

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



**Bc. Eliška Deckertová**

Film jako doplňková intervence v režimové léčbě závislosti  
Movie as an addition intervention in the regime addiction treatment

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Bc. Karel Dobroslav Riegel, Ph.D.

Praha, 2020

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, dne \_\_\_\_\_

Eliška DECKERTOVÁ

Podpis \_\_\_\_\_

**Identifikační záznam:**

DECKERTOVÁ, Eliška. *Film jako doplňková intervence v režimové léčbě závislosti [Movie as an addition intervention in the regime addiction treatment]*. Praha, 2020. 82 stran, 6 příloh. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika Adiktologie 1. LF UK 2020. Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Bc. Karel Dobroslav Riegel, Ph.D.

## **Poděkování**

V první řadě bych chtěla poděkovat svému vedoucímu panu Mgr. Bc. Karlu D. Riegelovi, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, připomínky a podporu při psaní mé diplomové práce.

Dále bych chtěla poděkovat pracovníkům klinického provozu lůžkového oddělení muži Kliniky adiktologie, za nápomocný a vřelý přístup. Za velkou podporu také děkuji své rodině, přátelům, a především svému příteli za jeho obrovskou trpělivost.

## **ABSTRAKT**

**Východiska:** Efektivita expoziční terapie v léčbě závislostí je diskutovaným tématem. Zůstává otázkou, zda expozice filmem může být smysluplnou intervencí v režimové odvykací léčbě. V České republice zatím neproběhl výzkumný projekt podobného zaměření, přestože využití filmů v adiktologické léčbě není novinkou. Také celosvětově lze najít pouze malé množství obdobných studií.

**Cíle:** Primárním cílem bylo ověřit možnosti filmové intervence jakožto doplňku ke standartní režimové léčbě závislostí na lůžkovém oddělení muži Kliniky adiktologie.

**Metody:** Diplomová práce vychází z kvalitativní výzkumné metodiky doplněné o dotazníkové šetření. Pacienti byli vybráni záměrným účelovým výběrem. Kromě obecných kritérií pro vstup do léčby byl určen cut-off min. třetího týdnu léčby. Výzkumný soubor tvořilo 22 pacientů věkového průměru 39 let. Získaná data byla analyzována především pomocí obsahové analýzy ohniskových skupin, vycházející z metody zakotvené teorie. Ve výzkumu byly použity 3 typy dotazníků zaměřené na aktuální pocity pacientů, chuť na návykovou látku a hodnocení předem definovaných problémů, které se běžně v léčbě vyskytují.

**Výsledky:** Ohnisková skupina se ukázala dobrým nástrojem pro zkoumání jednotlivých názorů, postojů a hodnot pacientů ve vztahu k prožitku jednotlivých filmů. Dle typů zaměření filmů se aktivita v ohniskových skupinách lišila. Živost diskuze se vždy odvíjela podle toho, zda pacienty film zaujal, dokázali se s některou postavou ztotožnit a celkově pacientům film přišel svým příběhem věrohodný. Na základě vyhodnocení dotazníku míry aktuálních pocitů jsem zjistila, že emocionální rozpoložení pacientů se neměnilo nebo měnilo pouze negativním směrem. Pouze u třech filmů z devíti, pacienti neuvěřili, že by měli chuť na návykovou látku. Dva pacienti pak měli chuť na návykovou látku i během ohniskové skupiny. Ve výzkumu také proběhlo hodnocení problémů pacientů. Tyto problémy, se kterými se pacienti mohli setkat, byly v rámci výzkumu předem definované. Hodnocení těchto problémů odkazuje v případě některých pacientů na stabilní pokles jejich obtíží. V případě jiných pacientů byl naopak zaznamenán nárůst obtíží.

**Závěr:** Filmová intervence představuje v léčbě závislostí doplňkovou metodu, která může posílit zkušenost pacientů s ohledem na probíhající léčbu. Otevírání citlivých témat za pomoci filmového formátu může zvýšit pozitivní vliv a motivaci v léčbě. Spojení vztahu mezi pacienty a filmem je klíčem k tomu, aby byl film užitečný při léčbě. Při výběru filmu by se měl brát ohled na zpracování filmových témat a jejich obsahu. Pilotní formát studie nicméně předurčuje získaná data k dalšímu zkoumání na početnějších a diferencovanějších souborech pacientů.

**Klíčová slova:** film, kvalitativní obsahová analýza, ohnisková skupina, režimová léčba závislostí

## **ABSTRACT**

**Background:** The effectiveness of exposure therapy in the treatment of addiction is a topic of discussion. The question remains whether movie exposure can be a meaningful intervention in regimen. A research project with a similar focus has not yet taken place in the Czech Republic, although the use of movies in addictology treatment is not new. Also, only a small number of similar studies can be found worldwide.

**Aims:** The primary goal was to verify the possibilities of movie intervention as a supplement to the standard regimen treatment of addictions in the inpatient department of men of the Department of Addictology.

**Methodology:** The diploma thesis is based on a qualitative research methodology supplemented by a questionnaire survey. Patients were selected by deliberate targeted selection. In addition to the general criteria for entering treatment, a cut-off of min. third week of treatment. The research group consisted of 22 patients with an average age of 39 years. The obtained data were analyzed mainly by means of content analysis of focus groups, based on the method of grounded theory. The research used 3 types of questionnaires focused on the current feelings of patients, appetite for addictive substances and evaluation of predefined problems that commonly occur in treatment.

**Results:** The focus group proved to be a good tool for examining individual opinions, attitudes and values of patients in relation to the experience of individual movies. According to the types of movies' focuses, the activity in the focus groups differed. The liveliness of the discussion always depended on whether the patients were interested in the movie, whether they were able to identify with a character and overall, if the movie seemed credible to them with its story. Based on the evaluation of the questionnaire of the degree of current feelings, I found out that the emotional state of patients did not change or changed only in a negative direction. In the case of the craving test questionnaire, I was inspecting whether the patients felt desire for an addictive substance. In only three movies out of nine, patients did not state that they had an appetite for substance abuse. Two patients then had an appetite for the addictive substance even during the focus group. The research also evaluated patients' problems. These problems that patients may have encountered were predefined in the research. The evaluation of these problems refers to a stable decrease in their problems for some patients. In other patients, on the other hand, there was an increase in difficulties.

**Conclusions:** Movie intervention is an additional method in an addiction treatment that can enhance patients' experience with an ongoing treatment. Opening sensitive topics with a help of a movie format can increase the positive influence and motivation in the treatment. The connection between the patient and the movie is the key to make the movie useful in the treatment. When choosing a movie, the processing of movie themes and their content should be taken into account. However, the pilot format of the study predestines the obtained data for further investigation on more numerous and differentiated groups of patients.

**Keywords:** movie, qualitative content analysis, focus group, regime addiction treatment

## **OBSAH**

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
1. PROBLEMATIKA ZÁVISLOSTÍ.....	10
1.1 Léčba závislých pacientů .....	10
1.2 Účinnost léčby .....	10
2. STŘEDNĚDOBÁ ÚSTAVNÍ LÉČBA .....	12
2.1 Důležitost strukturování léčebného pobytu .....	12
2.1.1 Bodovací systém .....	12
2.2 Léčebné společenství .....	13
2.3 Klinika adiktologie – Apolinář – lůžkové oddělení – muži (LOM) .....	13
3. EXPOZIČNÍ TERAPIE.....	15
3.1 Expoziční terapie v léčbě závislostí.....	15
4. FILM.....	18
<b>VÝZKUMNÁ ČÁST</b> .....	<b>20</b>
5. CÍL VÝZKUMU .....	20
6. VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	20
7. METODA VÝBĚRU VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	21
8. VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	22
9. METODA SBĚRU DAT .....	25
9.1 Dotazníkové šetření .....	25
9.2 Ohnisková skupina.....	26
10. METODY ANALÝZY DAT.....	29
10.1 Metoda zakotvené teorie.....	29
10.2 Kódování dat.....	30
11. ETICKÉ ASPEKTY .....	31
12. VÝSLEDKY.....	32
12.1 Obsahová analýza ohniskových skupin .....	32
12.1.1 Aberdeen .....	33
12.1.2 Perníková věž.....	35
12.1.3 Kdysi byli bojovníky.....	37

12.1.4 Zrodila se hvězda .....	40
12.1.5 Kobry a užovky .....	42
12.1.6 My děti ze stanice ZOO .....	45
12.1.7 Ikarův pád .....	47
12.1.8 Všemocný.....	50
12.1.9 Leaving Las Vegas.....	53
12.2 Dotazníkové šetření .....	56
12.2.1 Úrovně prožitku štěstí .....	56
12.2.3 Testování bažení .....	57
12.2.4 Zhodnocení problémů pacientů během výzkumu .....	59
13. DISKUZE .....	61
14. ZÁVĚR.....	70
15. LIMITY VÝZKUMU.....	71
Seznam zkratk .....	72
Seznam tabulek .....	72
Seznam grafů .....	72
Seznam příloh .....	72
<b>POUŽITÁ LITERATURA.....</b>	<b>73</b>
Příloha 1 – Informace pro účastníka výzkumného projektu a informovaný souhlas.....	76
Příloha 2 – Demografické šetření .....	78
Příloha 3 – Individuální sebeposuzovací dotazník.....	79
Příloha 4 – Dotazník k testování bažení .....	80
Příloha 5 – Dotazník prožitku štěstí.....	81
Příloha 6 – Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce .....	82



## ÚVOD

Léčba závislostí vychází z principů terapeutické komunity, kdy je strukturován denní program. Základem léčby je režim neboli soubor pravidel a aktivit závazný pro všechny pacienty. Součástí režimové léčby je bodový systém, jenž odráží dodržování režimu oddělení a pacientovu práci na sobě. Režimová léčba závislostí nabízí komplexní léčebný program s důrazem na různé typy poskytovaných služeb (zdravotnické služby, psychoterapeutický program, sociální a poradenské služby, režimové strukturované aktivity a doléčovací aktivity). Jedním z východisek této diplomové práce je ustálený filmový seminář na Klinice adiktologie (mužské lůžkové oddělení), probíhající každou sobotu. Ve své práci se zaměřuji na možnosti uplatnění filmové intervence a jejího přínosu pro motivaci pacienta. Zkoumám, jaký mají promítané filmy efekt na pacienty a zda tato intervence působí i na jejich probíhající léčbu.

Teoretická část diplomové práce je členěna na tyto hlavní kapitoly: problematiky závislostí, střednědobá ústavní léčba, expoziční terapie, digitální intervence a film. V první kapitole se věnuji obecně léčebnému přístupu u pacientů. Také se v ní věnuji účinnosti léčby se zásadní složkou pro přístup k léčbě – motivaci. Ve druhé kapitole se zaměřuji na střednědobou ústavní léčbu s jejími specifiky v podobě strukturování léčebného pobytu a léčebného společenství. V této kapitole také obecně hovořím o mužském lůžkovém oddělení na Klinice adiktologie. Od třetí kapitoly se již zaměřuji na seznámení s problematikou mé práce. Zabývám se expoziční terapií, od které přecházím k významné a poslední kapitole mé práce, která se zaměřuje na možnosti uplatnění filmové intervence v léčbě závislostí.

Výzkumná (praktická) část je věnována zpracovaným dotazníkům výzkumného souboru pacientů a získaných rozhovorů z ohniskových skupin. Pomocí obsahové analýzy ohniskových skupin analyzuji jednotlivé výpovědi pacientů k promítaným filmům. Analýzou dat ze získaných dotazníků srovnávám zaznamenané pocity pacientů, zjišťuji, zda pacienti pocítovali chuť na návykovou látku a hodnotím předem definované problémy, které se běžně v léčbě vyskytují.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. PROBLEMATIKA ZÁVISLOSTÍ

Oblast léčby a sociální rehabilitace osob trpících závislostí představuje velmi širokou škálu různých metod a přístupů. Některé z nich lze vzájemně kombinovat a jiné naopak nikoli. Mnohokrát lze jen s velkými obtížemi rozeznávat a odlišovat, které z nich jsou pro určitou indikovanou skupinu vhodnější a efektivnější, a které jsou méně. Podmínkou efektivnosti programu je jeho schopnost vyjít vstříc reálným potřebám pacienta. To v praxi znamená neustálé přizpůsobování programů nejen směrem ke specifické povaze samotného problému závislosti, ale především směrem k měnícím se potřebám a často výrazným interindividuálním rozdílům mezi pacienty. Je potřeba znát větší vhléd do problematiky, která se týká správného motivování, získání si a udržení pacientů s návykovým chováním v léčbě. Neschopnost zlepšení v dodržování léčebného programu, navzdory desítkám let výzkumu, poukazují na výzvy související s kulturou poradenství. Splnění těchto výzev může v budoucnu zahrnovat rozšíření perspektivy kultury poradenství a dostupných intervencí (Miovský, 2003).

### 1.1 Léčba závislých pacientů

Jedná se v širším významu o odbornou, cílenou a strukturovanou práci s pacientem nebo klientem, která vychází z bio-psycho-socio-spirituálního modelu. Léčba využívá množství metod či přístupů (mezi ně patří farmakoterapie, psychoterapie, rodinná terapie, socioterapie). Dle typu rozlišujeme léčbu ambulantní, ústavní, rezidenční a dle délky může být krátkodobá, střednědobá a dlouhodobá (Kalina a kol., 2001).

### 1.2 Účinnost léčby

Cílem léčby závislých je změna, která zlepšuje zdraví a kvalitu života na tu nejvyšší možnou míru. Dle definice WHO (1998) existují tři hlavní cílové oblasti v léčbě a sociální rehabilitaci uživatelů drog: 1) snížení závislosti, 2) snížení nemocnosti a úmrtnosti způsobené či spojené s užíváním drog, 3) podpora rozvoje tělesného, duševního a sociálního potenciálu pacientů a dosažení plné sociální integrace (Kalina, 2003). Zcela zásadní složkou pro přístup k léčbě je motivace pacienta. Motivace jedince je „naprogramovaná“ na uspokojování variabilních potřeb. Mezi ně patří potřeby:

- biologické (vrozené) – potřeba dýchání, potravy, spánku, bezpečí
- sociální (získané) – potřeba kulturní (vzdělání), psychická (štěstí)

Motivaci lze považovat za proces usměrňování, udržování a energetizace chování, proces zvýšení či poklesu aktivity daného jedince (Kalina, 2013). Na poli závislosti se jedná o jednu ze čtyř hlavních faktorů rozhodující o úspěšnosti léčby (mezi ostatní tři patří stupeň závislosti, kvalita osobnosti jedince a kvalita jeho okolí zahrnující také sociální složku) (Kalina, 2001).

K pochopení závislostního chování je zapotřebí věnovat pozornost všem aspektům, které jej určují, což znamená rozpoznat schopnosti, příležitosti a motivace chování a jejich vzájemné interakce. Motivace se schopnostmi lze konceptualizovat jako vzájemné na sebe působící síly, jenž přispívají ke vzniku daného chování, v tomto případě závislostního. Schopnost určuje, co jsme schopni činit, a motivace, co a jak v rámci těchto mantinelů činíme. Celý problém má jádro právě v motivaci (West, 2016).

