosti, iní vyjadrujú pranie po „normálnim životě“, no zároveň priznávajú, že nad tým, čo to vlastne znamená, ešte nikdy do dôsledkov nepremýšľali. Mnohí z respondentov nestrácajú nádej a vyjadrujú vieru, že si dajú život do poriadku a začnú opäť a inak, pretože „dřív sem žil ze dne na den a nevěděl co bude, ale teď už mám vidinu toho co chci...“.

Příklady z výpovědí respondentů:

- **R5:** „...no chtěla bych, aby mi mozek fungoval na 100%, taky zdraví a fyzička...dá se radovat ze života i bez alkoholu, dá se smát a těšit se z nej i bez alkoholu....“
- **R1:** „...ale teď si vážim toho, že se někam posouvám, že vyrovnávám někdy už ty plusy a mínusy...taky sem se hodně otevřela...sestavila sem životopis...taky to představení na skupine ...ano“.
- **R9:** „...nechci už být otrokem drog, prostě schánět peníze na každé nové zboží....udělal sem strašný věci...“

Nové kompetencie

Z analyzovaných rozhovorov vyplýva, že liečba respondentom poskytuje oporný bod. Liečebný program, časová štruktúra celého dňa a s tým spojené nové povinnosti a príležitosti na iné a hlavne zdravšie spôsoby odreagovania sa, predstavujú novú skúsenosť. Respondenti za najviac prínosné považujú „pracofky“ a skupinové terapie. Na pracovných terapiách oceňujú získavajú nových skúseností a návykov. Na skupinách sa učia okrem iného pomenovávať svoje nenaplnené potreby a rozvíjať komunikáciu smerom k okoliu a tým prezentovať samých seba. Týmto spôsobom sa dotýkajú mnohých záľub, oprašujú staré a naberajú nové kompetencie, ktoré s rozvojom závislosti nepoužívali alebo prestali používať. Výsledkom je zmenený pohľad na seba samých. Významnou témou je u respondentov, neubližovanie druhým a sebe a naopak učeníu sa spolupráce a vychádzanie s druhými. Niektorí respondenti majú v pláne opätovne získať vodičské schopnosti a kompetencie.

Priklady z výpovedí respondentov:

- **R4:** „Včera mně nesmírne bavilo to divadlo...dostali sme jakoby určitý téma, bylo to na pracovní pohovor, vymysleli sme si scénář a vymějšleli sme si vlastní věty, improvizovali sme, zas sme tvořili a bylo to moc hezký, byla sem hrdá...moc se to povedlo...“.
- **R12:** „...no, že teďka s váma mluvím úplně v pohode, otevřeně, to mi přijde jako úspěch, né že bych to nedokázal před měsícem, ale bych to neměl tak urovnaný v hlavě jako teďka a možná, že ne tak otevřeně, no“.
- **R7:** „...jo tak pracofky, to mně baví...i spívanky...baví mně, že je to takový tvořivý...“.

Etapa IV. – Obdobie po liečbe – Výhľad do budúcnosti

Posledné obdobie je zamerané hypoteticky a výhľadovo do budúcnosti. Sústredili sme sa na hodnoty a zmysel života liečených respondentov v ich abstinencii a na to, pre čo sa im oplatí žiť bez návykových látok a abstinovať.

HLAVNÉ TÉMY Z ANALÝZ V PRÍSLUŠNOM OBDOBÍ/ETAPE

Analýza u oslovených respondentov ukázala, že v liečbe sa objavujú hypotetické plány, čo sme zhrnuli do tém zážitkov a hobby, životnej filozofie a zdravého sebestva pod názvom – ohľad na seba a služba druhým.

Zážitky a hobby

Z analýzy rozhovorov vyplýva, že respondenti by sa radi v budúcnosti zamerali na zážitkové cestovanie buď po domovine alebo naopak by chceli pobudnúť pri mori či v ďalekej cudzine. Dôležité pre nich je, aby svoje cesty a výlety podnikali spolu s deťmi, vnúčatami alebo partnermi. Pre niektorých je dôležité navštevovať turistický krúžok a byť tak v kontakte s druhými, iní túžia po produktívnej samote, „*ba'úžkařeni*“ a zažívaní pocitu spojenia s prírodou.

Cestovanie, športovanie a pobyt v prírode majú respondenti spojený najmä s vnútorným pokojom, kludom, slobodou, uvoľnením a zážitkami krásy. Ukazuje sa, že respondenti v nedobrovoľnej liečbe, skôr než pokojné a uvoľňujúce aktivity preferujú adrenalínové zážitky.

Príklady z výpovedí respondentov:

- **RI:** „*Líbí se mi poznávat ty krásy....dělá mi dobře...tekoucí voda...sedět na břehu a jen se dívat jak se to tam všechno slějva...můj sen je vidět vodopády....Plitvice v Chorvátsku...*“

- **R6:** „No autokros...to bych chtěl, je to adrenalin, no určite...no už sem to jednou jel a se mi to líbilo...no motorky...i když na to nevypadám, ale chtěl bych to jako koníčka“.
- **R8:** „...skusil bych si let balónem...něco co sem neskusil....a potápět se...let balónem a potápět se...láka mně...ten strach z toho...dalo by se říct...hm...překonávání sebe samýho...hm...“

Životná filozofia

Analýzou zistujeme, že za významné respondenti považujú to, aby si ich blízky pamätali a vážili v pozitívnom slova zmysle. Chceli by v živote fungovať ako vzor a príklad pre svoje deti a vnúčatá, napraviť minulosť, pošramotenú povesť a vynahradiť deťom stratený čas, kedy boli nefunkčným rodičom. Dôležité je pre nich zostať triezvym rodičom, starým rodičom alebo partnerom, dávať a opätovať lásku a pochopenie najbližším a ľuďom zo svojho okolia a to prácou na sebe a starostlivosťou o druhých. Cenným zdrojom sebaúcty sa javí pracovné uplatnenie.

Príklady z výpovedí respondentov:

- **R10:** „...hm...stopu...dobrou...tak aby si deti a vnoučci a také rodičové řekli...jo byl to alkoholik, ale dokázal to (plače)... že se dokázal odrazit ode dna...promiňte...“
- **R5** „...(plače)...že sem se dostala, že ten hrozněj průšvih...to klopýtnutí...a že sem dokázala potom žít ten život dobře... ja jim už nechci dávat falešnou naději...chci aby pak řekli, že naše mamka byla skvělá...nechci se pořád vmlouvat...“.

Ohľad na seba a služba druhým

Hlavnou prioritou pre respondentov počas závislosti bolo zaobstarat' si návykovú látku a mysliet' na seba v kontexte závislého chovania. Liečba spôsobuje zmenu ich orientácie zo sveta návykovej látky opäť na vlastný vnútorný život a na svet najbližších. Väčšina respondentov si postupne uvedomuje vlastné odcudzenie sa, vníma nalomené zdravie a zanedbávanie sa, zamýšľa sa nad tým, čo im v živote chýbalo a čoho majú nedostatok, čo je pre ich naplnený život podstatné. Z analýzy rozhovorov vyplýva, že ich

vymenované prania sú zatiaľ v rovine slov, snov a opatrných cieľov. Niektorí respondenti si ich skúšajú vysloviť vôbec po prvý krát práve počas rozhovoru, iní netušia a nechávajú sa viesť intuíciou, improvizujú. Ich ciele a hodnoty zatiaľ nie sú precítene a po otázke, čo z toho už stihli čiastočne naplniť a zrealizovať, prichádza u väčšiny záporná odpoveď.

Príklady z výpovedí respondentov:

- **R12:** „...byly doby, že sem chtěl bejt dobrej, chtel sem se honit za nějakou pozicí, bejt na výsluní.....ale dneska je pro mně nejdůležitější rodina, žena, děti a já...moje a naša budoucnost...“.
- **R3:** „...když se svěřuji a pán doktor mi to doporučuje...přeměšlím jak se mi ten mozek mění, když sem střízlivá, jak se mi uspořádavaj ty myšlenky, no tak pak chci bejt šťastná a splnit si ty sny...“.

7.1.3 Súhrne výsledky analyzovaných rozhovorov

Nakoľko sme podrobnú analýzu priniesli v predchádzajúcej časti, v tejto podkapitole budeme prezentovať už len výstupy a to vo vymenovaní hlavných tém, tak ako sme ich zachytili výskumom. Zhrnuté témy odhaľujú životné hodnoty účastníkov výskumu čím odpovedáme na nami položené otázky toho, čo je pre respondentov existenčne dôležité v čase abstinencie a čo ich zároveň „podrží“ v liečbe zo závislosti.