*Tabulka 1: Nejčastější problémy pacientů (Kalina, 2003)*

<p><b>1. Problémy související s drogami a s léčbou</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Craving</li> <li>– Pochybnosti o smyslu a schopnosti dosáhnout života bez drog</li> <li>– Malá schopnost vyhnout se drogám a rizikovým situacím</li> <li>– Pesimismus ve vztahu k léčbě</li> <li>– Dlouhodobá váhavost a nerozhodnost</li> </ul>
<p><b>2. Problémy sebepojetí</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Nedostatek sebeúcty</li> <li>– Nízká sebedůvěra</li> <li>– Nízké vědomí totožnosti s vlastním tělem</li> <li>– Necitlivost k vlastním emocím</li> <li>– Potlačování negativních pocitů</li> </ul>
<p><b>3. Problémy související se vztahy</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Nízká asertivita</li> <li>– Zranitelnost, urážlivost</li> <li>– Uzavřenost</li> <li>– Účelové jednání, manipulace</li> <li>– Povrchnost</li> <li>– Překotnost</li> <li>– Osamělost</li> <li>– Psychosexuální problémy</li> </ul>
<p><b>4. Problémy v sociálních schopnostech</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Nedostatek komunikačních schopností a dovedností</li> <li>– Chybné porozumění situaci</li> <li>– Nezodpovědnost za roli</li> <li>– Nedostatek pracovních a kulturních návyků</li> <li>– Neschopnost plánovat</li> </ul>

## 2. STŘEDNĚDOBÁ ÚSTAVNÍ LÉČBA

Střednědobou léčbu závislosti lze popsat jako ústavní léčbu vymezenou trváním v délce 3–6 měsíců. V našich podmínkách se poskytuje některými psychiatrickými léčebnami, popřípadě některými specializovanými psychiatrickými odděleními nemocnic. Tým tohoto typu zařízení je multidisciplinární, s převahou zdravotnického personálu. Organizace týmu bývá kompromisem mezi organizacemi, z nichž jedna je více hierarchicky strukturovaným týmem jiných zdravotnických zařízení, a druhá naopak méně hierarchizovaným týmem s menším důrazem na centrální postavu. Nejčastějším formulovaným cílem střednědobé léčby (zvláště v apolinářském modelu) se udává trvalá a důsledná abstinence od všech typů návykových látek (Dvořáček, 2003). Apolinářský model má své kořeny ve specializovaném lůžkovém oddělení pro léčbu alkoholismu, založeném Jaroslavem Skálou v Praze v roce 1948. Během následujících desetiletích se Skálova koncepce léčby rozšířila mezi další oddělení pro návykové nemoci v mnoha psychiatrických léčebnách v České republice. Tento model byl vytvořen pro léčbu závislosti na alkoholu, ale adaptoval se rovněž na pacienty závislé na nelegálních návykových látkách (Mravčík et al., 2012). Považuje se za velkou terapeutickou dovednost nalézt optimální rovnováhu mezi trvalou abstinencí, která je současně nejnebezpečnější cestou, a zároveň takovým postojem k relapsu, jenž by zbytečně nezatěžoval pacienta pocity viny a nadměrnými nároky tak nezhoršoval pacientovu situaci (Dvořáček, 2003).

### 2.1 Důležitost strukturování léčebného pobytu

Základem komplexního terapeutického programu je strukturovaná léčba. Strukturovaný program ve vyvážené podobě obsahuje psychoterapeutické, pracovní, volnočasové aktivity. Navíc od zajištění vyváženosti a stálosti komplexního programu struktura umožňuje přehlednost činnosti pacienta během dne a přehlednost postupu léčby. Se strukturou léčby blíže souvisí soubor pravidel neboli režim. Navíc od definování zmiňované struktury a pravidel, které jsou nutné k udržení optimálního terapeutického prostředí, zpřesňuje režim i výhody a sankce dle kvality dodržování režimu. Jelikož návykové látky mění pacientovy strategie chování zaměřené na získání libosti nebo odměny, konkrétně – dosáhnout libosti rychleji, jednodušeji a nutkavěji, poté je soubor zřejmých pravidel a pevná struktura v terapii závislosti potřebnou složkou. Smyslem se stává podporovat takové vzorce chování, které pomáhají získat odměny bezpečněji, perspektivněji, nikoli nutkavě a zároveň se to jeví méně rizikové z pohledu potencionálního relapsu. Záměrem je, aby se předešlo od pravidel a struktury vnějších (skrze terapeuty) k pravidlům a struktuře vnitřních, které si pacient lze udržet sám.

#### 2.1.1 Bodovací systém

Pacientovo zvládání struktury a režimu se objektivizuje a hodnotí nejčastěji formou bodovacího systému. Bodovací systém v rozvinuté podobě je souborem pravidel pro hodnocení zvládání strukturované léčby prostřednictvím kladných a záporných bodů, jejichž dopadem vznikají různé výhody a nevýhody pro pacienta nebo jeho skupinu (zahrnující

i komunitu). Touto podobou představuje bodovací systém jeden z nástrojů týdenního hodnocení probíhající léčby (Dvořáček, 2003).

## **2.2 Léčebné společenství**

V našich podmínkách probíhá střednědobá léčba závislosti v prostředí léčebného společenství. Oddělení s průměrným počtem 20–30 pacientů se považuje za základní organizační jednotku, která se snaží pracovat na některých základních principech terapeutické komunity (Dvořáček, 2003). Dynamika procesů v terapeutické komunitě vede k rozvíjení pozitivních prvků chování, ve smyslu konfrontace těch negativních u okolí, přijímání a poskytování kritiky a z toho vyplývající faktor pozitivního tlaku vrstevníků. Kritika, jako ukázané zprostředkování emocí nebo na druhou stranu vlastní potlačované emoce, mnohdy spojené s traumatizujícími zážitky v minulosti a jejich svobodné projevení v terapeutické situaci, vede k učení porozumění a vyjadřování svých emocí. Emoční uvolnění, katarze, sebeprojevení nebo sebeodhalení jsou poté prostřednictvím objevení a vyjádření těchto faktorů pro pacienty zcela novým zážitkem (Kalina & Vácha, 2013).

Léčebné společenství vytváří bezpečné a důvěrné prostředí pro samotnou terapii a umožňuje dávat množství interakcí a zpětných vazeb, které se mohou stát jedním z hlavních nástrojů růstu pacienta. Pokud je léčebné společenství vhodně terapeuticky podporováno, vytváří normy společenství cílené ke snadnějšímu dosažení obecných terapeutických cílů, k hladšímu udržení bezdrogového prostředí, k zvládnutí motivačních krizí u jednotlivých svých členů, k důslednému převzetí kompetencí pacientem za podobu vlastní terapie apod. Kvůli některým zvláštnostem střednědobé léčby (např. častější příjmy či odchody, menší vstupní filtr či spíše zdravotnický charakter zařízení), se daří udržet pouze některé znaky charakteristické pro terapeutické komunity (Dvořáček, 2003).

## **2.3 Klinika adiktologie – Apolinář – lůžkové oddělení – muži (LOM)**

Mužské lůžkové oddělení nabízí komplexní léčebný program pro muže starší 18 let v minimální délce 13 týdnů (základní léčba) s důrazem na psychoterapii, individuální přístup a zapojení co největšího množství podpůrných programů a doporučení (např. rodinné poradenství, psychiatrická péče, programy prevence relapsu, zvyšování frustrační tolerance). Pacienti se zde léčí s jakoukoliv návykovou látkou v případné kombinaci s další psychickou poruchou. Léčba je zcela dobrovolná. Léčba může být na návrh lékaře nebo na žádost pacienta prodloužena. Po dokončení léčby je doporučeno v rámci následné péče se zapojit do doléčovacího programu Doléčovací program zahrnuje ambulantní doléčovací skupiny a týdenní opakovací pobyty, indikované optimálně každé tři měsíce minimálně po dobu prvního roku od ukončení základní léčby.

Program léčby je sestaven tak, aby vhodnými podmínkami vystavil pacienty situacím, které v minulosti neuměli zvládat. Program zahrnuje psychoterapii, ergoterapii, sport, relaxační techniky, přednášky se studiem odborné literatury a kulturní večery. Doporučovanou součástí léčby je zařazena rodinná terapie, a to ve formě týdenní hospitalizace rodinného příslušníka na oddělení v posledním měsíci léčby. Návštěvy jsou

možné až po třech týdnech léčby, a to pouze v sobotu (10-16:30) a v neděli (13:00-16:30). První vycházka pak od pátku (17:00) do neděle (17:00) v šestém týdnu léčby. *Hlavním cílem služby* je zvýšení kvality života, stabilizace zdravotního a psychického stavu pacienta, doprovázení při hledání cesty z probíhající závislosti, vytvoření náhledu na své onemocnění v celku v rámci svého života a osobnosti. V případě recidivy (návrat k užívání návykových látek) může být pacient přijat k další léčbě. Základem léčebného programu je psychoterapie (skupinová, doplněná individuální psychoterapií). Tento typ léčebného programu je postaven na principu, jenž vede pacienty k tomu, aby při vynaložení svého vlastního úsilí s pomocí terapeuta využili léčebný program k získání lepšího psychického a somatického stavu (Klinika adiktologie, 2020).

Přestože „Skálův“ léčebný model režimové léčby nesl zjevné znaky toho, čemu bychom dnes v psychoterapeutické terminologii říkali expoziční terapie (např. averzivní terapie formou testování antabusové reakce či dramaterapeutické nácviky odmítání alkoholu za dopomoci simulace baru s reálným alkoholem známé např. z filmu Dobří holubi se vracejí), dnešní pojetí „apolinářské léčby“ nezahrnuje žádné náznaky přímého či nepřímého vystavování pacientů spouštěčům bažení. Přesto se zdá, že dosud neexistuje národní ani mezinárodní konsensus o přínosech či negativech využití prvků expoziční terapie v adiktologii.

### 3. EXPOZIČNÍ TERAPIE

Expozice je nejméně používanou léčbou založenou na důkazech v komunitním prostředí duševního zdraví a pro pracovníky je nejnáročnější technikou v rámci studií účinnosti a implementace. Zatím nacházíme pouze malé množství dat, která upřesňují použití expozice, a která jsou důležitá k tomu, aby identifikovala implementační strategie, jež mohou zvýšit její využití v léčebné praxi (Becker-Haimes et al., 2017).

Tento přístup pacienta systematicky vede k tomu, aby se postupně vystavoval obávaným situacím. Konfrontace s podněty navozující strach, jsou základní součástí behaviorální léčby úzkostných poruch. Může být ve dvou různých formách:

- přímé expozice (tzv. expozice in vivo, pacient je vystaven reálným podnětům, které v něm vyvolávají strach. Tyto podněty mohou být externí, jako jsou například různé objekty či situace, ale také interní, například různé tělesné pocity (bušení srdce, nucení na stolicí atd.)),
- nepřímé expozice (pacient je vystaven obávané situaci ve svých představách).

Aby došlo k zajištění účinnosti této metody, doporučuje se vystavovat pacienta podnětům opakovaně a postupně, na základě předem připravené hierarchie obtížnosti situací. Návčik každé situace (reálné i té představované) by měl trvat tak dlouho, dokud nepřestane vyvolávat strach. V některých případech je obtížné zajistit expozici in vivo, jelikož obávaný podnět je momentálně nedostupný, anebo omezen prakticky, např. expozice in vivo při fobii z létání. Tyto problémy je možné řešit užitím expozice v představě. Byly také popsány případy úspěšného zvládnutí fobií z výšky a z létání za pomoci virtuální reality (Vymětal, 2004).

#### 3.1 Expoziční terapie v léčbě závislosti

Nedávný pokrok v klinických přístupech naznačuje, že opětovné vystavení pacientů vlastním vzpomínkám a zkušenostem vede ke zlepšení léčby duševních chorob. Samostatnou, poněkud kontroverzní kapitolou zůstává využití expoziční terapie u závislých pacientů. Murray (2012) uvádí, že využití expoziční terapie může mít významný pozitivní efekt v léčbě onemocnění. Hlavním problémem při dlouhodobém léčení poruch užívání návykových látek je to, že se vyléčení jedinci vracejí do reálného života, s mnoha vysoce rizikovými situacemi, které jim mohou způsobit relaps. U přístupů používající expozici je jedinec vystaven vysoce rizikovým situacím, přičemž je zabráněno jeho obvyklé reakci na užívání návykových látek. Použití technologie je jedním ze způsobů provádění intervencí, které pomáhají jednotlivcům cvičit dovednosti potřebné k úspěšnému zvládnutí identifikovatelných překážek.

Vzhledem k tomu, že možnosti poučit se ze skutečných životních situací jsou v podmínkách režimové léčby omezené, klíčem je přenést tyto vysoce rizikové situace v reálném čase do prostředí léčby prostřednictvím zprostředkovaného učení spíše než

pomocí samotných konvekčních metod (např. přednášky či diskuze). Jednotlivec je následně poučen o tom, jak tyto podněty efektivně zpracovávat, aby případně nespouštěly relaps. Nedávné ukazatele v klinických přístupech navíc naznačují, že opětovné vystavení pacientů jejich vlastním vzpomínkám a zkušenostem má za následek zlepšení v léčbě jako celku. Návrat k užívání návykových látek po dokončení hospitalizace se běžně vyskytuje vinou mnoha životních překážek. Je výzvou ukázat pacientům, jak se vypořádat s těmito překážkami již během hospitalizace (Prasanthi et al., 2017).

Na podobném principu pracuje kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Ta se věnuje tomu, jakým způsobem vnímáme svět a jak ho interpretujeme. Snaží se tyto naučené vzorce myšlení změnit. Spojuje ovlivňování myšlení s ovlivňováním chování. Jedná se o aktivně orientovanou terapii, založenou na systematickém programu postupných kroků zaměřených na odstranění příznaků, bez podrobného zkoumání minulosti. Předpokládá, že maladaptivní či vadné myšlenkové vzory způsobují maladaptivní chování a negativní pocity. Může se jednat o chování na úrovni fyziologické, emocionální, kognitivní i například motorické. Zakládá se na učení, na schopnosti nasazovat iracionální obsedantní myšlenky či představy do situačního kontextu, snižovat citlivost k situacím, které vyvolávají obsese, jak odolat nutkání ke kompulzím a vžitým rituálům. KBT obsahuje různé množství technik, které pomáhají změnit myšlení a chování pacientů. Jednou takovou technikou je dříve zmiňovaná expoziční terapie – expozice (Čoláková, 2005).

Předchůdcem expozičních přístupů byla metoda nazývaná se systematická desenzibilizace (známá jako odstupňovaná expoziční terapie). Jejím zakladatelem je J. Wolpe, který své pacienty nejdříve učil svalové relaxaci, a potom je v tomto relaxovaném stavu postupně konfrontoval s obávanými podněty v představě. Jedná se o druh KBT, používané v klinické psychologii, která pomáhá překonat fobie a jiné úzkostné poruchy. Proces systematické desenzibilace se vyskytuje ve třech krocích: 1) identifikace úzkosti hierarchií expozice (seznam objektů a situací, kterých se jedinec obává nebo se jim vyhýbá a jež vyvolávají u jedince úzkost), 2) učení relaxace či zvládnání technik (jedinci uvolňují různé části těla, dokud nedosáhnou stavu klidu), 3) překonávání situací v hierarchii obav (cílem je, aby se jedinec naučil, jak překonat strach v každém stupni hierarchie) (Vymětal, 2004).