Etapu I. – Obdobie pred rozvojom ochorenia závislosti
--

Pred vznikom ochorenia závislosti sa u respondentov objavujú nasledujúce existenciálne témy a hodnoty:

- zážitkové hodnoty spojené so športovými aktivitami a záľubami,
- kreatívna tvorivá činnosť pre seba a druhých,
- vzťahová blízkosť, ktorá naplňa potrebu pozitívneho záujmu o respondentov,
- potreba „byť videný“ najbližšími,

- prežívanie neslobody, opustenosti, depresie, neistoty a úzkosti.

Etapa II. – Čas bezprostredne pred liečbou – „hraničná udalosť“

Na jednej strane návyková látka prinášala respondentom pocity „úľavy“ od problémov, no na druhej strane sa objavujú pocity existenciálnej zraniteľnosti a duševnej bolesti. Takéto prežívanie respondentov je možné vnímať ako momenty, ktoré umožňujú zmenu, pred konečným zánikom existencie. V zlomovom okamihu, ktorý viedol k nástupu do liečby sa objavili u respondentov nasledujúce existenciálne témy:

- pocit „nestačím na problémy ani na svoj život“,
- pocity neslobody plynúce zo zháňania návykovej látky,
- uvedomenie si krehkej a konečnej existencie respondentov ,
- pocity viny a zlyhania u najbližších a u seba.

Etapa III. – Obdobie liečby v psychiatrickom zariadení

Prvým krokom pri liečbe závislosti je podstúpenie úplnej detoxikácie a až následne sa respondenti presúvajú na oddelenie, kde podstupujú strednodobú liečbu. V triezvom stave sa u závislých pacientov naplno odhaľuje celý rad existenciálnych fenoménov ako je strach, obavy, smrteľnosť, slobodná voľba, rozhodnutia o sebe, návrat do života, utrpenie, pocity viny, odpustenie a iné. Existenciálne hodnoty, ktoré respondenti objavujú počas liečby, sú obsiahnuté v týchto témach:

- záblesky zodpovednosti za vlastný život,
- rigidné postoje a s nimi spojená nesloboda,
- túžba postaviť sa na vlastné nohy,
- zažívanie pocitov úspechu a naplnenej existencie,

- byť plnohodnotnou súčasťou vzťahov,
- pocit „aj na mne záleží“,
- rozvíjanie partnerských vzťahov,
- práca na sebe,
- pomáhanie druhým,
- cenné je zdravie,
- prijatie a ocenenie samého a druhých,
- láska k rodine,
- pochopenie a tolerancia,
- vytváranie domova a zázemia.

Etapa IV. – Obdobie po liečbe – Výhľad do budúcnosti

Respondenti po liečbe chcú vo svojom budúcom živote uplatňovať hodnoty, ktoré sa odzrkadľujú v nasledujúcich existenciálnych témach:

- zdravie,
- možnosť podieľať sa na výchove vnúčat,
- rodina – partner, partnerka, deti,
- kamaráti,
- prinášať druhým radosť do života,
- láska materská, partnerská, súrodenecká, rodičovská,
- zostať triezva a spokojná so sebou a šťastná,
- mať zázemie a domov,
- zmieriť sa so sestrou,

- zaujímať sa o druhých,
- prijať sa, byť sám sebou,
- pomáhať druhým,
- byť pochopený a chápať druhých,
- naučiť sa dôverovať sebe a druhým,
- byť tolerantný,
- byť tu pre rodinu.

8 DISKUSIA

V diplomovej práci sme skúmali problematiku závislostí v kontexte existenciálneho prístupu. V tejto kapitole budeme prezentovať naše zistenia vzhľadom k jednotlivým obdobiam, v ktorých sa respondenti nachádzali a porovnáme ich s vedeckými poznatkami a výskumnými zisteniami z teoretickej časti. Taktiež sa kriticky zamyslíme nad realizáciou a limitmi nášho bádania a sformulujeme možný prínos práce výhľadovo pre budúce výskumné šetrenia.

Porovnanie so zdrojmi

Účelom tejto diplomovej práce bolo zistiť, či sa existenciálna rovina odráža v žitej skúsenosti liečených, závislých respondentov, a to vo vybranom psychiatrickom zariadení. Na začiatku sme si kládli otázku, či a aký zmysel má vôbec pre závislého jedinca to, že bude abstinovať a liečiť sa. Popríklad, čo je to, čo závislého človeka udrží v liečbe napriek dennodennej konfrontácii s nepríjemnými pocitmi. Sústredili sme sa na existenciálne otázky zmyslu života a najmä na hodnoty, tak ako ich popisuje Frankl (2011) a jeho nástupcovia v existenciálnej analýze a logoterapii.

Obdobie pred rozvojom ochorenia sme do výskumu zaradili z dôvodu preskúmania toho, čím respondenti žili a aké hodnotové ciele naplňali. To nám zároveň umožnilo porovnať životné hodnoty v čase zdravia a hodnoty v čase abstinencie a liečby. Naše predstavy sú v zhode s poznatkami Baumeistera a Vohsa (2002), ktorí uvádzajú, že to čo je významné a hodnotné, zostáva zachované v priebehu času, napriek tomu, že sa existencia človeka mení a vyvíja.

Predpokladali sme, že ak sa zmysel života objavoval v tomto období, tak z nejakého dôvodu sa začal postupne vytrácať a respondenti zažívali krízu, respektíve stratili cit pre zmysluplné existovanie. To sa nám aj potvrdilo v súlade s tým, čo tvrdí Vymětal (2004) a Lukasová ((2001), že ak sa jedinec príliš zaoberá negatívnymi aspektami života, bez všimania si pozitívnych vecí, tak v kombinácii s úzkostnými, fobickými a nutkavými stavmi a naladením, to môže viesť ku hľadaniu východiska v alkohole a drogách. Uvedené zároveň

korešponduje s vnímaním Lukasovej (2006), ktorá v tejto súvislosti poukazuje na krízu porozumenia zmyslu a podľa Frankla (2021) to vedie ku totalitarizmu a konformizmu.

Analýzou sme taktiež zistili, že v tomto období sa objavujú u respondentov existenciálne témy a zmyslupnosť života v podobe zážitkových hodnôt, najmä v spojení so športovými aktivitami a záľubami podobne ako to uvádza Frankl (2011). Výnimkou nie je ani kreatívna a tvorivá činnosť pre spoločnosť a pre seba. U respondentov okrem R6, do popredia najviac vystupuje potreba vzťahovej blízkosti. Záujem účastníkov výskumu o to, aby „boli videní“ ako aj nadmerná starostlivosť o blaho najbližších (rodičov, partnerov alebo rovesníkov), ich núti potláčať svoje potreby a vlastnú autentickú prirodzenosť. Je možné pozorovať, že tak ako sa u nich nerozvíjala závislosť jednorazovým rozhodnutím, podobne ani nesloboda nevznikala zo dňa na deň. Napriek tomu, že naše zistenia nie je možné generalizovať, rozbor životnej skúsenosti väčšiny respondentov odhaľuje, že ich život bol naplnený tiež domácim násilím, čo uvádzajú všetci účastníci výskumu okrem R6, R7, R8 a R9. Traumatické udalosti či depresívne a úzkostné stavy popisujú všetci, okrem respondenta R8.

V zhode s tvrdeniami Schäfela a Langelanda (2015), tieto zážitky prispievajú k tomu, že sa z jedinca stáva nezrelá, ale vzhľadom k veku dospelá bytosť, ktorá nie je schopná adekvátnym spôsobom zvládať prekážky a frustráciu z vlastnej existencie. Nezrelý dospelý človek v kombinácii s ďalšími aspektami je potom náchylný rozvíjať závislé správanie. S rozvojom patológie sa u respondentov na prvé miesto, v rebríčku životných hodnôt dostáva droga.

Z existenciálneho pohľadu, u závislého človeka dochádza slovami Ryana a Deciho (2000), k postupnému odsudzovaniu samého seba a okolitého sveta, čo sa prejavuje v depresívnom, úzkostnom a ambivalentnom naladení a prežívaní účastníkov výskumu. Za týchto podmienok respondenti nemohli plne rozvíjať svoje úlohy a nachádzať svoje miesto v živote, podobne ako to uvádza Kosová (2014).

Depresívna symptomatika, ktorú sme zachytili v tomto období u respondentov, sa môže odraziť podľa autorov výskumnej štúdie Kleftras a Katsogianni (2012) v zneužívaní alkoholu. Zároveň zaujímavým zistením pre nás bolo, že len tvorivé a zážitkové hodnoty, ktoré sme u respondentov nachádzali, v spojení s ďalšími nepriaznivými podmienkami života, „nestačili“ na tvorbu zmyslupného životného príbehu, ako to popisuje Mrkvička (2005).