Ukázalo se, že KBT je vysoce účinná v porovnání s jinými empiricky podporovanými léčbami pro poruchy užívání návykových látek, jako je například motivační rozhovor, kdy se běžně využívá jako doplněk pro farmakoterapeutické studie. Primární důvod pro existenci smíšených důkazů se týká mechanismu, jakým je tradiční KBT využívána. Intervence podané v počítačové formě mohou usnadnit hodnocení mechanismů aktivních složek péče ve více zaměřené formě, než je možné u léčebných postupů podávaných terapeutem (Kiluk, 2019).

Například klinická studie ve Spojených státech, vedená Carroll et al. (2008), používala video či krátké filmy s využitím herců a realistického nastavení scény k posílení učení specifických dovedností kognitivně-behaviorálního tréninku za účelem snížení užívání



látek. Tento program (šesti-módový počítačový výcvik kognitivní terapie) byl zaveden do standartní léčby závislostí po dobu osmi týdnů. Byl navržen tak, aby byl uživatelsky přívětivý a nevyžadoval předchozí zkušenosti s prací na počítači a obsahoval pouze minimální využití textového materiálu. Multimediální styl programu byl založen na principu počítačových her na základní úrovni a prezentace materiálů byla prováděna v celé řadě formátů včetně grafických ilustrací, videozáznamů, verbálních pokynů a zvukových hlasových přenosů. Program obsahoval šest modulů, které měly následující schéma: 1) porozumění a měnící se vzorce návykových látek, 2) zvládnání bažení, 3) odmítnutí nabídek drog a alkoholu, 4) dovednosti při řešení různých problémů, 5) identifikace a změny myšlenek v souvislosti s drogami a alkoholem, 6) zlepšení rozhodovacích schopností. Každý modul trval přibližně 45 minut, což záviselo na rychlosti práce uživatele a na množství materiálů, které byly použity k opakování jednotlivých modulů. Závěr studie poukazyval na to, že program byl účastníky považován za velmi chytlavý, byl spojován se slibnými výsledky a potenciálně by mohl řešit kritický problém, který souvisí s dostupností KBT v klinické praxi (Carroll et al., 2008).

Kiluk (2019) poukazuje na to, že mnoho metaanalýz dospělo k závěru, že KBT je účinná léčba pro užívání alkoholu či drog, která velikostí účinku je srovnatelná s léčbou u jiných psychiatrických poruch. Počítačová intervence ve spojení s KBT nabízí příslib ve zpřístupnění léčby. Multimediální styly programů by mohly využít kapacity počítačového učení a zprostředkovat dovednosti KBT pomocí řady medií (video, grafika, zvukové instrukce, interaktivní cvičení). Existuje velký potenciál pro technologické intervence, které by rozšířily přístup ke kognitivně-behaviorální terapii a zmenšily tak mezeru mezi výzkumem a klinickou praxí při léčbě poruch užívání návykových látek (Kiluk, 2019).

## 4. FILM

Prezentace edukačních materiálů v samostatném celku, jako je film, představuje v léčbě závislosti volitelnou a alternativní expoziční metodu, která může posílit zkušenost pacientů. Psycho-edukativní filmy se ukazují jako účinné v počáteční fázi léčby, kdy dochází k poskytování vzorů pro identifikaci, změnu, sebeodhalení a snížení obavy z léčby. Vědomé předškolení podané prostřednictvím filmového formátu může zvýšit pozitivní vliv a motivaci k léčbě. Je potřeba více znalostí o tom, jak zkušenosti uživatelů, kontextové faktory a mechanismy související se specifickým obsahem na sebe vzájemně působí (Bjelland, Johansen, Darnell, & Brendryen, 2017). Dle autorů Bjelland et al. (2017) spojení vztahu mezi pacientem a filmem je klíčem k tomu, aby byl film užitečný při léčbě. Což dále znamená, že flexibilita ve filmových tématech a obsahu ve vztahu k různým pacientům je rozhodující. Tato perspektiva v souladu s výzkumem ukazuje, že spojení mezi pacientem a terapeutem je nápomocné při změně, protože vztahová důvěra je základem změny. Zůstává otázkou, zda může dojít k takovému spojení mezi pacienty a svépomocnými materiály, či dokonce dojít k nějakému účinku. Navíc, výzkum nám dokazuje, že poskytování různých metod řešení citlivých témat a podpora autonomie, pozitivně přispívá k procesu léčby posílením účasti pacientů a zkušené spolupráce mezi oběma stranami. Lepší pochopení toho, co ovlivňuje autonomii závislých, může v tomto případě pomoci snížit riziko negativního vlivu a podpořit to, co víme o faktorech, které přispívají k závislosti, stejně jako ke zotavení (Johansen, Darnell, and Franzen, 2013).

Potřebujeme lepší přehled o tom, jak motivovat, přijímat a udržovat pacienty se závislostním chováním v léčbě. Neschopnost zlepšit dodržování léčby závislosti navzdory desetiletím výzkumu, může poukazovat na výzvy související s kulturou poradenství. (Bjelland et al., 2017). Studie z roku 1996 hodnotí účinnost léčby závislostí. Autoři ve své studii přišli na to, že problémy související se závislostí, které ohrožují zdraví jedince a zhoršují sociální funkce, jsou důležitými hledisky pro pacienty, jejich rodiny a společnost. Proto by se na ně měla zaměřit pozornost v rámci zlepšení úspěšné léčby návykových látek. Poukazují na to, že se ukázala zjevná variabilita účinnosti léčby návykových látek napříč různými službami, způsoby a programy, kdy ne všechny léčby jsou účinné. Léčebné programy se liší zejména v typech a množství léčebných služeb, které poskytují (McLellan et al., 1996).

Velmi zajímavou metodou v oblasti zkoumání filmové intervence a k získání potřebných dat, je použití ohniskových skupin. Diskuze v rámci ohniskových skupin slouží ke kolektivnímu výzkumu jazyka, hodnot, vzorců chování, přání, postojů a názorů. Jedná se o metodu povzbuzující spontaneitu a skupinovou interakci, umožňující pozorovat účastníky cílové populace, aktuálně reagující na dané téma. Klade se důležitost na dynamiku skupiny. Dynamika vztahů mezi členy skupiny je základním předpokladem a nástrojem výzkumníka, obdobně jako míra strukturace podnětového materiálu, usnadnění dění ve skupině atd. Důležitým prvkem je interakce účastníků na sebe navzájem a nikoli pouze ve vztahu k výzkumníkovi (Morgan, 1997).

Inspirací pro zvolení metody ohniskové skupiny ve mém výzkumném šetření mi byla studie s názvem *Kolik tváří nabízí Bergmanova pečeť?*. Studie byla zaměřena na černobílý snímek s názvem *Sedmá pečeť* od Ingmara Bergmana z roku 1957. Princip této studie spočíval v tom, že studenti filmového semináře (Katedra psychologie FFUP) společně shlédli snímek a následně diskutovali formou metody ohniskových skupin se zaměřením na to, co při sledování prožili a jak tento prožitek měli spojený se svými individuálními významy. Nejzajímavějším zjištěním bylo, že se výsledek při použití různých metod lišil v důrazu na témata a že se studenti v názoru na hlavní významové těžiště filmu lišili od filmových kritiků a dalších profesionálů (Mioviský, 2010).

Výhoda ohniskových skupin vzniká v tom, že kromě zaznamenávání skupinového rozhovoru, dochází také k pozorování interakcí, jež jsou vyvolány daným tématem. Společný rozhovor o určitém tématu a sdílení názorů, zkušeností a prožitků spojených s danou problematikou otevírá leckdy nečekané obzory a posouvá celkovou diskuzi k tématům, která by za normálních okolností téměř jistě nevyšla na povrch.

Nevýhoda ohniskových skupin spočívá v roli moderátora diskuze, který by měl mít osvojené komunikační strategie a dovednosti, velmi dobré předpoklady pro práci se skupinou a skupinovou dynamikou. Náročná je i samotná analýza dat, která klade obrovské nároky na zkušenosti tazatele (Klinika adiktologie, 2019).

Tato diplomová práce slouží jako pilotní projekt, který zatím v této formě v České republice neproběhl a celosvětově lze najít pouze malé množství podobných studií. Využití prvků expoziční terapie pomocí filmové intervence má vystavit pacienta situacím (ve vizuální podobě), ze kterých má obavy a zároveň v něm vyvolává různé pocity. V případě mé výzkumné studie využiji film na principu postupné opakované expozice (což je charakteristické pro KBT) v chráněném prostředí léčebného zařízení pomocí nepřímé expozice (vizuální a akustická podoba).

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 5. CÍL VÝZKUMU

Cílem tohoto výzkumu je zkoumat možnosti filmové intervence jakožto doplňku ke standardní režimové léčbě závislostí na lůžkovém oddělení pro muže Kliniky adiktologie a jejího přínosu pro motivaci pacienta. Prostřednictvím výzkumných otázek jsem se snažila zodpovědět, jaký mají filmy efekt na subjektivní prožívání pacienta v souvislosti s probíhající léčbou.

## 6. VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Pro účely této diplomové práce jsem si stanovila následující výzkumné otázky:

- 1) Jaká je aktivita v ohniskových skupinách po dobu výzkumu?
- 2) Jak tato léčebná intervence případně její léčebné součásti ovlivnily motivaci v léčbě?
- 3) Liší se pocity pacienta po shlédnutí filmu a druhý den po ohniskové skupině?
- 4) Jak se změnil náhled na konkrétní obtíže pacienta před shlédnutím prvního filmu a po shlédnutí všech tří filmů?

## 7. METODA VÝBĚRU VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Základní soubor tvoří pacienti léčení v ústavní léčbě. Výběrový soubor tvoří pacienti vybraného zařízení ústavní léčby (Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN, lůžkové oddělení – muži) účastníci se základní léčby. Ze základního souboru jsem záměrným účelovým výběrem sestavila výzkumný soubor, který splňuje předem daná požadovaná kritéria. Zařazení potenciálních účastníků výzkumu proběhlo na základě následujících kritérií:

1. dobrovolnost účasti na výzkumu,
2. mužské pohlaví,
3. věk 18-65 let,
4. pacienti v třetím týdnu léčby,
4. stabilizovaný fyzický stav,
5. závislost na alkoholu, jiných psychoaktivních látkách, patologickém hráčství, případně zkřížené závislosti,
6. povinná abstinence.

Vybraná kritéria, která pak sloužila k nezařazení do výzkumu:

1. věk méně než 17 let a více jak 66 let,
2. stav vyžadující intenzivní péči (JIP, ARO),
3. intelekt a volní schopnosti, které neumožňují zapojení do ohniskové skupiny,
4. porušování abstinence.

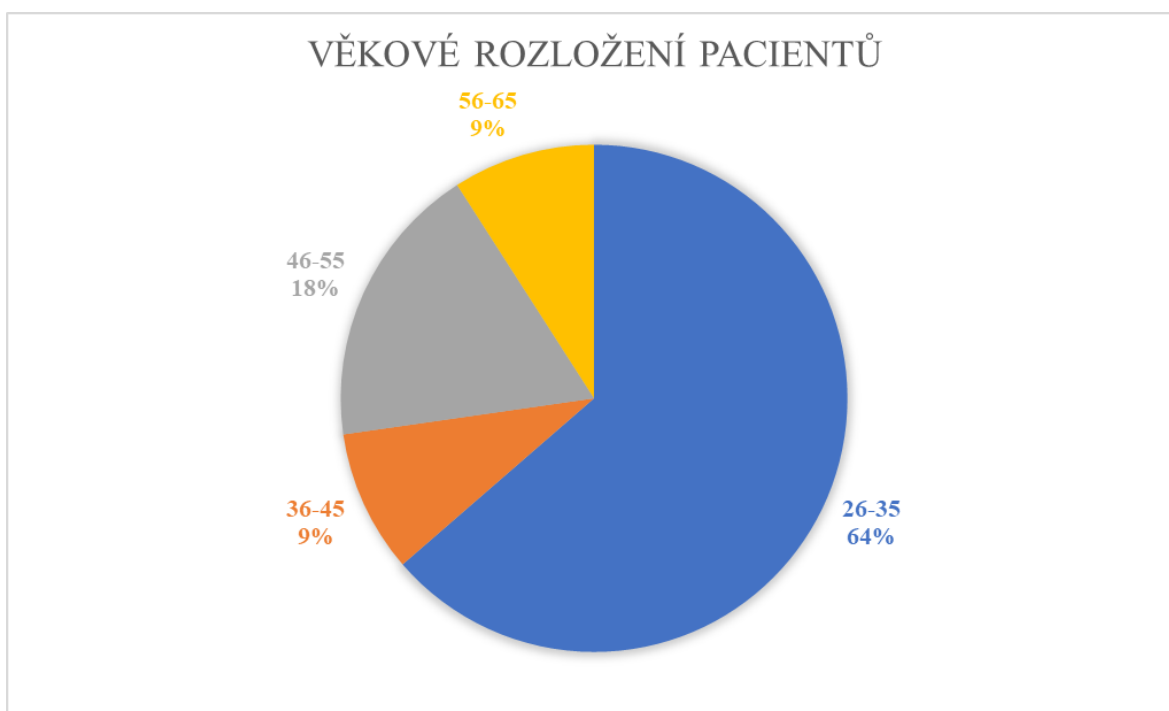
Tím je myšleno, že na základě výše popsaných kritérií pro zapojení do výzkumu došlo cíleně k oslovení všech pacientů, kteří splňují kritéria a současně byli ochotni se do výzkumu zapojit. Pacienti byli o výzkumu informováni před mým příchodem pracovníky dané služby a tím měli dostatečný čas na rozmyšlenou se do výzkumu zapojit. Informace o výzkumu byly vyvěšeny i na dostupné nástěnce. Následně jsem navštívila danou službu osobně, kde již v předem dohodnuté místnosti se nacházeli pacienti mající o výzkum zájem a v tento den již došlo ke sběru dat. Do výzkumu se dobrovolně přihlásilo 22 pacientů, z toho 10 pacientů shlédlo všechny 3 filmy. Individuální sebeposuzovací dotazník (Příloha 3) vyplnilo ze zmíněných 10 pacientů pouze 6 pacientů. Zpětné vazby se mi podařilo získat od 5 pacientů.

## 8. VÝZKUMNÝ SOUBOR

U pacientů byly úvodním dotazníkem (demografické šetření – Příloha 2) zjišťovány socio-demografické údaje – věk, druh závislosti, rodinný stav, nejvyšší dosažené vzdělání a pracovní pozice, ve které pracují.

V případě mé diplomové práce se jednalo celkem o 22 pacientů. Věkový průměr činil 39 let, kdy nejstarší pacient měl 63 let a nejmladší 27 let. Věkové rozložení výzkumného souboru popisuje obrázek č. 1. Při zpracování grafu jsem odebrala kategorii zahrnující věkovou skupinu 18-25 let, jelikož jsem žádného pacienta v této věkové skupině neměla. Dolní hranice u mě začínala v rozmezí 26-35 let, jednalo se o nejpočetnější věkovou skupinu s 14 pacienty. Horní hranice byla v rozmezí 56-65 let a tvořily jí 2 pacienti. Ostatní věkové skupiny byly zastoupeny odlišně, věková skupina 36-45 let zahrnovala 2 pacienty a věková skupina 46-55 let 4 pacienty.