K obdobným záverom dospeli Konkoly Thege et al. (2013), ktorí výskumným šetrením zistili, že zmyslupnosť v živote významne nepredpovedá to, či aktívny fajčiar prestane s fajčením alebo nie. Svojimi závermi však potvrdili, že zmysel života súvisí s fajčením a, že jeho nízka miera predikuje vznik fajčiarskej závislosti.

Pre obdobie bezprostredne pred liečbou sa respondenti potykajú už s plne rozvinutou chorobnou závislosťou. Nahromadené problémy a duševná bolesť odvádza ich pozornosť od odpovede na otázku, či je vôbec dobré, že sú a existujú, čo sa podľa Längleho (2002) spája práve s objavovaním zmyslupného života. Realizovanie hodnôt prostredníctvom ich záujmov a aktivít a vo Franklovom (2011) „zdravom zabudnutí na seba“, nahradili výčitky, pocity viny, sebaľútosť, duševné prázdno, nezmyselnosť a patologické neuspokojivé prežívanie vlastnej existencie. V tom čase jestvuje už len jedna hodnota, respektíve pseudohodnota a to návyková látka, ktorá znehodnocuje človeka v jeho osobnom bytí a odoberá mu ľudskosť a dôstojnosť. V zhode s Copoerom (2014) je závislý jedinec už okolím vnímaný ako iracionálny, bez vzťahu k budúcnosti, zaseknutý v prítomnom okamihu tu a teraz, bez viery v budúcnosť. Na pomyselnom dne, na ktoré sa respondenti dostávajú, dominujú pocity vlastnej nedostačivosti a pocity neslobody, vyplývajúce zo zhaňania drogy a uvedomenia si krehkosti a konečnosti života.

Závislý je „opečiatkovaný“ a vnímaný okolím ako slabý, chorý, bezohľadný a nezodpovedný, čo sa zhoduje s pozorovaniami Ociskovej & Praška alebo Lorriganom a jeho spolupracovníkov (2006), v súvislosti so stigmatizáciou závislých. Paralelne s procesom stigmatizácie sa môže rozvíjať aj proces sebastigmatizácie ako to uvádzajú Ocisková a Praško (2015). Výsledkom je vyhýbavé správanie, podobne ako to konštatuje tiež Ritsher a Phelan (2004), čo smeruje k vytváraniu tajností, racionalizáciám, popieraniam problémov a v neposlednom rade aj odkladaniu vyšetrenia u lekára. U zapojených respondentov sa to prejavuje ako nezvládanie životných problémov a kríz, ako agresívne správanie v prítomnosti blízkych (otvorene to uvádza napríklad respondent R12), páchanie trestných priestupkov, prepuknutie psychózy, hrozba straty domova a zázemia. U prevažnej časti respondentov dochádza ku stavu, ktorý sa v zhode s Frankom (2008) dá označiť ako proces demoralizácie, v ktorom dominuje pocit nespokojnosti so sebou samým, čím sa mení obraz o vlastnej osobe.

V treťom období, ktoré je zamerané na liečbu skúmaných respondentov, smerujú respondenti implicitne ku uvedomovaniu vlastného zmyslu života, významu a osobnej zodpovednosti v živote, čo je v zhode s tým, čo Kosová (2014) považuje za nachádzanie „svojho miesta a svojej úlohy v živote“ a Frankl (1955) za základ ľudskej existencie. V logoterapeutickom duchu sa tiež podľa Somova (2007) liečba závislostí opiera o tri piliere – o hľadanie zmyslu života, o prevzatie zodpovednosti a o analýzu vlastnej existencie.

V čase liečby, po úplnej detoxikácii, dochádza v triezvom stave u respondentov k odhaleniu celého radu existenciálnych fenoménov. Jedná sa najmä o strach a obavy, o blízkosť smrti v prípade pokračovania užívania, o rozvíjanie slobodnej voľby, o návrate do života, o utrpení, vine a odpustení. Aj keď u niektorých respondentov (R7, R10, R11) nezaznieva otvorene vnútorná motivácia ku zmene, ale naopak pretrvávajú neslobodné a rigidné postoje, väčšina účastníkov výskumu sa usiluje o znovunastolenie rovnováhy v živote, ktorá je spojená s túžbou po samostatnosti a stáť na vlastných nohách. Unikanie z reality a opieranie sa o návykovú látku, teraz nahrádzujú nové objavované možnosti a voľby, čo podobne ako Lukasová (2006) nazýva zažívaním, toho, že sa dá so životom nakladať aj inak.

V čase liečby do popredia vystupujú u respondentov hodnoty zdravia, rodiny, pomáhanie druhým, zážitok zo zmysluplnej a tvorivej činnosti v ich „pracovkách“, objavuje sa lepšie porozumenie samému sebe. Rozvíjanie partnerských vzťahov a spolupráca, či pocit „aj na mne záleží“ sa odzrkadľuje tiež v postojovo-presahových hodnotách ako ich popisujú zástupcovia existenciálnej analýzy.

Okrem respondenta R11, vnímajú respondenti ako pozitívum najmä skupinové terapie, vzájomné interakcie medzi sebou a terapeutické intervencie podobne ako to uvádza Nordfjaern so svojimi spolupracovníkmi (2010). Tí skúmali vnímanie liečby očami pacientov v rámci jej plusov a mínusov. Na začiatku liečby sa zapojení respondenti taktiež obávali prísneho režimu, pravidiel, straty slobody a súkromia, čo korešponduje s výsledkami uvedenej štúdie a čo je vnímané ako negatívny faktor liečby.

Keď porovnávame obdobie zdravia bez návykovej látky s posledným obdobím, ktoré je zamerané na budúcnosť respondentov, tak pri ich hypotetickom uvažovaní je možné opäť pozorovať záujem o život, kde zmysel je pretavený do hodnotového prežívania respondentov. Témami, ktoré rezonujú s väčšinou účastníkov sú témy zdravia, pro-rodinné

angažovanie sa a pomáhanie druhým, túžba po získaní domova, spokojnosti a tolerancii, čo sa zrkadlí a korešponduje s tým, čo Röhr (2015) nazýva duchovným zrodením.

Skupinovou a individuálnou prácou na sebe si respondenti v liečbe zároveň, v zhode s tvrdeniami Nielsena a Scarpittiho (1997), zvyšujú sebaúctu, rozvíjajú nádej a dôveru v samého seba. To všetko podľa autorov spomínaného výskumu podporuje uzdravovanie, napomáha rozvoju motivácie k abstinencii a riešeniu základných existenčných problémov. V tejto súvislosti autori odporúčajú zachytiť v terapii aj veľmi malé zmeny v správaní človeka, pretože tie, prispievajú v konečnom dôsledku ku globálnym zmenám v chovaní a prežívaní závislých osôb.

Podobné výsledky publikovali taktiež Martin s kolegami (2011), ktorí zmysel života dávajú do súvisu s možnosťou relapsu. Ich výsledky poukazujú na to, že liečba závislosti v kontexte zmyslupnosti života, môže byť dôležitým aspektom pre úspešnú liečbu, čo potvrdzuje aj náš výskum.

Kritická reflexia a limity práce

Aj keď sme si na začiatku výskumného šetrenia stanovili ako dostatočný počet 10 respondentov, ukázalo sa, že ich nízky počet je jedným z limitujúcich faktorov. Ďalším obmedzujúcim aspektom bola tiež naša oklieštená pôsobnosť v liečebni, nakoľko sme sa museli prispôbiť časovému rozvrhu pacientov a ich režimovému program, tak aby sme nenarušovali bežný chod oddelenia. Taktiež sme sa po zrealizovaných rozhovoroch už nemali nemožnosť vrátiť do liečebne a v prípade potreby dopýtať sa na niektoré sporné alebo nepovysvetľované okolnosti súvisiace s výskumom. Keďže sa jedná o strednodobé oddelenie liečby závislosti, navyše v prípade dobrovoľných pacientov, tí môžu kedykoľvek prerušiť liečbu a odísť. Z toho hľadiska sa javí komunitné zariadenie lepším riešením pre výskum.

Za ďalší limitujúci faktor považujeme nerovnomerné zastúpenie mužských a ženských respondentov v pomere 7:5 v prospech mužského zastúpenia. Na druhej strane sme si vedomí, že takéto rovnomerné rozdelenie je pravdepodobne ideálom, pretože v liečebni sme sa stretli s prevahou závislosti viac u mužov než u žien.