Obrázek 1: Věkové rozložení pacientů



Tabulka 2 shrnuje zastoupení pacientů ve výzkumném souboru z hlediska věku, rodinného stavu, nejvyššího dosaženého vzdělání a zaměstnaneckého statusu. Tabulku jsem rozdělila dle shlédnutých filmů.

Tabulka 2: Rozložení pacientů v celém výzkumném souboru dle jednotlivých kategorií

Pacienti	Věk				Rodinný stav				Vzdělání				Zaměstnání							
	26-35	36-45	46-55	56-65	svobodný	ženatý	rozvedený	vdovec	s druhem/družkou	základní	vyučení bez maturity	střední odborné bez maturity	úplné střední odborné s maturitou	Nástavbové studium, více středních škol	Vysokoškolské vzdělání	zaměstnanec	osoba samostatně výdělečně činná	v pracovní neschopnosti; rehabilitace	ve starobním důchodu	nezaměstnaný, neevidovaný
<b>Aberdeen</b>	2	2	1		3	1	1			1		1		2	1	2	2	1		
<b>Perniková věž</b>	3	1	1		3	1	1			1	1	1		1	1		3	1		1
<b>Kdysi byli bojovníky</b>	6	1	2		4	2	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	5	2		1
<b>Zrodila se hvězda</b>	4		1		3	1		1			2	3					3	1		1
<b>Kobry a úžovky</b>	3		1	2	2	2	1		1		1		4		1	2	3		1	
<b>My děti ze stanice ZC</b>	4		1	2	4	2	1			2			4		1	4	1	1	1	
<b>Ikarův pád</b>	5		1		3	1	1		1	2	1		2		1	3	1	2		
<b>Všemocný</b>	4				3				1	2	1	1				2		2		
<b>Leaving Las Vegas</b>	2				1				1	1	1					1		1		

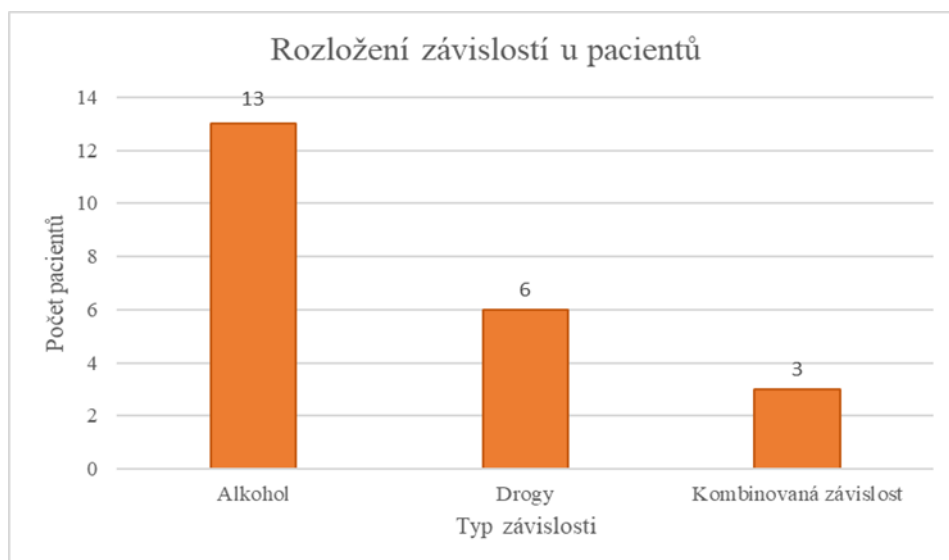
V tabulce 3 jsem se zaměřila na celkové zastoupení pacientů u jednotlivých kategorií. Tabulka znázorňuje nejenom počet, ale i procentuální zastoupení u jednotlivých kategorií v celém výzkumném souboru. Ukazuje se, že více jak polovina pacientů z celkové počtu byla ve věku 26-35 let (63,6 %). V případě rodinného stavu bylo nejvíce zastoupených svobodných pacientů (54,5 %), pouze jeden pacient uvedl, že je vdovec (4,5 %). Nejvyšší dosažené vzdělání má podobné zastoupení pacientů u jednotlivých typů nejvyššího vzdělání, kdy o jednoho pacienta převažuje vzdělání úplné střední odborné s maturitou (22,7 %), pouze dva pacienti mají nástavbové studium či více středních škol (9,1 %). Pacienti u kategorie zaměstnání uváděli nejčastěji, že jsou osoby samostatně výdělečně činné, dále také bylo silné zastoupení zaměstnaneckého pracovního úvazku. Pouze jeden pacient uvedl, že je ve starobním důchodu.

Tabulka 3: Zobrazení celkového počtu pacientů s procentuálním zastoupením dle jednotlivých kategorií

Pacienti	Věk				Rodinný stav				Vzdělání						Zaměstnání					
	26-35	36-45	46-55	56-65	svobodný	ženatý	rozvedený	vdovec	s druhem/družkou	základní	vyučení bez maturity	střední odborné bez maturity	úplně střední odborné s maturitou	Nástavbové studium, více středních škol	Vysokoškolské vzdělání	zaměstnanec	osoba samostatně výdělečně činná	v pracovní neschopnosti; rehabilitace	ve starobním důchodu	nezaměstnaný, nevídovaný
<b>Celkem</b>	14	2	4	2	12	4	3	1	2	4	4	4	5	2	3	7	8	4	1	2
<b>% z celkového počtu</b>	63,6	9,1	18,2	9,1	54,5	18,2	13,6	4,5	9,1	18,2	18,2	18,2	22,7	9,1	13,6	31,8	36,4	18,2	4,5	9,1

Při zpracování rozložení závislosti pacientů (viz obrázek 2), s níž se přišli léčit, jsem zohlednila i kombinovanou závislost na více návykových látkách. Z celkového počtu ji uvedli pouze 3 pacienti (13,6 %). Jednalo se o závislost na alkoholu a drogách. Jednotlivé sloupce znázorňují pouze alkohol, drogy a kombinovanou závislost s jejich frekvencí. Žádný z pacientů nevedl, že se léčil se závislostí na gamblingu. Největší zastoupení měla závislost na alkoholu, konkrétně u 13 pacientů z celého souboru (59,1 %).

Obrázek 2: Rozložení závislostí u pacientů





## 9. METODA SBĚRU DAT

Pro účely této diplomové práce jsem zvolila evaluace procesu. Ta se využívá k tomu, aby se zjistilo, zda intervence fungují tak, jak by měly. Konkrétně v tomto výzkumu došlo k hodnocení možnosti filmové intervence na zaběhnutém filmovém semináři. Zkoumala jsme intervenci jako celek, nezaměřovala jsem se pouze na individuální změnu. Evaluace procesu tedy celkově hodnotí stávající program a tím přispívá ke zvýšení jeho kvality a efektivity. Dochází, popřípadě k identifikaci oblastí, kde je možné něco zlepšit. Evaluace procesu se bezprostředně netýká změn, které v rámci léčby mohou nastat u pacientů, ale spíše se zaměřuje na funkčnost léčebných služeb. Hodnotí se průběh implementace a vliv účinku na různé pacienty. Zjišťuje, jakým způsobem se intervence uskutečnila, zdali byla provedena v souladu s původním plánem a jestli dosáhla na plánovanou cílovou skupinu. Výzkumník vychází z výpovědí přímých účastníků či vlastního pozorování (WHO, 2000).

Sběr dat jsem získala formou audiozáznamu z ohniskové skupiny a pomocí dotazníkového šetření každé tři týdny na Klinice adiktologie, lůžkové oddělení – muži, ve velké terapeutické místnosti v předem domluvený čas. Dotazníky se administrovaly skupinově u všech pacientů. Při vyplňování dotazníků se bralo v úvahu, že je potřeba si vyhradit dostatek času (na zodpovězení veškerých otázek, vysvětlení postupu vyplňování a podobně). Z důvodu zachování naprosté anonymity se každému pacientovi přidělil nezaměnitelný kód, který usnadnil analytickou práci s daty.

### 9.1 Dotazníkové šetření

Pro účely této diplomové práce jsem použila několik typů dotazníků. Při náboru nových pacientů do výzkumu se první den (pátek) již s pacienty, kteří se výzkumu chtěli dobrovolně zúčastnit, podepsal informovaný souhlas se zařazením do studie (viz Příloha 1) s demografickým šetřením (Příloha 2). Ve stejný den pacienti vyplnili Individuální sebesposuzovací dotazník (PQ, Elliott, Mack and Sharpio, 1999 – Příloha 3), který v tomto výzkumném šetření sloužil jako ukazatel terapeutické změn.

Individuální sebesposuzovací dotazník, jenž je vytvořen ve spolupráci s pacientem, slouží ke sledování průběhu změny v konkrétních obtížích pacienta. Pacient poté v dotazníku na sedmibodové škále vyjadřuje, do jaké míry jej jednotlivé potíže momentálně trápí. Zprůměrováním položek vzniká celkový skóre (Elliott, Mack and Shapiro, 2016).

Následující den (sobota), probíhal filmový seminář, s promítáním filmů s tematikou obsahující závislost a jejich léčbu z českého i zahraničního prostředí z různých epoch kinematografie, které mapovaly alkohol, drogy či zkřížené závislosti. Před filmovým seminářem a následně po skončení promítání filmu se využil ke zkoumání náhledu na konkrétní obtíže Dotazník inspirovaný 30denním testem abstinence (30DTA, Randák & Víchová, 2007 – Příloha 4) s Dotazníkem prožitku štěstí (Happiness Measures, Fordyce, 1988 – Příloha 5).

## 9.2 Ohnisková skupina

V neděli byla využita probíhající aktivita v ohniskové skupině. Rozhovory se vedly individuálně v tiché nerušené místnosti, kdy se souhlasem účastníků výzkumu byly nahrávány na zvukové záznamové zařízení a doslovně přepsány.

Moderátorovým úkolem je účastníky ohniskové skupiny především podněcovat, povzbuzovat v zapojení do diskuze a pomáhat jim ve vyjádření jejich názorů a pocitů. (P19: „Mně se líbilo, jak řekl P18, jak to může být pro někoho ponaučující anebo to pro někoho může být v podstatě návod, takže souhlasím s touhleto verzí.“

Studentka (S): „A Vy byste se na něj podíval znovu?“

P19 „Spíš bych ho někomu doporučil, kdo má problémy doma s drogama.“

S „Takže pro Vás je spíše odstrašující?“

P19 „Ano, je.“)

Osobnost moderátora představuje klíč pro úspěch ohniskové skupiny. Jeho schopnost zaujmout, umět pracovat s atmosférou skupiny a skupinovým děním, využít přirozené autority, toto jsou vše dovednosti, jenž z moderátora vytváří klíčového aktéra ohniskové skupiny. S moderováním ohniskové skupiny jsem se setkala poprvé, proto než došlo k ostrému průběhu skupin, vyzkoušela jsem si moderování na zácvičné ohniskové skupině pro získání zkušeností (film *Anděl Exit*), kde jsem byla pod dozorem supervizora (psychologa oddělení) se zkušeností vedením skupin.

Stejně jako rozhovor má ohnisková skupina tři formy: strukturovanou, semistrukturovanou a nestrukturovanou. Míra strukturovanosti je dána rozsahem přípravy tematických okruhů, pokud je či není dáno pevné pořadí otázek a pokud je možná flexibilita úprav. V případě této diplomové práce jsem využila semistrukturovanou podobu ohniskové skupiny, která má výhodu, že udržuje určitou základní úroveň diskuze o jednotlivých okruzích/polokruzích témat, a přitom dává účastníkům dostatečný prostor na individuální vyjádření i prostor pro práci se skupinovou dynamikou. Jako moderátor skupiny jsem pacientům kladla následující otázky: „Jak se aktuálně cítíte?“, „Pomohl vám časový odstup po dosledovaném filmu?“, „Jaké scény ve filmu vám přišli silné?“, „Měli jste během filmu chuť na návykovou látku?“, „Co vás ve filmu zaujalo?“, „Vzpomněli jste si na svou vlastní zkušenost se závislostí?“, „Pomohlo vám toto sezení k utřídění myšlenek a zpracování pocitů?“, „Podívali byste se na tento film znovu a dokázali byste říct, proč ano, proč ne?“.

Tato podoba již vyžaduje také hlubší přípravu strategie moderování. Považuje se za vhodné, aby se výzkumník uměl ve vhodné chvíli do diskuze přidat a aktivně ji facilitovat, a v jiné chvíli zase se z diskuze pro změnu zcela stáhnout a nezasahovat do ní („*Já vás trochu stopnu. Jsou tady dva zajímavý pohledy. Někdo by to tedy zkusil a Vy byste do toho nešel. Ještě se zeptám ostatních, jak byste reagovali, kdyby k vám někdo přišel a takhle by vám něco nabídnul. Co byste dělali?*“ ... „*Teď máme ještě chvíli čas, tak zase nechávám prostor, kdybyste se chtěli navzájem na sebe něco zeptat nebo jestli vás něco napadlo během filmu,*

*co byste chtěli probrat s ostatními.”... „Jak si myslíte, že mohlo působit rodinné prostředí na ty děti?“*) (Miovský, 2006).

Ohnisková skupina má minimálně čtyři úseky: zahájení skupiny, úvodní diskuze, a motivační práce, jádro diskuze a ukončení diskuze. Mezi základní pravidla ohniskových skupin lze zařadit:

- mluví vždy pouze jedna osoba;
- diskuze se účastní každý z přítomných účastníků;
- nikdo nemá dominantní roli;
- každý má právo sdělit svůj názor;
- každý má právo se k názoru jiného vyjádřit, ale nemá právo jej odsuzovat či jinak dehonestovat;
- každý má právo odmítnout odpovědět, pokud mu odpověď přijde nepříjemná, a nemůže být donucen odpovědět;
- každý má právo svou odpověď zastavit, nechce-li dále pokračovat;
- každý má právo v případě nutnosti ukončit svou účast ve skupině;
- informace, jenže účastníci sdělí sobě navzájem, patří pouze jim a žádné jiné osobě;
- účastníci se oslovují pouze jménem, nepoužívají pro oslovení nadávky;
- záznam a další údaje z průběhu skupiny slouží výhradně výzkumným účelům a zajišťuje se ochrana osobních údajů.

Cílové skupině se pokládají otevřené otázky tak, aby se na základě získaných odpovědí dala identifikovat témata, která jsou pro ni významná, nebo ze získaných odpovědí zjistit názory a postoje k nějakému fenoménu (např. získání informací o tom, jaké pocity během promítání filmu pacienti pocítovali, jaká témata jim přišla zajímavá, zda si příběh filmu spojili s osobní zkušeností atd.) (Klinika adiktologie, 2019). Ohniskové skupiny jsou tedy oblíbenou metodou pro hodnocení veřejné zkušenosti a porozumění nemoci, identifikace názorů týkajících se rizikového chování a poskytnutí vhledu na to, jak veřejnost vnímá příčiny nemocí. Mohou vytvářet vysoce kvalitní data, protože moderátor reaguje na otázky, objasňuje potřebné informace a vyžaduje podrobné odpovědi. Zároveň se vytvářejí hypotézy při zkoumání nové oblasti (P22: *„Vždycky přemejšlim, jako u každého filmu, odkad’ se to vzalo ten film, ta myšlenka, když jsem přemejšlel nějak hloubš, tak jsem se nějak zamyslel nad tím, jestli už takovýho něco nefunguje a my o tom nevíme, nezdálo se mi to úplně smyšlený a je to zajímavý.”*... P18 *„Já mám ještě jednu otázku – Co byste dělali, kdyby to bylo vaše dítě?“*) (Wong, 2008).

Výzkumný rozhovor probíhal v předem připravené místnosti na oddělení, známé jako velká terapeutická místnost, kde se zajistilo dostatečné soukromí. Místnost byla pro tento účel dostatečně vybavená a prostorná a věřím, že tato okolnost přispěla k dobrému pocitu všech zúčastněných. Pacienti předem znali čas začátku rozhovoru (který se dozvěděli již první den při dobrovolném vstupu do výzkumu) a byli upozorněni, aby se dostavili o deset minut dříve kvůli přednesení pravidel. Také bylo pacientům sděleno, že pro výzkumné potřeby je třeba tento rozhovor nahrávat, kdy po přepsání nahrávky dojde k jejímu

trvalému smazání. Pacienti byli požádáni, aby se během ohniskové skupiny oslovovali pouze svými kódy k zajištění anonymity.

Pacienti byli před samotným začátkem společného rozhovoru požádáni, aby zaujali místa v předem připraveném kruhu. Jejich rozsazení se pak odvíjelo dle přiřazeného kódu. Nahrávací zařízení se následně umístilo doprostřed kruhu. V tento moment, před spuštěním nahrávání, se pacientům přednesly zásady samotného rozhovoru a neposledně se ponechal prostor pro možné dotazy či nejasnosti.

U prvních tří promítaných filmů se dostavil jako přísedící psycholog působící na mužském lůžkovém oddělení Kliniky adiktologie. Myslím si, že to jednotlivé pacienty nijak neovlivnilo. Pacienti psychologa znali, a jelikož vede psychoterapeutické skupiny na oddělení, nijak to neovlivnilo upřímné výpovědi pacientů. Pro mě samotnou to bylo přínosem z důvodu, jelikož jsem se naučila lépe reagovat na probíhající diskuzi mezi pacienty a správně definovat a popsat jednotlivá témata.

Mou snahou bylo vybrat takové filmy, které pro vybrané pacienty byly dostatečně stimulující, probouzely v pacientech emoce a podporovaly skupinou diskuzi. Výběr jednotlivých filmů byl čistě náhodný, s ohledem na střídání závislostí a prostředí. Promítaly se filmy Aberdeen (alkohol, rodinné vztahy), Perníková věž (drogy, mezilidské vztahy), Kdysi byli bojovníky (alkohol, násilí, rodinné vztahy), Zrodila se hvězda (alkohol, drogy, milostný vztah), Kobry a užovky (alkohol, drogy, rodinné vztahy), My děti ze stanice ZOO (drogy, rodinné vztahy), Ikarův pád (alkohol, rodinné vztahy), Všemocný (drogy, mezilidské vztahy) a Leaving Las Vegas (alkohol, milostný vztah).

Samotný rozhovor by se dal rozdělit do dvou úseků. V první části pacienti postupně odpovídali na předem připravené otázky, které i měly sloužit jako prostředek k vtáhnutí do skupinového vnímání a vytvoření té vhodné pracovní atmosféry, která umožní volné asociace bez cenzur. V druhé části se ponechala vzájemná interakce mezi pacienty, za občasného zasahování psychologa či mně samotné.

## 10. METODY ANALÝZY DAT

Kvalitativní metodologie sama o sobě nabízí několik nástrojů porozumění zkoumaného fenoménu. Termínem kvalitativní se rozumí jakýkoli výzkum, jehož výsledků se nedosahuje za pomoci statistických procedur nebo jiných způsobů kvalifikace. Kvalitativní přístup je procesem zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů, jenž je založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi výzkumníkem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího výzkum je s pomocí celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak jednotlivci chápou, prožívají a utvářejí sociální realitu (Švaříček et al., 2007).

### 10.1 Metoda zakotvené teorie

Teorie induktivně odvozená z procesu zkoumání jevu, který reprezentuje. Což se dá vysvětlit tak, že je vytvořena a prozatímně ověřena prostřednictvím systematického shromažďování údajů o zkoumaném jevu a následné analýzy těchto údajů. Čímž se fáze shromažďování údajů, jejich analýza a samotná teorie navzájem doplňují. Nezačíná se teorií, jak bývá obvyklé v oblasti kvantitativní teorie, která by se následně ověřovala. Začíná se zkoumanou oblastí, fenoménem a nechává se v průběhu výzkumu „vynořit“ to, co je v této oblasti významné, aniž by se to dopředu jakkoli předjímal a označovalo (Miovský, 2006).

Celý proces sběru a analýzy dat jsem postavila na hledání pojmů, které se během diskuze v ohniskových skupinách objevovaly a následném odhalování vztahů mezi nimi. Snažila jsem se o zachycení jevu v jeho dynamičnosti. Pacienti k jednotlivým filmům vytvářeli témata, která jsem se následně při jejich analýze snažila označit a pojmenovat. Diskuze probíhala zcela volně, pouze s mým občasným zásahem, když jsem cítila, že nabírá nový směr, který nesouvisí se zaměřením mého výzkumu. Na metodu zakotvené teorie jsou kladeny čtyři základní požadavky (Corbin & Strauss, 1999):

- Shoda mezi pozorovanými a kódovanými skutečnostmi;
- Vystavění teorii na základně empirických, ověřitelných a srozumitelných poznatků;
- Schopnost vypovídat o podobných jevech, vysvětlovat tyto jevy, eventuelně být schopen zdůvodnit, jak fungují a proč například jiné fungují jinak;
- Zpětné ověření vybudované teorie s výchozími daty.

V rámci této metody se objevují klíčové pojmy, kterým je třeba věnovat pozornost. Mezi ně patří *teoretická citlivost*, která značí schopnost vzhledu výzkumníka do souvislostí výskytu, vývoje a charakteru zkoumaného fenoménu. Jedná se o schopnost rozpoznat, co je v získaných údajích důležitého, a umět v údajích nalézat smysl. Dalším důležitým pojmem jsou tzv. *významové jednotky*, kdy se jedná o určitý vymežitelný úsek většinou textu, který je nositelem nějaké informace (Miovský, 2006).

## 10.2 Kódování dat

Kódováním se rozumí rozkrývání získaných dat k jejich interpretaci, konceptualizaci a nové integraci. Všechny procedury kódování se mohou používat odděleně, ale také mezi nimi může výzkumník dle jeho potřeby procházet (Hendl, 2005).

Průběh jednotlivých ohniskových skupin (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9) jsem zaznamenávala na diktafon. Pro další práci se získaným datovým materiálem bylo nutné pořídit transkripci zaznamenaných ohniskových skupin. Zvolila jsem doslovnou transkripci v programu Microsoft Office Word 2016. U doslovných přepisů ohniskových skupin je významné vynechat v textu nepodstatnou slovní vatu a výrazy, které nesdělují explicitně vyjádřenou informaci a bourají plynulost rozhovoru. Adekvátní transkripci lze zkontrolovat opakovaným poslechem nebo s využitím dalšího člověka (Miovský, 2006). Celkový text jsem ponechala v jeho původní podobě, s chybami ve větné skladbě a nespisovnými výrazy.

Veškerá shromážděná data ve formě textových dokumentů jsem následně postupně pečlivě a opakovaně pročítala. Zvolila jsem metodu *obsahové analýzy*. Ta se používá v případech, kdy výzkumník nemá k dispozici nepřeborné množství zkoumaných materiálů. Touto metodou se analyzuje pouze několik málo textů, zato z mnoha různých aspektů. Výchozím bodem se stává definice a identifikace vhodných dokumentů pro zamýšlenou obsahovou analýzu – v tomto výzkumu byly data vytvářeny za pomoci ohniskových skupin. Dále probíhala fáze shromažďování údajů a jejich třídění. Následovalo definování základních jednotek a tvorba systému kategorií a těmto kategoriím odpovídající kódy (Miovský, 2006).

V textu jsem označovala jednotlivá témata, která se nějakým způsobem vztahovala k výzkumnému zaměření. Z označených témat jsem následně vytvořila široký seznam. Zároveň jsem si ve formě poznámek zaznamenávala možné vztahy a souvislosti mezi jednotlivými tématy. Celý tento proces probíhal opakovaně, analyzovaný text jsem pročítala mnohokrát a jednotlivé pojmy prošly postupně mnoha úpravami s ohledem na jejich adekvátní ustavení.

Při samotném zpracování dotazníků jsem je nejprve roztrídila podle jednotlivých dnů. Všechny dotazníky již byly předem očíslované (např. P1, pacient 1), zkontrolovala jsem úplnost vyplněných otázek a postupně zapisovala výsledky do připravené tabulky v programu Microsoft Office Excel 2016. K dalšímu zpracování dat jsem použila kontingenční tabulky tabulkového procesoru programu Microsoft Office Excel 2016. Data byla dále zpracována do podoby různých druhů grafů a tabulek.

## 11. ETICKÉ ASPEKTY

Během realizace kvalitativního výzkumu jsem dbala na to, aby nedošlo k ohrožení pacientů při získávání a interpretaci dat. Všichni pacienti účastníci se výzkumu, podepsali Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu (vzor viz příloha 1). Design výzkumného záměru byl schválen etickou komisí VFN pod registračním číslem 682/19 S-IV.

V rámci zapojení pacientů Kliniky adiktologie do výzkumu byla zachována jejich anonymita a pacienti byli seznámeni s cílem studie a veškerými souvisejícími informacemi. Zajistila jsem ochranu osobních údajů, aby pacienti nemohli být identifikováni. Po zpracování údajů a potřebných informací z audiozáznamu z ohniskové skupiny došlo k jeho zničení. Personálu oddělení jsem uváděla pravdivé informace o účelu výzkumu. Veškeré informace o pacientech sloužily pouze ke studijním účelům. Pacienti byli zařazeni do výzkumu dobrovolně s možností svoji participaci kdykoliv odvolat bez udání důvodů. Výsledky mohou být využity pro odborné publikace.

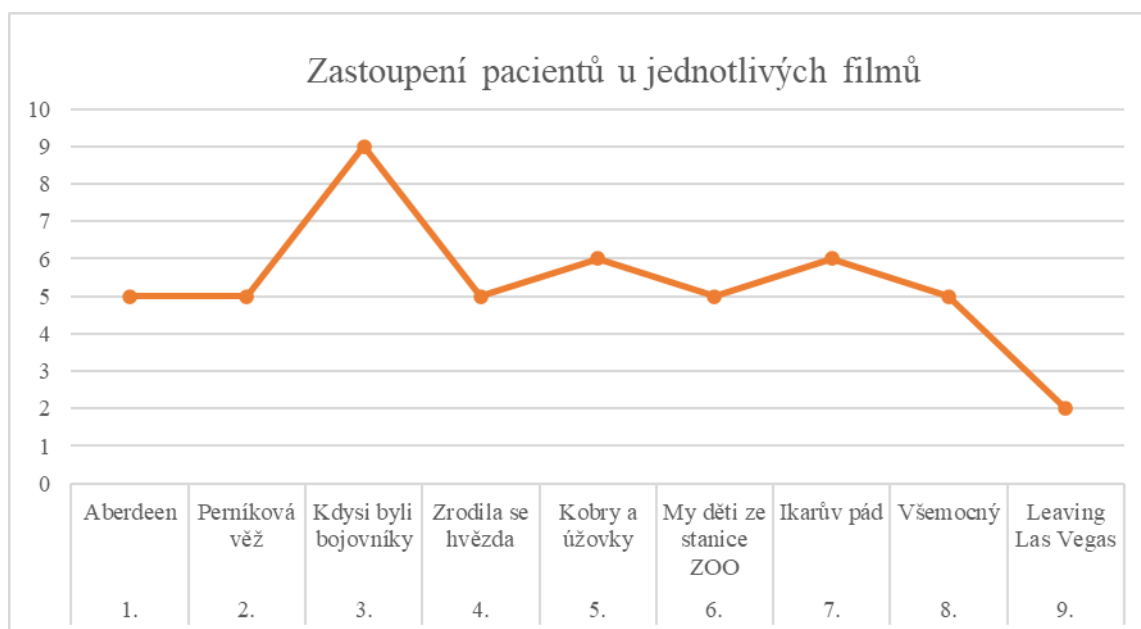
## 12. VÝSLEDKY

Výsledná data jsou prezentována dle jednotlivých rozhovorů z ohniskových skupin a údajů z dotazníkového šetření. Pro lepší přehlednost jsem citace z rozhovorů označila jako P1 (pacient 1) a rozlišila kurzívou.

### 12.1 Obsahová analýza ohniskových skupin

V obrázku 3 uvádím, kolik pacientů se zúčastnilo promítání u jednotlivých filmů. Největší zastoupení pacientů měl film *Kdysi byli bojovníky*, nejméně pak film *Leaving Las Vegas*, u kterého jsem již nenabírala nové pacienty. Jelikož se jednalo o poslední film, zahrnula jsem jen ty, kteří zhlédli předchozí film. Shodou okolností se jednalo o pacienty, kteří se zúčastnili předchozích dvou promítání a poslední promítaný film byl jejich třetím.

Obrázek 3: Zastoupení pacientů u jednotlivých filmů



Níže pojednávám o skupinové dynamice ohniskových skupin. Z důvodu rozsahu diplomové práce, kdy jednotlivé přepisy obsahovaly až 10 stránek, se odkazuji pouze na vybrané fráze, které jsem považovala za relevantní.



### 12.1.1 Aberdeen

2.6.2019

První ohniskové skupiny, která se zabývala prožitkem z filmu Aberdeen, se zúčastnilo 5 pacientů. Celková délka rozhovoru trvala 47 minut.

Mezi pacienty vznikaly občas rozporuplné odpovědi. A to například při otázce, zda jim pomohl časový odstup po sledovaném filmu, se jasně ukázala rozdílnost v prožívání.

*P2: „No, včera bych ho hodně ani jinak nekomentoval, rozhodně mi to pomohlo, no, ten odstup času. Bylo to hodně náročný včera.“*

*P5: „Moc ne, protože jsem nejvíc myslel na film, hned potom co jsem šel spát a ještě ráno. Myslím, že by bylo lepší o tom mluvit hned, třeba dvě hodiny potom.“*

Nálada skupiny vlivem zaměření filmu a jeho děje byla napjatá. Ústřední postavou tohoto filmu byla mladá žena, která má otce závislého na alkoholu, pacienti upřednostňovali právě postavu zmiňovaného otce. Ve filmu dochází k tomu, že se po více než 10 letech dcera s otcem setkávají. Jejich setkání s sebou nepřináší radostné chvíle, ale naopak mnoho těžkých situací, které následně pacienti rozebírají. Film je zaměřen na proměnu vztahu mezi otcem a dcerou, kdy na povrch se dostávají dávno zapomenuté události.