Aj keď vzhľadom ku využitiu kvalitatívneho výskumu, nie je možné výsledky generalizovať na celú populáciu, predsa len rovnaké počty mužských a ženských respondentov podobne ako ich približne rovnaká dĺžka pobytu v liečebnom zariadení, by

mohla prispieť ku lepšiemu porozumeniu skúmanej problematiky zmyslu života a hodnôt u závislých respondentov.

Limitom vnímame aj to, že výpovede respondentov mohli, byť ovplyvnené samotným liečebným procesom a skreslenie sa mohlo týkať práve prebiehajúcou situačnou krízou respondentov či momentálne prebiehajúcou záťažovou situáciou v ich terapii, čo nemusí vypovedať o ich zvyčajnom nastavení.

Zdrojom neúmyselných chýb mohlo, byť tiež neporozumenie niektorým otázkam zo strany respondentov a neskúsenosť výskumníka pri práci so závislými osobami, kedy sa stávalo, že odbiehali od témy obsiahnutej v otázke. Výsledkom bolo, že niekedy odpovedali naučenými frázami toho, čo by mali robiť než aby poskytovali autentické odpovede zo seba.

Taktiež si uvedomujeme, že naša práca presahuje bežný rozsah tohoto typu. Zároveň, práca poukazuje na zložitú tému s praktickým presahom, no vzhľadom ku šírke problematiky a v snahe sa čo najviac ponoriť a spracovať uvedenú tému čo najkvalitnejšie, považujeme tento rozsah za odôvodnený.

Prínos práce

Za prínos našej práce považujeme to, že prinášame jedinečné príbehy zapojených respondentov a ich individuálnu výpoveď ku skúmanej problematike závislosti. Detailne spracované výsledky tak môžu byť zdrojom a podkladom pre ďalšie výskumné šetrenie. Náš výskum môže slúžiť na rozprúdenie diskusie o vnímaní a vnášaní existenciálnych otázok do liečby závislosti, a to najmä medzi psychoterapeutmi a adiktológmi, ktorí sa pri ústavnej režimovej liečbe môžu opierať najmä o poznatky a techniky kognitívno-behaviorálnej terapie, čo vnímame ako presahový a praktický rozmer danej diplomovej práce.

Taktiež pre výskumníka to bola zaujímavá skúsenosť, kedy sme mali možnosť jednak nahliadnuť do procesu liečby závislých pacientov, chodu oddelenia a porozprávať sa pred veľkou komunitou s personálom, pri ich obvyklej každodennej rutine. Z profesijného hľadiska a z pozície budúceho psychológa, bolo pre nás významné tiež pocítiť atmosféru na psychiatrickom oddelení a nahliadnuť, aké to je pracovať so závislými klientami.

Sme toho názoru, že dôraz na existenciálne otázky jedinca a dôležitosť zamerania sa na hodnoty a zmysel života, by mala mať svoje pevné miesto pri liečbe závislých pacientov.

Ďalší výhled a odporúčania

Do budúcnosti sa ohľadne ďalšieho výskumu ponúkajú viaceré možnosti. Jednou z nich je opätovný výskum v ústavnom zariadení s rovnomerným zastúpením pohlaví a vyšším počtom respondentov (15-20) a to na základe rovnakých duálnych diagnóz a rovnakých vybraných závislostí u respondentov, ktorými by bolo možné poukázať na prípadné rozdiely sebou a mužskými a ženskými skupinami účastníkov výskumu.

Taktiež by bolo zmysluplné zamerať sa na respondentov v komunitnom liečení a poprípade porovnávať zmysel života a hodnotové zameranie medzi nimi, alebo porovnať závislých pacientov z rôznych psychiatrických liečební.

Zaujímavým sa nám javí taktiež preskúmanie postojov ku zmyslu života a k existenciálnym otázkam u zdravotníckeho personálu, psychoterapeutov (v liečebni a v komunitnom zariadení) a rodinných príslušníkov a prepojiť to s ich pohľadom na závislosti po prežitých skúsenostiach s liečbou respondentov.

9 ZÁVER

V tejto kapitole prinesieme závery zistení predkladanej práce a odpovieme na hlavnú výskumnú otázku, ktorá znela nasledovne:

HVO: Zohráva zmysel života nejakú rolu pri liečbe závislosti?

Na základe analyzovaných výpovedí z rozhovorov skúmanej vzorky, môžeme **konštatovať, že zmysel života, sa u všetkých 12 respondentov objavuje v analyzovaných rozhovoroch a zohráva určitú rolu pri ich liečbe závislosti.**

Analýzou sme zistili, že závislí účastníci výskumu naplňajú svoj zmysel prostredníctvom trojice hodnôt, ktoré sú obsiahnuté v tvorivých, zážitkových a postojoyých poprípade transcendentných zážitkov, ktoré ich presahujú.

Počas liečby, vníma 8 respondentov svoj zmysel života v realizovaní kreatívnej činnosti a v **tvorivých hodnotách**. Respondenti ich dosahujú vykonávaním práce (R1, R5, R6), v starostlivosti o rodinu, o vnúčatá (R1) a o seba (R5). Ďalší sa chcú podieľať na rozvoji svojho zdravia (R1, R3, R4, R5, R10, R11, R10), byť šťastní, pracovať na svojej spokojnosti (R3, R12) alebo si nájsť a vytvoriť domov v podobe chráneného bývania (R4).

Z analýzy ďalej vyplýva, že všetci 12 respondenti najviac preferujú **zážitkové hodnoty**. Účastníci výskumu (R1, R2, R3) vidia význam a taktiež budúci zmysel v zážitkovom cestovaní do zahraničia a vo výletoch do prírody po Českej republike a to v spoločnosti najbližšej rodiny. Výnimkou je respondent R7, ktorý by cestoval najradšej sám až do Ázie a tam spoznával tamojšiu kultúru a ľudí. Rezonuje tiež zážitok adrenalínového športu, čo uvádzajú respondenti R6 a R8. V kontraste s tým, respondent R11 by sa chcel liečiť kvôli tomu, aby zažil, aké to je mať domov. Naproti tomu, 7 účastníkov výskumu zo vzorky vidí ako zmysluplné naplňanie života v spoločnosti druhých, najmä rodiny. Respondenti R10, R11 a R12 považujú dôveru, toleranciu a vlastnú spokojnosť za atribúty, o ktoré je možné sa opierať pri liečbe.

Zmyslom života a významnou hodnotou je pre R6 a R8 okrem iného opätovať lásku rodine, ktorú zažívajú pociťujú.

Postojové hodnoty, ktoré respondenti vnímajú a presahujú ich v transcendentálnom zmysle, v porovnaní so zážitkovými hodnotami uvádzajú 5 z nich a to: respondenti R2, R5, R9, R11, R12. Zmysel vidia v spiritualite, či východných učeniach (R2, R5) a prinášaní radosti do života druhým ako aj v odkaze pre budúce generácie, v podobe svojho mena (R9, R11 a R12).

Prehľadné usporiadanie hodnôt z výpovedí respondentov zobrazuje tabuľka č.5:

Tabuľka č. 5: Prehľad tvorivých, zážitkových a postojových hodnôt respondentov

Kategórie hodnôt	Hodnoty obsiahnuté vo výrokoch respondentov
tvorivé	práca, starostlivosť o vnúčatá, zdravie; pracovať na svojom zdraví a spokojnosti; vytvoriť si domov a pracovať na zdravotných problémoch, získať chránené bývanie; abstinovať a nájsť si manuálnu prácu; prijať seba a druhých, nájsť si prácu; pracovať na svojom zdraví; zdravie; práca pre rodinu a na sebe
zážitkové	výlety a čas s dcérou, vnúčatami a partnerom; výlety a čas s deťmi, partnerom a kamarátmi; čas s deťmi a opätovať lásku; čas so sestrou a s otcom; čas s rodinou a cestovanie; opätovať lásku rodine, jazdiť motokros; nájsť seba samého, získať pochopenie od rodiny, cestovať, zažívať slobodu; nájsť pochopenie v rodine, v práci, vo vzťahoch, let balónom a potápanie sa; výlet s partnerkou a psom, nájsť seba samého a pochopenie od rodiny; prežívať dôveru od druhých; prežívať toleranciu od druhých, zažiť domov; prežívať spokojnosť zo seba samého
postojové / <u>transcendentálne</u>	prinášať radosť druhým, spiritualita a budhizmus; verí v silu, ktorá nás presahuje; meno ako odkaz; odkaz prostredníctvom stavieb a mostov; meno ako odkaz pre synov

10 SÚHRN

Predkladaná práca sa zaoberá chorobou závislosti v kontexte existenciálnych otázok.