*P1: „Zaujalo, (...) ty vztahy mezi těma lidma, jak o byla taková zvláštní rodina, jak to bylo takové vyšponované mezi nima a samotné dobrodružství té cesty. Negativně ten chlap, co se týče toho alkoholu, jak byl schopný okrást vlastní dceru, to mě vzalo v negativním smyslu“*

*P5: „(...) ten film pro mě nebyl reálný, víc pro mě herci byli metafory, měli specifický role, byly nějaký věci, jestli je všechno možný, jestli dokážeš přežít v práci a tak dále. Pro mě celkově filmy o alkoholismu chtějí ukázat, zda jsou reálné nebo ne. Herci dobrý, film, taky, ale reálný ne.“*

*P1: „(...) zatím jsem takhle neklesnul, jak bych mohl klesnout v tomhle filmu (...).“*

*P2: „(...) v podstatě jsem se tam párkrát zablesknul v roli toho opilce, táty.“*

*P3: „(...) už poslední rok jsem se v něm viděl, a proto jsem tady (...).“*

Ve volnější diskuzi, vztahy v rodině, které v tomto ohledu ve filmu byly ukazovány v negativním světle, byly pro pacienty velkým tématem. Pacienti vzpomínali na to, jací oni sami byli před léčbou, reflektovali své pocity, otevírali své zkušenosti celé skupině.

*P4: „Já bych tomu akorát, že mě to prostě připomnělo ten vztah v té rodině, nefunkční, absolutně nefunkční, jak v partnerském vztahu, tak vůči tomu dítěti, ať ze strany matky, tak ze strany toho otce a na poslední chvíli mě ta matka celkem rozčilila nebo mě to štválo, že najednou „umírám a chci zachránit to co jsem podělala za tolik let“ a to mě trochu naštválo, hlavně mi to běželo hlavou a já jsem té holce dost rozuměl a i mě dojala ta poslední scéna, že nesnášela ty chlapy a že může mít znovu někoho ráda, mužského a přitom neměla ráda ani svojí mámu vlastně, takže tam bylo něco špatně prostě. Tohle mě zasáhlo, on byl tvrdý*

*alkoholik, tohle si sám ze sebou nespojuji, ani s nikým z naší rodiny, ale spíš ta pointa toho filmu.“*

*P3: „(...) prostě včera jsem měl ne až takovou bezmoc spíš nechut', ale fakticky jsem chtěl z nějakého důvodu odsud' odejít, asi je to možná spojený s tím filmem, že to možná nedopadlo, jak mělo, ten konec nebyl moc, (...) takže jsem to chtěl zabalit a nebyl jsem rozhodlý, ale přemýšlel jsem nad tím, že půjdu pryč.“*

*P2: „Mě to rozhodilo hodně, (...) hodně pro mě reálná byla ta kombinace alkoholu a drog, jako vystřiženého z mého života. (...) Bylo to prostě zajímavý, ještě ráno jsem z toho byl rozhozený, takže mě to dostalo jako hodně, ještě ráno jsem si musel vzít atarax.“*

*P2: „Já si myslím dokonce, že hodně jsem byl ovlivněn, že v podstatě hodinu předtím, jsem měl dvouhodinové sezení s adiktoložkou, kde jsem vyprávěl celý svůj životopis, bylo to strašně blízko časově sobě, takže se mi to daleko víc prolínalo a myslím, že to proto bylo daleko intenzivnější. Nejdřív si projet životopis s reakcemi adiktologa a potom projet tenhle film.“*

Jeden z pacientů zážitek z filmu dle mého názoru prožíval nejintenzivněji, což mohlo být způsobeno i vlivem nesourodé fáze léčby celé skupiny (pacient se nacházel v první fázi léčby). V tomto pohledu, pak pacient prožíval pocity, kdy mu připadalo, že za vše může on a jeho blízcí naopak ne, pacient se identifikoval s hlavním hrdinou v negativním pojetí. Všimla jsem si, že někteří ze skupiny se pak pacienta pokusili podpořit a změnit úhel pohledu na celkový dojem z filmu.

*P3: „No prostě já jsem se tam viděl, i v tom alkoholikovi jsem se viděl. Prostě byl to blbec, já jsem se v něm viděl, ne že bych byl zlý nebo hrubý nebo špatný, ale v takové ty závislácké manýry. To mě dost nakoplo.“*

*P (psycholog): „A možná tady jste proto, abyste zjistil a dokázal vidět i ty jiné barvy, na který kolegové tady ze skupiny poukazovali, že ten film nebyl tak úplně černobílý. Hrdina měl nějaký svoje vlastnosti, pozitivní i negativní a matka i dcera taky.“*

*P4: „Ale ty sis vůbec neuvědomil, jak ten film vlastně končí. Ten chlap udělal nakonec, i když zjistil, že to není jeho dcera, tak chtěl napravit, všechny ty škody, který spáchal na tom dítěti, tak napravit tím, že si za ní vzal trest, a když mu přišla říct, že není jeho dcera nakonec, že se nemá za co trápit, že vlastně není její otec, tak on přesto řekl, že mu to nevadí a spolu tančili. Tohle to už si neviděl.“*

Celý rozhovor se k závěru stočil k rozdílům mezi závislostí na alkoholu a drogách. Z dat, které mi poskytla analýza dotazníků, jsem věděla, že pouze pacient s kódem P3 se léčí pro závislost na drogách, ostatní se závislostí na alkoholu. U tohoto pacienta bylo jasné ztotožnění s postavou otce.

*P3: „P4 a P5, zdá se mi, že omlouváte svůj alkoholismus.“*

*P3: „Mně přijde, že alkoholik ublíží víc než feťák, protože alkoholik neví, co dělá, feťák si je vždycky vědom, co dělá.“*

*P1: „Myslím si, že tady v tomhle nemáš pravdu.“*

*P2: „Souhlasím.“*

*P4: „Souhlasím stoprocentně.“*

*P5: „Já si myslím, že tohle není soutěž mezi alkoholikama a feťákama.“*

K závěru se pacientům položily poslední dvě otázky, týkající se toho, zda jim toto sezení pomohlo a jestli by se podívali na film znovu. Celá diskuze ohledně dvou ústředních postav způsobila, že atmosféra skupiny již nebyla tak napjatá, někteří to i reflektovali ve svých odpovědích na poslední dvě otázky. Dle mého názoru, skupinové vnímání filmu, proložené vlastními názory některým pomohlo v tom, aby neměli jeden specifický, vytvořený názor na pojetí filmu, ale dívali se na prožitek komplexně.

*P1: „(...) pocitů z toho mám dost tady z té skupiny, (...) cítím se trošku hůř, ne úplně zle, spíš téma k přemýšlení.“*

*P2: „(...) v podstatě to vidím z jiných úhlů pohledu a jiných míst celý ten film, koukám na to očima vás všech.“*

*P2: „Když ten film vidíte po několikátý, tak si tam vždycky něco najdete a teď kon samozřejmě, bych ten film zkoušel sledovat i vlastně z těch dojmů co mají ostatní a zaměřil bych se a rozhodně bych z toho měl větší prožitek. Rozhodně se na něj znovu podívám.“*

*P3: „Je mi lépe.“*

Ocenila jsem otevřenost skupiny a její pohled na prožitek z filmu. S touto skupinou se mi snadno pracovalo, diskuze probíhala bez větších zásahů z mé strany. Pacienti byli sdílní, popisovali své pocity a svěřovali se se svými zkušenostmi z minulosti.

### **12.1.2 Perníková věž**

**23.6.2019**

Druhá ohnisková skupina zaměřená na prožitek z filmu Perníková věž, trvala 53 minut. Celkem se rozhovoru zúčastnilo 5 pacientů, z toho 2 pacienti byli nově příchozí.

Všimla jsem si, že živost diskuze se vždy odvíjela podle toho, zda pacienti film zaujal, dokázali se s některou postavou ztotožnit a celkově film pro pacienty neobsahoval nereálné scény nebo tematiku.

*P1: „(...) nebyl jsem si jistý, jestli to bylo natočené původně jako komedie nebo vážnej film, chvílema to bylo vtipný, chvílema ani ne. Nějak extra mě to nezaujalo.“*

*P6: „(...) podle mě scény v tom filmu, že to tak v životě vůbec není, o tý holce a pak potom pervitinu, myslím si, že to tak vůbec není.“*

*P7: „(...) celkově mě ten film nějak nezaujal, ale kdybych měl vybrat nějakou konkrétní scénu, které mě zaujala, tak to byla ta smutná scéna na konci. To bylo docela hluboký, to bylo to nejhlubší z celého toho filmu, jak vlastně on přišel na to, že jí zabil sám. To bylo*

*takový v podstatě, to by se mohlo stát i v normálním životě někoho. Zním pár takových známých.*“

Ačkoliv film pacienty nezasáhl, což se následně projevovalo i při společném rozhovoru, pacienti hovořili o podobnosti svého rodinného života s rodinným životem hlavní postavy. Příběh filmu byl zaměřený na mladého kluka, který ztratil životní lásku a hodlal smrt své milé pomstít. Pocházel z rodinného prostředí, kdy si rodiče nepřipouštěli, že jejich syn má nějaký problém – v tomto případě se jednalo o drogovou závislost.

*P5: „(...) tím rodičům rozumím, že si tak nějak, nepřipouštěli takový větší problémy, spíš to viděli jako nějaký pubertální výstřelky, já jsem to měl podobný, i ten pokoj, stejnej styl bordelu, i ta moje máma byla taková benevolentní, skoro v uvozovkách bez zájmu, protože než přijde nějaký pořádný průšvih, ti rodiče mi přišli úplně reálný.“*

*P6: „Já si myslím, že to bylo reálný, protože jsem to měl dost podobný s rodičema. Taky se snažili tomu nedávat úplně nějakou vinu, byli hodný, myslím si, že to bylo reálný, že to takhle vlastně chodí v některých rodinách.“*

Někteří pacienti projevovali své emoce silně, bylo znát, že děj a způsob provedení filmu je otrávil. Hovořili o nesmyslnosti děje, zbytečnosti a z toho se dalo rozpoznat až celkové opovržení nad filmem.

*P4: „Ten film mi lezl na nervy.“*

*S (studentka): „Čím vám to lezlo na nervy?“*

*P4: „Asi že to nemělo hloubku, asi že to nebylo ani komedie, ani jakoby drama, thriller, že to bylo takový o ničem. Taková slátanina všeho možnýho.“*

Rozhovor se stočil i k minulosti pacientů. Probíhala diskuze mezi pacienty. Zhodnotila jsem, že jejich pohled na film je podobný.

*P1: „(...) už tenkrát jsem neměl rád feťáky a po tady tom filmu ještě víc. Nic proti vám, vy jste v pohodě, vy se léčíte.“*

*P7: „(...) je teda pravda, ještě v 18 letech, jsem se rozhodl, že začnu abstinovat, tak jsem začal tím způsobem, že jsem všechny feťáky, začal jsem je nesnášet, po půl roce jsem si uvědomil, že vlastně nesnáším úplně všechny lidi okolo mě, s kterými jsem vyrostl a pak jsem se cejtil sám a začal jsem znovu brát. Ted' to řeším jinak.“*

*P4: „(...) když jsem bral a koukal jsem na něj tenkrát, tak mi to přišlo „cool“ a zajímavý a ted' s odstupem času mi to přijde jako, prostě bych se na něj už nepodíval.“*

V závěru diskuze se ponechal pacientům prostor, aby hovořili o rozdílnostech přechodního a dnešního filmu. Srovnání obou filmů jsem vybrala záměrně, chtěla jsem v pacientech vyvolat možnost porovnání pocitů, které z obou filmů měli. Předchozí film se pacientů spíše dotýkal, příběh rozebírali do hloubky a dokázali se vcítit do jedné z ústředních postav. Jelikož jsem cítila, že tyto okolnosti u dnešního filmu nenastaly, bylo zajímavé sledovat, jak pacienti filmy porovnávají.

*P1: „Ten minulej mnohem víc.“*

*P4: „Působil mnohem víc.“*

*P1: „Byl to lepší film, lepší herecký výkony, bylo to reálný, ten příběh byl taky trochu nadsazenej, ale lepší herecký výkony a působilo to ucelenějším dojmem.“*

*P4: „Člověk se tam mohl asi víc ponořit, já jsem to spíš sledoval jako němý film. (...) Kdežto tamto to bylo, to šlo do vnitra, tam se člověk už zamýšlel, proč ty postavy takhle jakoby interagujou na sebe, proč se to může dít, našel si v tom něco svého, tady to byla taková fraška, (...).“*

Negativní pohled této skupiny, který byl u všech podobný, mi po předchozí skupině ukázal opačnou perspektivu. Se skupinou, která se s filmem ztotožnila, se mi pracovalo daleko lépe a vznikaly mnohem zajímavější postřehy, diskuze byla živější a zajímavější. Dnešní skupina, kde atmosféra naznačovala pravý opak, pacienti cítili opovržení nad filmem, dokonce i nechut' se filmem zaobírat, mi ukázala, že je opravdu důležité se zamýšlet nad výběrem filmu, kde pouze nestačí ukázat závislostní chování postavy, ale také jaký má film příběh, který je podstatný v tom, aby pacienti vtáhl do děje.

### **12.1.3 Kdysi byli bojovníky**

**14.7.2019**

Třetí ohnisková skupina, která byla zaměřená, na prožitek z filmu Kdysi byli bojovníky, trvala 51 minut. Celkem se diskuze zúčastnilo 9 pacientů, z toho 5 nově příchozích.

V první chvíli, kdy jsem věděla, že dorazí celkově 9 pacientů na skupinu, jsem si říkala, z pozice málo zkušené moderátorky, zda zvládnu počet účastníků správně korigovat a zároveň získám potřebné informace pro účely této diplomové práce. Shlédnutý film vyvolal v pacientech různé pocity. Což bylo způsobeno hlavně tím, že zobrazoval reálný pohled na násilí v rodinách. Některým pacientům vypluly na povrch potlačené vzpomínky, které následně sdělovali celé skupině. Děj líčil osudy typické dělnické rodiny s nezaměstnaným otcem, jenž problémově užíval alkohol, choval se násilně vůči své manželce a dětem. Našly se zde scény, které zobrazovaly brutalitu, ale i na druhé straně obrazy plné citu, humoru a naděje. V úvodní fázi jsem se zajímala o to, jak pacienti film zasáhl.

*P8: „Cejtím se trošku poučeně a potom filmu, tak trošku znechucenej, no. Znechucenej z toho, co tam všechno probíhalo, bylo to tak trošičku až moc násilný si myslím.“*

*P1: „Tak bylo tam hodně násilných scén, ty násilné scény vypadaly dost realisticky, (...).“*

*P4: „(...) připomnělo mi to otce, když mlátil matku.“*

*P8: „To násilí proti své manželce i proti svý rodině, (...) že všechno to z velký části způsoboval ten alkohol, že alkohol byl pro něj docela spouštěč, toho všeho, (...).“*

Dalším tématem, kromě násilí v rodině, byla autenticky zobrazená kultura Maorů. Děj, jenž zobrazoval dělnickou rodinu, divákovi zobrazoval autentické prostředí na Novém Zélandě mezi Maory. Došlo zde ke kontrastu snímané krajiny a odpudivé atmosféry prostředí. Divák mohl nahlédnout na to, jaké poměry mezi rodinami panovaly a vytvořit si následně vlastní názor. Všimla jsem si, že pohled na film mají všichni pacienti stejný a dokázali pak následně své postřehy dále rozvést.