Človek oddávna hľadá spôsoby ako by si uľahčil a spríjemnil život, čím podnecuje rozvoj závislosti. Patologická závislosť, ktorou trpia zapojení účastníci výskumu, je považovaná za komplexnú a chronickú poruchu mozgu. Z pohľadu spoločnosti a medicíny sa jedná o zložitú problematiku, ktorá okrem socioekonomickej a zdravotnej záťaže prináša so sebou rozvoj rodinnej patológie, kriminalitu, profesijný úpadok, zníženú dopravnú zdatnosť a iné komplikácie (Ocisková & Praško, 2015).

V teoretickej časti vymedzujeme syndróm závislosti ako nevyliciteľnú chorobu, pre ktorú je typické opakované, nutkavé užívanie psychoaktívnej látky alebo oddávanie sa určitému správaniu, s negatívnymi následkami. V dôsledku toho, je závislý poškodený vo všetkých rovinách svojho bytia. Dochádza ku rozvoju porúch správania, vnímania, myslenia, narušená je osobnosť, ktorá postupne upadá, rozvíjajú sa duálne diagnózy či iné psychické poruchy ako je depresia alebo úzkosť. Závislý sa väčšinu času nadmerne zaoberá látkou alebo činnosťou, na ktorej si vypestoval fyzickú, psychickú alebo kombinovanú závislosť (Křížová, 2021; Hollen, 2009; Ocisková & Praško, 2015; Orel et al., 2020).

Príčina vzniku závislosti je komplexná a multifaktoriálne podmienená, pričom v podstate platí, že pokiaľ sa stretne geneticky predisponovaný jedinec s návykovou látkou, ktorá u neho vyvoláva opakované nutkavé baženie a užívanie, dôjde ku rozvoju ochorenia. (Kuklová, 2016; Vágnerová, 2014).

Závislý človek má rôzne možnosti ako s pomocou odborníkov prelomiť bludný kruh závislosti a vrátiť sa späť do života, avšak pri liečbe je nevyhnutná spolupráca závislého jedinca a jeho proaktívny a angažovaný prístup, zodpovedné trvalé abstinovanie od návykovej látky, naučenie sa regulovanému spôsobu chovania, disciplinované jednanie a nepodliehanie vlastnej impulzivnosti (Křížová, 2021; Hollen, 2009; Ocisková & Praško, 2015; Orel et al., 2020).

Existenciálna analýza a logoterapia, ako liečebná metóda, pomáha človeku vystúpiť z podmienok, ktoré ho limitujú a pomáha mu nájsť osobnú odpoveď na to, čo je pre neho

správne v konkrétnej situácii a to tým, že apeluje na jeho zdravú časť, ktorá môže zaujať slobodný a jedinečný postoj až do konca svojej existencie (Klastová Pappová, 2013).

Človek ako celistvá bytosť telesného, duševného a duchovného, ktorá sa utvára zo seba samého prostredníctvom vlastného rozumu, jednania a vôle, vždy smeruje ku uskutočňovaniu hodnôt a napĺňaniu života zmyslom (Cakirpaloglu, 2009).

Negatívne okolnosti života dokážu narušiť zmysel jedinca. Pokiaľ sa človek nedokáže zdravo vysporiadať s prežívanou situáciou, ktorá mu navyše nedáva zmysel, môže pociťovať duševné prázdno a nepríjemné pocity. Nemá sa o čo oprieť, stráca životné smerovanie a útechu hľadá v nadmernom jedení, alkohole, drogách. Fenomén zmysluplného žitia a jeho absencia, je vlastná len človeku. Je to ľudská osobná záležitosť a zároveň predpoklad kvalitného života a duševného zdravia. (Frankl, 2011; Frankl in Balcar, 1995).

Cieľom praktickej časti tejto diplomovej práce bolo analyzovať, či sa existenciálna rovina odráža v žitej skúsenosti liečených, závislých respondentov a to vo vybranom psychiatrickom zariadení. V prvom rade sme si kládli otázku, či a aký zmysel má pre závislého jedinca to, že bude abstinovať a liečiť sa. V druhom, čo je to, čo závislého človeka udrží v liečbe a napriek konfrontácii s nepríjemnými pocitmi prekoná svoju frustráciu z abstinovania.

Sústredili sme sa na existenciálne otázky zmyslu života a hodnoty, tak ako ich popisuje existenciálna analýza a logoterapia. Jej hlavný predstaviteľ, V. E. Frankl (2005), ktorý vytvoril teóriu, nerozlišoval medzi hodnotami a záujmami či cieľmi, ale narábal s týmito termínmi zástupne. Podľa neho a jeho nástupcov, človek prežíva a realizuje hodnoty prostredníctvom svojich záujmov a aktivít, v „zdravom zabudnutí na seba“. To sa odrazí v spoločenskej práci pre druhých čiže presahovaním samého seba a venovaním sa duchovným záležitostiam, ktoré dotyčného človeka naplňujú, tešia či prinášajú mu pocity zmysluplnosti a následne zdravé uspokojenie z vlastnej existencie. Sú to práve tie hodnoty, ktoré dávajú životu zmysel.

Pre výskumné účely sme stanovili ciele v podobe hlavnej výskumnej otázky a štyroch čiastkových otázok, ktoré sa týkajú rôznych období v súvislosti s liečbou, pričom sme ich formulovali nasledovne:

HVO: Zohráva zmysel života nejakú rolu pri liečbe závislostí?

ČVO1: Aké existenciálne témy sú pozorovateľné u respondentov pred vznikom závislostí?

ČVO2: **Objavujú** sa v zlomovom okamihu tesne pred liečbou nejaké existenciálne námety?

ČVO2: Aké hodnoty si respondenti uvedomujú počas liečby, v čase abstinencie?

ČVO3: Čím chcú respondenti naplniť zmysel života v budúcnosti?

K zrealizovaniu praktickej časti sme použili kvalitatívny výskumný design, ktorý najlepšie umožňoval holisticky uchopiť a porozumieť žitej skúsenosti závislých pacientov v ich liečbe. Za pomoci interpretatívnej fenomenologickej metódy (IPA) sme analyzovaním pološtruktúrovaných rozhovorov chceli pochopiť a porozumieť jedinečným príbehom, hodnotám a zmyslu života respondentov, nachádzajúcich sa v strednodobej liečbe na oddelení vybranej psychiatrickej nemocnice (Hendl, 2005).

Výskumný súbor pozostával z 12 dobrovoľne prihlásených respondentov, z toho 5 žien a 7 mužov, od ktorých sme získali informovaný písomný súhlas a rozhovory sme realizovali v medziach všetkých etických pravidiel, ktorými sa riadi psychológ pri svojej práci.

Výskumným šetrením sme došli k záveru, že zmysel života a existenciálna tematika rezonujú a zohrávajú významnú rolu v živote u všetkých respondentov, ktorí sú momentálne v liečebnom procese.

Analýzou sme zistili, že závislý účastníci výskumu naplňajú svoj zmysel prostredníctvom trojice hodnôt, ktoré sú obsiahnuté v tvorivých, zážitkových a postojoyých prípade transcendentných zážitkoch, ktoré ich presahujú.

Počas liečby, je zmysel života vnímaný účastníkmi výskumu v kreatívnej činnosti a v tvorivých hodnotách, ktoré zažívajú počas starostlivosti o rodinu, o vnúcatá a o seba. Ďalší respondenti sa chcú podieľať na rozvoji svojho zdravia, byť šťastní, pracovať na svojej spokojnosti alebo si nájsť a vytvoriť domov v podobe chráneného bývania.

Z analýzy ďalej vyplýva, že všetci 12 respondenti najviac preferujú **zážitkové hodnoty**. Významné sú najmä domáce, ale aj zahraničné zážitky z ciest a to v spoločnosti rodinných príslušníkov a blízkych. Niektorí by chceli zažívať atmosféru domova, iní dôveru,

toleranciu a spokojnosť so sebou samým. Zmyslom života a významnou hodnotou je tiež opätovať lásku rodine, ktorú respondenti zažívajú a pociťujú.

Postojové hodnoty, ktoré respondenti vnímajú a presahujú ich v transcendentálnom zmysle, v porovnaní so zážitkovými hodnotami, vidia v spiritualite, či východných učeniach a v prinášaní radosti do života druhým ako aj v odkaze svojho mena pre budúce generácie.

LITERATÚRA

- Adamson, S. J., Sellman, J. D., & Robertson, P. J. (2008). Social phobia in an outpatient alcohol and drug treatment sample. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(2), 134-140.
- Adamson, S. J., Todd, F. C., Douglas Sellman, J., Huriwai, T., & Porter, J. (2006). Coexisting psychiatric disorders in a New Zealand outpatient alcohol and other drug clinical population. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(2), 164-170.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th. Ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (2015). DSM-5. *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum.
- Baekeland F., & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 82(5), 738–783. <https://doi.org/10.1037/h0077132>
- Balcar, K. (1995). Logoterapie a existenciální analýza V. E. Frankla. *Československá psychologie*, 39(2), 127-142.
- Barrett, C. L., & Drogin, E. Y. (2000). Pathological Gambling: Addiction without substance. *Encyclopedia of Criminology and Deviant Behavior*. Faupel CE and Roman PM (eds.). London: Taylor & Francis, 344-346.
- Baštecká, B. & Mach, J. (2015). *Klinická psychologie*. Praha: Portál.
- Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (2002). The Pursuit of meaningfulness in Life. In: Snyder, C. R. & Lopes, S. J. *Handbook off Possitive Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Beattieová, M. (2006). Koniec spoluzávislosti. *Trnava: Spolok svätého Vojtecha*.
- Black, D. W., Shaw, M., & Blum, N. (2010). Pathological gambling and compulsive buying: do they fall within an obsessive-compulsive spectrum? *Dialogues in clinical neuroscience*, 12(2), 175–185. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2010.12.2/dblack>
- Blatný, M. (2010). *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing.
- Bobek, M. & Peniška, P. (2008). *Práce s lidmi. Učebnice poradenství, koučování, terapie a socioterapie pro pomáhající profese*. Brno: NC Publishing.

- Bühler, CH. (1959). Der menschliche Lebenslauf als psychologisches Problems. In Lievegoed, *Životní krize. Životní šance. Vývoj člověka mezi dětstvím a stářím* (28-29). Malvern.
- Bútorá, M. (2008). Štádia uzdravovania v terapii alkoholizmu: trauma začiatku a dráma pokračovania. *Psychiatria – Psychoterapia – Psychosomatika*, 15(2), 102-116.
- Cagaš, P. (2005). Spiritualita a osobnostní vývoj. *Psychologie dnes*, 11(5), 35–37.
- Cakipaloglu, P. (2012). Úvod do psychologie osobnosti. Praha: Grada Publishing.
- Cakirpaloglu, P. (2009). *Psychologie hodnot* (2. vyd.). Olomouc: Univerzita Palackého.
- Camus, A. (1995). *Mýtus o Sisyfovi*. Praha: Svoboda.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New Yourk: Basic Books.
- Cole, L. & Hall, J. M. (1964). *Psychology of Adolescence*. New York.
- Copoeru, I. (2014). Understanding Addiction: A Threefold Phenomenological Approach. *Human Studies*, 37, 335-349.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Miller, F. E. (2006). Blame, shame, and contamination: the impact of mental illness and drug dependence stigma on family members. *Journal of family psychology*, 20(2), 239.
- Crozier, M. K., & Hillock, C. (2013). Codependence with hypersexual and gambling disorder. *Journal of behavioral addictions*, 2(1), 10-16.
- Dolejš, M., & Orel, M. (2017). *Rizikové chování u adolescentů a impulzivita jako prediktor tohoto chování*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Elton, A., Garbutt, J. C., & Boettiger, C. A. (2021). Risk and resilience for alcohol use disorder revealed in brain functional connectivity. *NeuroImage. Clinical*, 32, 102801. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2021.102801>
- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
- Fisher, J. (2000). *Addictions and Trauma recovery*. International Society for study of Dissociation. Texas. Získané z <https://janinafisher.com/pdfs/addictions.pdf>
- Fišerová, M. (2000). Historie, příčiny a léčení drogových závislostí. *Postgraduální medicína*, 2(3), 288-298.

- Frank, J., D. (2006). Psychotherapy: The Restoration of Morale. *American Journal of psychiatry*, 3(131), 271-274. Získané z <https://doi.org/10.1176/ajp.131.3.271>
- Frankl, V. (1955). *The doctor and the soul: From psychotherapy to logotherapy*. New York: Alfred A. Knopf
- Frankl, V. E. (2011). *Hľadanie zmyslu života*. Bratislava: Eastone books.
- Frankl, V. E. (2019). *Teorie a terapie neuróz*
- Frankl, V., E. (2005). *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta.
- Frankl, V., E. (2021). *Léčba smyslem. Základy a aplikace logoterapie*. Praha: Portál.
- Frankl, V., E. in Babka, P. (2016). *Utrpění z nesmyslnosti života: psychoterapie pro dnešní*
- Frascella, J., Potenza, M. N., Brown, L. L., & Childress, A. R. (2010). Shared brain vulnerabilities open the way for nonsubstance addictions: carving addiction at a new joint?. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1187, 294–315. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.05420.x>
- Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon and schuster.
- Grambal, A., Praško, J., & Kasalová, P. (2017). *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada Publishing.
- Griffiths M. (1996). Nicotine, tobacco and addiction. *Nature*, 384(6604), 18. <https://doi.org/10.1038/384018a0>
- Griffiths M. D. (2017). The Myth of ‘Addictive Personality’. *Glob J Add & Rehab Med*. 3(2): 555610. DOI: 10.19080/GJARM.2017.03.555610.
- Halama, P. (2000). Teoretické a metodologické přístupy k problematice zmyslu života. *Československá psychologie*, 44(3), 216-236.
- Halama, P. (2007). *Zmysel života z pohľadu psychológie*. Bratislava: SAP.
- Heidegger, M. (1996). *Bytí a čas*. Nové Město: Oikoymenh.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427-440. doi: [10.1007/s10608-012-9476-1](https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1)

- Hollen, K.,H. (2009). *Encyclopedia of Addictions*. Westport: Greenwood Press.
- Houdková, H. (2022). Někteří odborníci se závislým lidem vyhýbají. In *Havlíčkobrodský denník*. Cz. Dostupné na: https://havlickobrodsky.denik.cz/zpravy_region/20110216zavislosti.html
- Husserl, E. In Petříček, M. (1997). *Úvod do současné filosofie: 11 improvizovaných přednášek* (4. vyd.). Praha: Herrmann.
- Chrz, V. (2009). Co děláme , když interpretujeme. In Řehan, V., Čermák, I. & Miovský, M. *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku VIII*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Jansson, I., Hesse, M., & Fridell, M. (2008). Personality Disorder Features as Predictors of Symptoms Five Years Post-Treatment. *The American Journal on Addictions*, 17(3), 172-175.
- Jochmanová, L. (2021). *Trauma u dětí*. Praha: Grada Publishing.
- Josselsonova, R. (2009). *Irvin D. Yalom – O psychoterapii a lidském bytí*. Praha: Portál.
- Kalina, K & et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti. Díl 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR. Získané z https://www.detipatridomu.cz/respitnenihlidani/wp-content/uploads/2017/07/drogy_a_drog_zavislosti_dil1.pdf
- Kalina, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. & et al. (2015). *Klinická adiktológia*. Praha: Grada Publishing.
- Kierkegaard, S. A. in Thulstrup, M. M. (2010). *Z deníků a papírů*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury.
- Klastová Pappová, P. (2013). *Existenciální analýza v psychoterapeutické praxi. Deň existenciálnej analýzy a logoterapie*. Bratislava: SLEA.
- Kleftaras, G., & Katsogianni, I. (2012). *Spirituality, Meaning in Life, and Depressive Symptomatology in Individuals with Alcohol Dependence*. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 14(4), 268–288. doi:10.1080/19349637.2012.730469
- Kolibáš & Novotný (2011). *Závislost'. Průručka pre odbornú verejnost'*. Získané dňa 17. novembra 2022 z https://olup-prednahora.sk/wp-content/uploads/2019/05/Zavislost_Brozura-A5-2017_OLUP_final.pdf