*P1: „(...) zaujalo mě, jak všichni tam brali spokojeně podporu a posilovali a chlástali a nic jinýho nedělali a co z toho mohlo vzniknout, tak to tak dopadlo, (...).“*

*P5: „Celkem mě zaujalo asi ta kultura mezi těmi Maory, tím, že jsou bojovníci, ale bylo to dost smutný, jakože myslím, že ten film byl skoro hlavní, oni jsou ztraceni bojovníci, ta bitva mezi tou manželkou, že měla tu spirituální sílu a on v podstatě byl chudák, on byl emocionální „krypl“. Pak byly vidět zřetelný výsledky, hrozný.“*

*P8: „(...) zaujalo mě to mateřství, to že vlastně i přes ten veškerý strach se vlastně ta rodina spojila proti němu, a i přes tu hrozbu, že ta matka riskovala, že by jí mohl samozřejmě zabít i v jednu chvíli, tak byla rozhodnutá, že i přes to všechno se rozhodne a budou šťastný a od něho odejdou.“*

*P9: „Mě tam spíš zaujalo to prostředí, kde vyrůstali jak děti, tak i rodiče těch dětí, no a taky celkový film, ten děj toho filmu, tam to navazovalo jedno s druhým, ten alkohol, to násilí a tady to bylo jedno s druhým spojený.“*

*P10: „Zaujalo mě, jak široký dopad může mít chování jedince závislýho na alkoholu, ještě navíc když je to agresor, zaujal mě taky štědrý sociální systém na Novém Zélandě.“*

Když byli pacienti vyzváni, zda si vzpomněli na vlastní zkušenosti se závislostí, střídala se témata násilí s minulým závislostním chováním. Děj, který zobrazoval surové chování k ženám a dětem se následně promítnul v tom, jakým směrem se diskuze ubírala.

*P4: „Mně to připomnělo, když můj otec řezal svou přítelkyni, (...) v tý jeho tváři, když on byl naštvanej, tak to bylo úplně vidět ten vztek, on byl vždycky úplně stejnej, (...) otec bydlel přes chodbu a bylo to krutý, za všechno vždycky stál alkohol, když byl střízlivej byl zlatej, když se napil, tak řezal.“*

*P8: „Asi taky ten moment, kdy řekl, že jde na jedno samozřejmě že to trvalo trošku dlouho, takže to trošičku mi připomnělo taky nějaký ty chvílky, kdy jsem řekl, že se za chvílku vrátím a nebylo to na jedno a bylo to na čtyři piva, zrovna tam byla nějaká sešlost, zrovna se tam člověk zdržel, (...).“*

*P11: „,,Já jsem si připomněl sebe, když jsem jednou tedy uhodil holku teda, něco mi prostě způsobila, udělala a já jsem prostě uhodil holku no, ne že bych jí dal pěstí, dostala facku, to jsem si uvědomil, mojí chybu, takže tak.“*

*P4: „Já byl naštvanej, že jsem ten film viděl, já byl naštvanej protože nechtěl jsem si jako připustit, že by se mě to týkalo a asi se jsem to nějak ve zkratce, v kostce, jinak prožil, ale*

*nechtěl jsem si to připustit, ale zase tady až teďka až se o tom bavíme, tak si to vlastně uvědomuju a trošku to ve mně vře.“*

Pacienti rozebírali i souvislost prostředí, ve kterém člověk vyrůstá na pozdější chování. Vznikaly zajímavé postřehy pacientů, které jasně ukazují, co vše může ovlivnit naše pozdější chování. A to nejen ve smyslu toho, jak se chováme ve společnosti nebo ke své rodině, ale i možnosti vzniku závislostního chování.

*P4: „Mně dlouho trvalo, než jsem si uvědomil, že žena nepatří tak nějak za dělání dětí a za plotnu, teď už to tak není, ale ještě před nějakýma 25 lety, 30, 35, to třeba takhle na tom Balkáně bylo a já jsem v tom prostě vyrůstal, (...) bojuju s tím celý život a já to dokážu moc dobře pochopit, že když v tom vyrůstá ten člověk, tak to prostě dál pokračuje, prostě pokračuje. Já vim, že když máho kamaráda hrozně řezal otec, tak já vim, že on teďka řeže svoje děti taky.“*

Ze společné diskuze jsem pochopila, že zde sedí tři pacienti, kteří mají zkušenosti s jinou národností než českou. Bylo přínosné sledovat, jak tito pacienti rozebírají své zkušenosti. Zažité vzorce chování, které si člověk utváří po dobu dospívání, v nás zůstávají. Pokud jsme na něco zvyklí a dostaneme se do oblasti, kde to, co je pro nás normou, ostatní tak nemají, můžeme cítit jistou frustraci.

*P8: „Já teda, ikdyž zabíhám trošku někam jinam, já teda taky pocházím z rodiny, moje polovička rodiny jsou vlastně cikáni, moje máma je polka, pochází z Polska a můj táta je z dvanácti sourozenců a je vlastně nejstarší a jedinej on a vlastně hned bratr pod nim, jsou takový lidi, kteří měli a mají práci a vždycky toho ostatní, vždycky jezdili za ním pro práci, ale nebyl pro ně problém třeba takhle tátu okrást o peníze. (...). Já si myslím, že už je to zažitý, prostě po léta letoucí, kdy prostě cikáni jsou kočovnej národ, ale nemusí to být cikán, může to být žlutej, jakej chce a všude se najdou nějaký takový skupiny, který jsou horší a jsou cikáni, kteří jsou super. Ale říkám, pocházím, mám něco takovýho v rodině, ale 70 % z nich jsou to samý feťáci, čorky, hrozný, záleží na tom, jak se člověk rozhodne, (...).“*

Nebylo pro mě snadné následnou diskuzi zastavit. Věděla jsem, že vznikají zajímavé podněty, ale vzhledem k zaměření svého výzkumu jsem tyto podněty nepotřebovala. Cítila jsem, že musím pacienty opět vtáhnout do diskuze o filmu z jiného úhlu, spíše opět rozebírat vlastní zkušenosti či vzniklé pocity. Otevřelo se pro mě téma, které jsem nedokázala pořádně uchopit a raději pacienty znovu nasměrovala zpátky k filmu.

Jakmile přišla poslední otázka ohledně toho, zda pacientům skupina pomohla, byla jsem skeptická. Probrané detaily filmu o násilí, vlastním předešlém závislostním chování a téma kulturních odlišností, by jistě ještě potřebovaly více prostoru k tomu, aby se pacientům utřídily myšlenky. Byla to natolik silná témata, že jsem netušila, zda pacientům vyhrazený prostor stačil. V tomto ohledu jsem se snažila skupinu korigovat a pokud se rozhovor stočil zbytečně moc do detailů, které nebyly tolik přínosné, zase jsem se pokusila diskuzi vrátit zpět. Následně jsem zjistila, že tato skupina pacientům pomohla, ocenili to, že si mohou navzájem své postřehy říci a slyšet na ně názory od ostatních.

*P1: „(...) docela jsem si popřemýšlel.“*

*P4: „Tolik jsem u toho filmu nepřemýšlel jako tady teďka, pomohlo mi to utřídit si myšlenky.“*

*P6: „Mně ano.“*

Samozřejmě se i našli výjimky, kde jsem postřehla, že by potřebovali více času anebo se cítili stejně jako před proběhlou skupinou.

Pacienti měli následně zhodnotit, zda by se na film podívali znovu. Většina by si film nepustila, ale zaujala mě odpověď jednoho pacienta. Tento pacient stále přemýšlel o tom, jak jednou uhodil svou přítelkyni.

*P11: „Já jsem se zamyslel trošku nad tou fackou, jak jsem tenkrát dal no (...).“*

*P11: „Znova se na to kouknout a hledat v tom ještě další nějaký věci, který by se mě týkaly, čeho se stranit třeba.“*

Ztvárnění filmu otvíralo v pacientech potlačené emoce a vzpomínky. Ačkoliv jsem si všimla, že diskuze probíhala živě, nebylo pacientům příjemné se o některých tématech bavit. Proto jsem ocenila to, jak celkově pacienti byli sdílní a svěřovali se celé skupině. Z mé strany bylo potřeba skupinu více usměrňovat. Navzdory všemu, vznikly zajímavé postřehy, které diskuzi provázely.

#### **12.1.4 Zrodila se hvězda**

**4.8. 2019**

Čtvrtá ohnisková skupina, zaměřená na prožitek z filmu Zrodila se hvězda, probíhala 54 minut. Zúčastnilo se jí 5 pacientů, kteří se již znali z předchozí skupiny.

Hlavní tematikou filmu bylo zobrazení milostného vztahu mezi talentovaným párem, který postupně zobrazoval to, jak může závislost na návykových látkách tento vztah narušit. Zajímalo mě, jak tato tematika, po předchozím filmu bude na pacienty působit. Děj zobrazoval navenek idylický pár, který měl společné zájmy a cit pro hudbu. Jakmile film pokračoval, již se začaly objevovat postupně první náznaky toho, jak hodně může závislost na alkoholu ovlivnit nejenom užívajícího, ale i jeho okolí. Pacienti reagovali na film odlišně, některým chyběla ve filmu akce a přišel jim příliš předvídatelný. Vše následně reflektovali v otázce, zda jim pomohl časový odstup po dosledovaném filmu.

*P8: „(...) já jsem si z toho filmu vzal možná nějaký i tak trošičku situace ze života nebo i z manželství, takový to mi to připomnělo, takový ty životní věci nebo nějaký selhání, (...).“*

*P10: „Vnímám ten film pořád stejně, přišel mi dost jednoduše, nepřišel mi nějak složitě emočně nebo tak, celkem si i myslím, že ten film nebyl dobře zpracovaný. (...) V podstatě mě nevtáhl nikterak do děje, nebavil mě, nezaujal mě, určitě bych se na něj nekoukal znovu, nenapadlo by mě na to koukat znovu, přišlo mi škoda tolika peněz za takovej film, přišel mi hodně nedůvěryhodnej ten film.“*



P11: „(...) jak chlastal a tyhlety věci, jak to mohlo skončit, ikdyž u tý léčebny jsem si nebyl jistej, to byl docela v pohodě, jak on skončil, bylo to jenom na něm že jo, posral si to sám.“

Diskuze se převážně točila okolo hlavní postavy, která byla zobrazována tak, že má problém s alkoholem. Pacienti hodnotili chování hlavní postavy, a jak to na ně celé působilo.

P10: „(...) když Jackson svému tchánovi nabídl jakoukoliv ze svých gramofonových desek, přišlo mi jakoby, že mu nezáleží na jeho plánu, že něco shromažďoval a přestalo mu na tom záležet, nepřišlo mi to, že to bylo přátelský gesto, ale protože něco vypustil, jako v ten okamžik jsem na něj byl na něj jakoby rozčílenej, že si neváží nějakých svých věcí.“

P11: „U mě emoční bylo, jak se uměl zrubat prostě, to jsem se nějak v něm viděl, takže tohle bylo pro m nejvíc, jak se prostě zrubal a neměl kontrolu nad sebou vůbec. (...) To bylo semnou to samý, takže mě to docela upoutalo no.“

Pacient, který zkoumal vztah hlavních hrdinů jako celek, následně hovořil o vlastní zkušenosti ze svého bývalého manželství, snažil se o rozbor vztahu a jaké překážky se musely překonat a co pro tento pár bylo obtížné.

P8: „Zaujal mě tam jakoby ten příběh, prostě z těch dvou, jedna část má zkušenosti s tímhletem životem, alkohol a tyhlety věci a druhá část je taková bez zkušeností, najdou v sobě nějaký zalíbení, jsou spolu, jsou zamilovaný, ale postupem času stejně se to plní, ale přitom, na druhou stranu se něco kazí a je tam prostě vidět, že dřív nebo později to přijde, (...) že co se týče mého manželství, že tam tohleto taky něco bylo, že svým způsobem manželka byla, že nikdy s tímhletem zkušenosti neměla, já jo a prostě a během toho manželství to tam ať málo nebo jednou za čas, prostě to tam bylo a vždycky to dělalo problém. (...) Říkám no, trochu jsem se tam viděl, a proto mě i ten film jako docela zajímal, viděl jsem tam trochu sebe a moje manželství, že tohle téma tam je a je tam od začátku a prostě on se toho nezbavil, ikdyž byl najednou šťastnej.“

Následně se konverzace stočila k tématu zabývajícím se abstinencií příznaky. Postupně téměř všichni vzpomínali, jak se cítili během těchto stavů a jak to celé prožívali. Byla to obrovská zkušenost pro ostatní, jelikož pacienti našli společné téma, otvírali své pocity skupině a bylo vidět, že docházelo k určitému souznění, ale i vzájemné podpoře.

P11: „Já jsem se viděl v pár věcích, myslim, že absták je stejnej u všech, ten velkej absták, (...) když je silnej absták, tomu člověku musíte dát napít, protože to je riskantní věc a řekne to i doktor, buď okamžitej detox, prášek nebo prostě napít, (...).“

P10: „Rozhodně souhlasim.“

P11: „Já když jsem měl poslední absták, tak to bylo v tý restauraci, když jsem byl v kuchyni, vydával jsem jídla, neměl jsem na tu flašku, čekal jsem, až mi kamarádka donese peníze na tu flašku, už jsem to na sobě pociťoval, že prostě něco není v pořádku, věděl jsem to kvůli čemu to je, měl jsem v kapse na dvě čáry perniku, ale i ten by to nezachránil, ten perník my zůstal v kapse vlastně a než mi donesla flašku, tak už jsem se topil ve vodě, šel jsem se projít, protože ze mě tekl pot, nemohl jsem udržet ani talíř, tak jsem se šel ven vyvětrat a venku bylo vedro a pak už jsem jel jenom rychlou sanitkou.“

*P9: „Já měl opravdový strach i projít přechod, přes silnici, že mě zajede auto, že někde upadnu, jak jsem si šel jen do toho krámečku k Vietnamcům pro tu flašku, abych si jí už po cestě venku otevřel a hned to do sebe, abych pak už byl normálně v klidu schopn projít ten přechod znovu, bez nějakýho stresu a že někde upadnu. (...) Mě furt rozruší ten hluk, je mi špatně a takový utlumení, hluk těch lidí a auta, jak jsem si šel pro alkohol a teď i stačí větší hluk a mně to hned dává do takovýho stresu.“*

Na závěr jsem se zajímala o to, zda pacientům toto sezení pomohlo. Věděla jsem, že pacienti mluvili o situacích, které se jim v minulosti stali. Navzájem o nich diskutovali a doplňovali se. Cítila jsem, že každý si v ději našel svou vlastní zkušenost, o které následně hovořil. Ačkoliv se nevyjádřili všichni pacienti, na druhou stranu alespoň dokázali ocenit upřímnost ostatních.

*P10: „Bylo přínosný, že jsme se tady, že P11 mluvil hodně o těch nelehkých chvílích bez toho alkoholu, když člověk pije, jak jsme se bavili o tom vstupu do baru, jak se potřeboval napít před tou dlouhou cestou. Myslím, že člověk se závislostí by si měl takovýhle situace často opakovat, aby věděl, jak je to nebezpečný.“*

*P11: „Člověk, když si na to vzpomene, tak má myšlenky z toho, ikdyž jako střízlivej je to dobrý asi, se na to koukat, když si člověk uvědomí, co dělal za blbosti totální.“*

Každý film sebou přináší jiná témata. Vše záleží na ději, který svým zpracováním dovede člověka k tomu, aby se zamyslel, hledal jisté podobnosti s vlastním životem nebo minulostí. Tato skupina mi ukázala, kam všude se může vzájemná diskuze dostat. Věřím, že pro pacienty není lehké o určitých tématech hovořit, ale dle mého názoru to je důležité, pro vlastní posun z místa, kdy, již nechceme tímto stylem žít dosavadní život, ale máme pocit, že by bylo vhodné na sobě pracovat.

### **12.1.5 Kobry a užovky**

**25.8.2019**

Pátá ohnisková skupina byla zaměřená na prožitek z filmu Kobry a užovky. Celkově trvala 53 minut a zúčastnilo se jí 6 osob, z toho pouze 1 pacient nebyl nově příchozí.

Při úvodních otázkách jsem zjistila, že pacienti nebyli jednotní v oblasti témat, který film obsahoval. V případě silných scén, které film obsahoval, mě zajímalo, jaké si pacienti vyberou pro sdílení se skupinou.

*P10: „Pro moje emoce vlastně nebyla žádná scéna silná, film na mě nijak silně nepůsobil.“* (Ačkoliv v tomto případě pacient hodnotil film negativně, následně se angažoval ve společné diskuzi, toto vnímání filmu mu nebránilo v tom, aby o filmu hovořil. Bála jsem se toho, že když se film pacientů nedotkne, diskuze bude váznout a nebudou vznikat zajímavé postřehy.)

*P12: „Doted’ jsem z filmu nepochopil, kdo vlastně toho mladšího bráchu dostal do tý situace, že bral tyhleto drogy, (...).“*

P13: „Na mě tam asi nejmíc zapůsobilo to, že vlastně vnuk okradl svojí babičku, když viděl tu televizi. To na mě asi zapůsobilo nejmíc.“

P14: „(...) třeba když tam byla dvakrát opilá ta ženská, ta manželka toho Tomáše, tak ten pohled na to, jak se člověk chová ve společnosti, vlastně když je opilý. To bylo takové pro mě nepříjemné a říkal jsem si, jestli jsem se takhle taky choval a dělal ze sebe dobrovolně debila, (...).“

P15: „(...) hlavně co mi teda vadilo, že okradl vlastní babičku.“

Ztvárnění děje zobrazovalo vztah dvou bratrů, z toho starší bratr měl problémy s alkoholem a mladší bratr zase s drogami, jejich matka problémově užívala alkohol. V tomto ohledu vznikaly ve filmu zajímavé momenty toho, jak vzájemně může rodina s takovými problémy fungovat a jak to působí na jednotlivé členy. Jeden z pacientů, hodnotil film i z pohledu minulého shlednutí v časech, kdy užíval návykové látky.

P12: „(...) včera co jsem ho viděl, tak mi přišel takovej nekoukatelnej, vůbec.“

S: „A v čem vám přišel nekoukatelnej?“

P12: „No, tak když jsem ho sledoval doma, tak to bylo ve stavech, že vedle vás leží flaška vodky, zapíjíte šťávou a když jsem na to včera koukal střízlivej, tak normálně bych si ten film nepustil.“

S: „Ta změna Vašeho stavu, tak na to působila?“

P12: „Jo, já jsem chtěl včera třeba odejít. Nepůsobilo to na mě dobře, ale žádný bažení, žádný chutě jsem neměl, spíš naopak jsem si říkal, hele taky si dělal takovýhle kraviny, teda ne s drogama, neměl jsem z toho dobrej pocit.“

S: „Proč přesně jste chtěl odejít?“

P12: „No bylo to na mě jakoby depresivní, neměl jsem z toho filmu žádný potěšení, (...).“

Diskuze se dále zaměřovala na oba bratry a jejich styl života. Některý pacienti se s určitými dějovými liniemi ztotožňovali a probírali to se skupinou.

P13: „Takovýhle situace neboli případy se běžně dějí, dneska ve společnosti, takže to je takový náhled, který já jsem nikdy nezažil nebo nebyl účasten.“

P14: „Vim, že se tyhle situace dějou, spíš je smutné se na to takhle dívat, že to ta rodina nechala dojít takhle daleko, že jak ta babička třeba ho furt obhajovala, schovávala, ...“

P16: „Já mám na na něj takovej pohled, čeho všeho jsou lidi schopni v dnešní době, ale na druhou stranu si říkám, že snad nejsou tak blbý a naivní, že by všechno nechali takhle dojít daleko, že možná ten film byl trochu přitaženej za vlas, ikdyž v dnešní době, já žiju samotářskej způsob života, nikoho si nevěším, (...).“

P12: „No, že jsem dělal ne to, co on, ale zase jsem rozprodával svoje věci a teď nemám, ne že bych neměl nic, ale kdybych nešel do léčení, tak ten počítač, co jsem koupil tenkrát drazo, bych ho prodal za minimum, jenom proto, abych si dva dny pobavil. (...) ale asi cejtil jsem

*přítom filmu, vzpomněl jsem si i na sebe, co jsem to byl za blbce, že jsem dělal takovýchle věci. Tak proto se cejtim dneska z toho mizerně, ten film se mi jako nelíbil.“*

*P14: „Kolikrát mi přišlo, když jsem se opil a dělal jsem si, myslel jsem si, že jsem vtipný, kolikrát jsem vtipný byl nebo nebyl, a to je už teďka otázka, a to už nezměním.“*

*P12: „Mě třeba je líto, že jednak těch věcí, co jsem dělal, když jsem pil ten alkohol, to už bohužel nejde vrátit čas, to je na tom to nejhorší (...) protože lidi si mě v blízkým okolí nějak zaškatulkovali a kdybych já řádně tady ukončil léčbu, tak si na mě budou ukazovat skrz prsty a říkat „jo, to je ten, co pil, co dělal ten bordel, co nám prodal ten vysavač, ten notebook nebo já nevím tohleto“. (...) Je mi líto, že jsem takhle dopadl. Nikomu bych to nepřál, být závislej a když vám kolikrát nevěří ani vlastní rodina.“*

Diskuze se dále stočila na rodinné poměry obou bratrů, v jakém prostředí vyrůstali, jak to na ně působilo a co vše mohlo způsobit jejich problémové chování.

*P13: „(...) jejich matka je nevedla k ničemu dobrýmu, neměli v ní nějaký vzor, aby se chovali nějak jinak, měli ten vzor spíš takovej, že je to tak normální.“*

*P14: „Já si myslím, že ona si tak dlouho nalhávala tu svoji realitu, že vlastně ona za nic nemůže, že ona je ten chudáček, co se musí opít a tupě dívat na televizi, to znám tadyten pocit, to jsem taky dělal.“*

*P10: „Myslím si, že když jeden fetuje a krade a druhý má problémy s alkoholem a jejich matka má problémy s alkoholem, tak to nemůže dopadnout dobře.“*

*P16: „Film byl natáčený ve slabších ekonomických rodinách, a to prostě asi zřejmě v týhle společnosti přispívá k rozvoji třeba kriminality, drog a všemu tomu dokola.“*

*P15: „My nejsem z žádných sociálních skupin a taky jsme tady, že jo.“ (Toto pro mě byl nejzajímavější postřeh, nad kterým jsem se následně sama pozastavila. Ačkoliv většina pacientů hodnotila rodinné poměry, které přispívají k rozvoji závislosti, jeden pacient oponoval a celý problém vtáhl do skupiny. Líbil se mi pacientův nadhled, který bohužel nebyl dále rozveden. V této chvíli si myslím, že reakce dalšího pacienta již byla zaměřena osobně.)*

*P10: „Já si myslím, že lidi kolem sebe hledaj málo radosti a málo štěstí, jedinej způsob, jak se povznést je prostě způsobem, alkoholu nebo drog, neuměj sami mezi sebou si vytvořit nějaký radostný chvíle, nějaký okamžiky a je pro ně jednodušší k tomu použít alkohol nebo drogy, který někdo vlastně vyrobí za ně a oni akorát za to platěj.“*

Závěrečné hodnocení probíhalo ve skupinovém duchu, kdy pacienti oceňovali, že si mohli navzájem vyměnit své postřehy, nad kterými budou dále přemýšlet.

*P12: „(...) Ten rozhovor, co tu proběhl a celkově ten film, něco si to vezmu z mého pohledu, z mých zkušeností.“*

*P13: „Já si to pak promítám, vzpomínám na to s nějakým odstupem času, určitě si na tohleto vzpomenu a něco to ve mně zanechá.“*

*P14: „Pro mě je vždycky celkově zajímavé slyšet, jak přemýšlí ostatní, (...).“*

*P15: „To sezení tady, já jsem taky rád vyslechl názory ostatních a já měl trošku jiný názory na ten film, (...).“*

*P16: „(...) jediný co na mě zapůsobilo, je to, že když jsem viděl chování, těch ožralejch lidí, tak třeba si nedokážu představit, že jsem takovýhle věci dělal já nebo tak, to už se nesmí opakovat.“*

*S: „Takové varování?“*

*P16: „Takové varování.“*

Všímám si, že pokud film nabídne mnoho témat, nad kterými se lze zamyslet, není potřeba skupinu podněcovat k hovoru. Mým úkolem je poté snaha o udržení nastaveného vnímání, které v některém případě může sklouznout diskuzi, která by již přínosná nebyla. Z mého pohledu kvalitní zpracování filmu usnadňuje mně i pacientům možnost se zamyslet nad vzniklými tématy a usnadňuje komunikaci mezi pacienty. Pokud se pacienti s některými názory ztotožní a probíhá skupinové souznění, vznikají tím opravdu zajímavé postřehy.

### **12.1.6 My děti ze stanice ZOO**

**15.9.2019**

Šestá ohnisková skupina byla zaměřena na prožitek z filmu My děti ze stanice ZOO. Zúčastnilo se jí 7 pacientů, z toho 3 pacienti byli nově příchozí.

Již v úvodní fázi rozhovoru se pacienti shodli na tom, že pro ně nejsilnější scény byly ty, které zobrazovaly abstinenci příznaky. Film zobrazoval scény obsahující abstinenci příznaky spojené s užíváním drog, kdy pouze 2 pacienti přítomní na ohniskové skupině tyto příznaky prožili, jelikož se momentálně léčí se závislostí na drogách. Z toho jsem tedy usoudila, že nehledě na typ závislosti, pozorování jakéhokoliv typu abstinenci příznaku je pro závislého silným zážitkem.

*P13: „(...) ty abstinenci příznaky, (...) nebo jaký praktiky, na sobě ty lidi, který shánějí peníze, nechali aplikovat.“*

*P15: „(...) ty abstinenci příznaky, pak to zvracení.“*

*P16: „(...) zejména abstinenci příznaky, protože je po nich zle a špatně, a proto nepiju kořalku, taky je mi po ní zle, a to se mi nelíbí.“*

*P18: „(...) určitě ty abstinenci příznaky a taky to, jak vyabstinovali a potom ten první den si šli hned dát, což je úplně klasickéj případ, třeba ne že bych si dal hned, ale bylo to hodně realistický.“*

*P19: „Taky se shoduju s těma věcmi co tady padlo, to se týká těch abstinenci příznaků, (...).“*

Našli se i pacienti, kteří během rozhovoru vzpomínali na to, že během filmu pociťovali chuť na návykovou látku.

*P14: „(...) chvílku jsem měl takové lehké pocity bažení.“*

*P18: „Já měl, ale nebylo to z toho, když jsem viděl, jak tu drogu připravují, ale spíš ten pocit, který jim to dalo, nebylo to tak silný, jak jsem si myslel, ale nějaký bažení tam bylo.“*

*P19: „(...) já už jsem to viděl z toho nadhledu a samozřejmě, ta chuť tam někdy byla, když tam bylo to píchání s prominutím, myslím si, že bych tomu dokázal odolat.“*

Všimla jsem si, že pacient P18 vlivem zaměření filmu promítal v rozhovoru své vlastní zkušenosti. Následně i probouzel ostatní k tomu, aby mu zodpovídali dotazy týkající se prožitku z filmu. Vybíral taková témata, která dle mého názoru ve filmu byla zobrazována nejdetailněji a lehce se dala spojit s příběhem.

*P18: „Já bych se chtěl zeptat všech, jestli potom, co jste tam viděli, kam až člověka droga může dohnat, mě to dohnalo k tomu, že jsem kradl a byl jsem kvůli tomu i zavřenej, tyhle věci, který jsem neměl dělat, ale jestli když jste viděli ty abstinenční příznaky, jestli jste to pochopili?“ (Pacient přítomné účastníky diskuze podněcoval taktéž k vlastním zkušenostem a celkovému vnímání filmu.)*

*P14: „(...) já jsem to taky zažíval hodně podobně, já jsem ráno vstal, zvracel jsem, třepal jsem se, pocení, chlad a taky jsem musel jít a koupit si to, takže za mě určitě, nebylo to možná tak a hlavně, já, když jsem se napil, tak jsem mohl normálně fungovat, nikde jsem neležel.“*

*S: „Jak jsou na tom ostatní?“ (Využila jsem toho, že se pacient pokusil rozprodit diskuzi mezi ostatními účastníky a pokusila jsem se vtáhnout i ty méně sdílné do společné diskuze.)*

*P17: „Já jsem říkal, že na alkohol by musela být závislost až na čtvrtým stupni, aby člověk skončil na ulici, alkohol jde pomalu, ale u opiátů jdeš na rychlou dráhu, rychle je z toho závislost, rychle člověk potřebuje víc, s alkoholem to jde pomalu.“*

*P15: „Mě tam taky zaujalo, že vlastně, ale ono je to taky u nás alkoholiků taky takový podobný, že oni si to uvědomovali, že oni říkali, “nesmíš”, “to už ne”, “dneska už naposled”, atd., to my jsme si asi taky říkali, takže to je podobný, (...).“*

O tématu abstinenčních příznaků P18 přešel k rodinným poměrům hlavní postavy. Pro mě to bylo důležité téma, jelikož hlavní hrdinka byla mladá dívka, která žila se svou matkou. Ve filmu bylo zobrazeno její dospívání, experimentování a zároveň i nezáměr ze strany její matky.

*P18: „Já mám ještě jednu otázku – Co byste dělali, kdyby to bylo vaše dítě?“*

*P15: „Tak já jsem to trošku bral z takovýho pohledu táty nebo dědy spíš už, holky ty se vyhnuly, ty ani nekouřej, ale máme vnuky, (...) takže co kdyby, že jo, jenom jsem na to koukal z pohledu toho rodiče nebo dědy.“*

*P14: „Za mě, nejhorší je, že když, jak tam bylo řečeno, když bude chtít, tak prostě si to dá. (...) Ono taky hodně pomůže změnit prostředí, protože když jsem šňupal a bral koule, tak mi*

*pomohlo, že jsem se přestěhoval tady, já jsem se dostal z toho