- Kolibáš, E. & Novotný V. (2007). *Alkohol, drogy, závislosti. Psychiatrické poruchy spojené s užíváním návykových látek*. Bratislava: Univerzita Komenského.
- Konkolý Thege, B., Urbán, R., & Kopp, M. S. (2013). Four-year prospective evaluation of the relationship between meaning in life and smoking status. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 8(1), 1-5. <http://dx.doi.org/10.11575/PRISM/10095>
- Kosová, M. (2014). *Logoterapie. Existenciální analýza jako hledání cest*. Praha: Grada Publishing.
- Kováčsová, E., Hornáková, P. M., Kotrbová, P. K., Yakhyaev, M. Z., Jankechová, P. M., Laššán, M. Š., ... & Kalužay, M. J. (2020). Starostlivosť o ľudí so spoluzávislosťou. *Štandardný diagnostický a terapeutický postup. MZ SR*, 48, 34.
- Kratochvíl, S. (2017). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- Krkošková, E. (2014). Strach zo sociálnej stigmatizácie u pacientov s úzkostnými a psychosomatickými poruchami. *Revue medicíny v praxi: odborný medicínsky časopis*, 12(2), 37-38.
- Křivohlavý, J. (2006). *Psychologie smysluplnosti existence. Otázky na vrcholu života*. Praha: Grada Publishing.
- Křivohlavý, J. (2010). *Mat' pre čo žiť*. Bratislava: Karmelitánske nakladateľstvo.
- Křížova, I. (2021). *Závislosti. Pro psychologické obory*. Praha: Grada Publishing.
- Kučerová, H. (2013). *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada Publishing.
- Kudrle, S. (2003). Lidské potřeby a chemické či procesuální odpovědi. In Kalina, K. & et al., *Klinická adiktológia (109-110)*. Praha: Grada Publishing.
- Kuklová, M. (2016). *Kognitivně-behaviorální terapie v léčbě závislosti*. Praha: Portál.
- Kusá, Z., & Ondrejka, I. (2006). Stigmatizácia a psychická porucha. *Kontakt*, 8(2), 272-279.
- Lakoff, G. & Johnson, M. (2002). *Metafory, kterými žijeme*. Brno: Host.
- Längle, A. (2002). *Smysluplne žít: Aplikovaná existenciální analýza*. Brno: Cesta.
- Längle, A. (2010). *Osobní existenciální analýza (PEA) jako terapeutický přístup*. Praha: SLEA.
- Längle, S. & Sulz, M. (2007). *Žít svůj vlastní život*. Praha: Portál.

- Lievegoed, B. (2018). *Životní krize. Životní šance. Vývoj člověka mezi dětstvím a stářím*. Malvern.
- Lingford-Hughes, A. & Nutt, D., J. (2001). Neuropharmacology of ethanol and alcohol dependence. In Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.LITERATÚRa
- Lukas, E. (1979). A supplemental form of therapy for addicts. In J. B. Fabry, R. P. Bulka, & W. S. Sahakian (Eds.), *Logotherapy in action* (pp.73–93). New York: Jason Aronson.
- Lukasová, E. (2001). *Auf den Stufen des Lebens: Meine Bewegendsten Fallbeispiele aus der Seelenheilkunde nach Viktor E. Frankl*. Quell.
- Lukasová, E. (2006). *I tvoje utrpení má smysl: logoterapeutická útěcha v krizi*. Brno: Cesta
- Lukasová, E. (2009). *základy logoterapie*. Bratislava: Lúč
- Magill, M., & Ray, L. A. (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 70(4), 516-527. <https://doi.org/10.15288/jsad.2009.70.516>
- Magill, M., Ray, L., Kiluk, B., Hoadley, A., Bernstein, M., Tonigan, J. S., & Carroll, K. (2019). A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: Treatment efficacy by contrast condition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(12), 1093–1105. <https://doi.org/10.1037/ccp0000447>
- Marks, I. (1990). Behavioral (Nonchemical) Addictions. *British Journal of Addiction*, 85(11): 1389-1394.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., Donovan, D. M., & Kivlahan, D. R. (1988). Addictive behaviors: etiology and treatment. *Annual review of psychology*, 39, 223–252. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.39.020188.001255>
- Martin, R. A., MacKinnon, S., Johnson, J., & Rohsenow, D. J. (2011). Purpose in life predicts treatment outcome among adult cocaine abusers in treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 40(2), 183-188. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2010.10.002>
- Martinove, M. & Bodo, B. (2004). Je opodstatnená liečba depresívnych porúch aj u závislých? *Psychiatria pre prax*, 4, 199-201.
- Maslow, A. H. (2014). *O psychologii bytí*. Praha: Portál.
- Metz, T. (2013). *Meaning in Life*. Oxford University Press.

- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výskumu*. Praha: Grada Publishing.
- Mrkvička, J. (2005). *Předpoklady psychoterapie*. Pardubice: Theo.
- Národné monitorovacie centrum pre drogy. (2004). *Stav drogových závislostí a kontrola drog v Slovenskej republike*. Bratislava: Komprint.
- Nešpor, K. (2001). *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál.
- Nešpor, K. (2018). *Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál.
- Nielsen, A. L., & Scarpitti, F. R. (1997). *Changing the Behavior of Substance Abusers: Factors Influencing the Effectiveness of Therapeutic Communities*. *Journal of Drug Issues*, 27(2), 279–298. doi:10.1177/002204269702700207
- Nietzsche, F. (2001). *radostná věda*. Praha: Aurora
- Nordfjaern, T., Rundmo, T., & Hole, R. (2010). Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 17(1), 46-64. doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01477.x
- Noriega, G., Ramos, L., Medina-Mora, M. E., & Villa, A. R. (2008). Prevalence of codependence in young women seeking primary health care and associated risk factors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(2), 199-210.
- Novotný, V. & Kolibáš, E. (2011). Nové drogy-1.část-Mefedrón. *Alkoholismus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 46(3), 161-166.
- Ocisková, M., Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing.
- Ocisková, M., Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing.
- Odborný léčebný ústav psychiatrický (OLÚP) (2021). Získané z: <https://olup-prednahora.sk/kontakt/>
- Ondrušová, J. (2011). *Stáři a smysl života*. Praha: Karolinum.
- Orel, M. & at al. (2020). *Psychopatologie. Náuka o nemocech duše*. (3. aktualizované a doplněné vyd.). Praha: Grada.

- Orel, M. & at al. (2020). *Psychopatologie. Náuka o nemocech duše*. (3. aktualizované a doplněné vyd.). Praha: Grada.
- Pešek, R. (2018). *Jak se zbavit závislosti na alkoholu. Příručka pro ty, kdo mají problém s alkoholem. Pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Traha: Pasparta Publishing.
- Phelan, J. C., Link, B. G., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (2000). Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: What is mental illness and is it to be feared?. *Journal of Health and Social behavior*, 188-207.
- Praško, J., Možný, P., & et al. (2007). *Kognitivně-behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton.
- Prieskum spoločnosti Intel. (2014). *Typický hráč počítačových hier? Spoločenský a aktívni*. Uverejnené na stránkach eSuba. Získané z internetu dňa 18. novembra 2022. <https://www.esuba.eu/typicky-hrac-pocitacovych-her-spolecensky-aktivni>
- Prochaska, J. & Norcross, J. (1999). *Psychoterapeutické systémy*. Praha: Grada Publishing.
- Psychiatrická nemocnice Havlíčkov Brod (2023). Získané z: <https://www.pnhb.cz/co-je-alkoholismus>
- Publications by the EMCDDA (2021). *Spotlight on...comorbid substance use and mental health problems*. Získané z https://www.emcdda.europa.eu/spotlights/comorbid-substance-use-and-mental-health-problems_en
- Puc, J. (2009). *Být sám sebou: Heideggerův pojem autenticity a jeho kritika*. (Nepublikovaná bakalářská práce). Univerzita Karlova v Praze.
- Quintero, G., & Davis, S. (2002). Why do teens smoke? American Indian and Hispanic adolescents' perspectives on functional values and addiction. *Medical anthropology quarterly*, 16(4), 439–457. <https://doi.org/10.1525/maq.2002.16.4.439>
- Reker, G. T., & Chamberlain, K. (2000). Existential meaning: Reflections and directions. *Exploring Existential Meaning: Optimizing Human Development across the Life Span*, 199–210. <https://doi.org/10.4135/9781452233703.n14>
- Ritsher, J. B., & Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry research*, 129(3), 257-265.
- Röhr, H-P. (2015). *Závislost. Jak jí porozumět a jak ji překonat*. Praha: Portál.
- Rotgers, F. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Grada.

- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Řehan, V. (2007). *Adiktologie I*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Řiháček, T., Čermák, I. & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textu: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
- Sartre, J. P. (2006). *Bytí a nicota: pokus o fenomenologickou ontologii*. Nové Město: Oikoymenh.
- Seidman, I. (2006). *Interviewing as qualitative reaserch: a guide for researchers in education and the social sciences*. New York: Teachers College Press.
- Schäfer, I., & Langeland, W. (2015). Posttraumatic stress disorders and addiction. In *Co-occurring Addictive and Psychiatric Disorders* (pp. 161-177). Springer, Berlin, Heidelberg.
- SLEA – Spoločnosť pre logoterapiu a existenciálnu analýzu. (2022). *Existenciálna analýza a logoterapia*. Získané 13.11.2022 z <https://www.slea.sk/ea-a-logoterapia/>
- Smith, J. A. (2011). Evaluating The Contribution of Interpretative Phenomenological Analysis. *Helth Psychology Review*, 5(1), 9-27.
- Sojka, V. (2008). Bálintovské skupiny a supervize. In Havrdová, Z., Hejný, M. *Praktické supervize*. Praha: Galén.
- Somov, P. G. (2007). *Meaning of Life Group: Group Application of Logotherapy for Substance Use Treatment*. *The Journal for Specialists in Group Work*, 32(4), 316–345. doi:10.1080/01933920701476664
- Soukupová, T. (2006). Umíme ještě truchlit? *Psychologie dnes*, 12(5) 18-20
- Stránka *Anonymní alkoholici* dostupné na: <https://www.anonymnialkoholici.cz/>
- Světová zdravotnická organizace (WHO). (1992). *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize*. Praha:Psychiatrické centrum.
- Svetová zdravotnícka organizácia (WHO). (2022). *11th Revision of the International Classification of Diseases, ICD-11*. Získané 9. novembra 2022 z <https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases>
- Šimonek, J. (2020). Pohled na závislosti z vývojového hlediska. In Orel et al., *Psychopatologie. Náuka o nemocech duše*. (3. aktualizované a doplněné vyd.) (203-205) Praha: Grada.

- Špatenková, N. (2017). *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada.
- Tavel, P. (2004). *Zmysel života Podľa V.E. Frankla*. IRIS.
- Thatcher D. L., & Clark, D. B. (2008). Adolescents at risk for substance use disorders: role of psychological dysregulation, endophenotypes, and environmental influences. *Alcohol Res Health*. 31(2):168-76. PMID: 23584818; PMCID: PMC3860456.
- Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie. Proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál.
- Turček, M., & Pečeňák, P. (2019). *Závislosti v novej klasifikácii ICD-11*. AT konferencia 2019, Seč. Získané 16. novembra 2022 z <https://at-konference.cz/wp-content/uploads/2019/07/turcek-m.-pecenak-j.-zavislosti-v-novej-klasifikacii-icd-11.pdf>
- Úřad vlády České republiky. (2022). Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2021. Získané 16. novembra 2022 z https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33592/1131/Souhrnna_zprava_o_zavislostech_2021_fin.pdf
- Vacek, J., & Vondráčková, P. (2014). Behaviorální závislosti: Klasifikace, fenomenologie, prevalence a terapie. *Česká a slovenská psychiatrie*, 110(6); 326-332.
- Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Vymětal, J. (1997). *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada Publishing.
- Vymětal, J. (2004). *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada Publishing.
- Wagenknecht, M. (2001). *Nástin dalšího vývoje Franklovy existenciální analýzy a logoterapie*. (Nepublikovaná rigorózní práce). Univerzita Karlova v Praze.
- Wahl, C. W. (1957). Suicide as a Magical Act. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 2(3), 91-98
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B., Jackson, D. D., Janečková, B., & Vybíral, Z. (2011). *Pragmatika Lidské Komunikace: Interakční vzorce, Patologie a paradoxy*. Newton Books.
- Yalom, I. D. (2020). *Existenciální psychoterapie (2.vyd.)*. Praha: Portál.

PRÍLOHY

Zoznam príloh:

1. Abstrakt v slovenskom jazyku
2. Abstrakt v anglickom jazyku
3. Informovaný súhlas

ABSTRAKT DIPLOMOVEJ PRÁCE

Názov práce: Existenciálne otázky v liečbe závislosti vo vybranom psychiatrickom zariadení

Autor práce: Ing. Bc. Iveta Pivarčiová

Vedúci práce: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

Počet strán a znakov: 127 stran, 197 068 znakov

Počet príloh: 3

Počet titulov použitej literatúry: 149

Abstrakt:

V diplomovej práci sa zameriavame na tému závislosti v kontexte existenciálnych otázok. Cieľom našej práce bolo zistiť, či sa existenciálny prístup, odráža v žitej skúsenosti závislých pacientov vo vybranom zariadení psychiatrickej liečebne a ako s nimi rezonuje otázka hodnôt a zmyslu života v priebehu ich liečby. V teoretickej časti predstavujeme rôzne hľadiská pojatia fenoménu zmyslu prostredníctvom existenciálnej analýzy a logoterapie, ako aj základné vymedzenie a vybrané aspekty závislého ochorenia v priebehu času. V praktickej časti prezentujeme kvalitatívny výskum na vzorke 12 zapojených respondentov. Dáta boli získané pološtruktúrovanými rozhovormi a spracované interpretatívnou fenomenologickou metódou IPA. Výsledné zistenia potvrdili vzťahovanie sa závislých účastníkov výskumu v liečbe k tvorivým, zážitkovým a postojovo-transcendentálnym hodnotám a objavovania zmyslu, či toho pre čo žiť, abstinovať a vydržať liečbu. V ťaživom období kríz a frustrácie je to práve vnímaný zmysel, uvedomené hodnoty a zaujatie osobného postoja, tým čo človeka podrží v procese uzdravovania sa z choroby.

Kľúčové slová: existenciálna analýza a logoterapia, závislosť, hodnoty, zmysel života, liečba a postoje závislých pacientov

ABSTRACT OF THESIS

Title: Existential issues in the treatment of addiction in selected psychiatric facility.

Author: Ing. Bc. Iveta Pivarčiová

Supervisor: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

Number of pages and characters: 127 pages, 197 068 characters

Number of appendices: 3

Number of references: 149

Abstract:

In this thesis we focus on the topic of addiction in the context of existential issues. The aim of our work was to find out whether the existential approach, is reflected in the lived experience of addicted patients in a selected psychiatric inpatient facility and how the question of values and the meaning of life resonates with them during their treatment. In the theoretical part, we present different perspectives on the conceptualization of the phenomenon of meaning through existential analysis and logotherapy, as well as the basic definition and selected aspects of addictive illness over time. In the practical part, we present qualitative research on a sample of 12 participating respondents. Data were collected through semi-structured interviews and processed using the interpretative phenomenological method of IPA. The resulting findings confirmed the research participants in treatment addicts' relating to creative, experiential, and attitudinal-transcendental values and discovering meaning or what to live for, abstain from, and endure treatment for. In a difficult time of crisis and frustration, it is the perceived meaning, realized values, and the adoption of a personal stance that sustains a person in the process of recovery from illness.

Key words: existential analysis and logotherapy, addiction, values, meaning in life, treatment, and attitudes of addicted patients.

Informovaný súhlas o účasti na štúdiu v rámci diplomovej práce

Ja, dolu podpísaný(á)....., súhlasím s poskytnutím rozhovoru za účelom výskumu prevádzaného v magisterskej diplomovej práci Ing. Ivety Pivarčiovej, študentky kombinovaného štúdia Katedry psychológie Filozofickej fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, na tému „Existenciálne otázky v liečbe závislostí vo vybranom psychiatrickom zariadení“. Zároveň prehlasujem, že mám viac ako 18 rokov.

1. Súhlasím s nahrávaním rozhovoru za účelom výskumu.
2. Moja účasť je dobrovoľná a výsledky budú zverejnené len s mojím súhlasom. Zároveň som oboznámený(á), že svoju účasť na výskume môžem kedykoľvek prerušiť bez uvedenia dôvodu, poprípade môžem odstúpiť.
3. Riešiteľ výskumu sa tiež zaväzuje, zachovať úplnú anonymitu získaných dát v zmysle ochrany o dôverných údajoch.
4. Súhlasím, že moje identifikačné údaje vo forme anonymných dát budú použité len za účelom výskumu a vyskytnú sa v rámci danej diplomovej práce, poprípade iných odborných výstupov na akademickej pôde a to v anonymnej podobe.
5. Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol(a) informovaný(á) o prebiehajúcom výskume a mal(a) som možnosť si všetko vopred uvážiť a premyslieť.
6. V prípade potreby mám možnosť opätovne kontaktovať výskumníka štúdie elektronicky na adrese pivaiv00@upol.cz

Moje pripomienky:

Informovaný súhlas je vyhotovený v dvoch rovnopisoch, každý s platnosťou originálu.

Dátum:

Dátum:

Podpis účastníka:

Podpis riešiteľa výskumu: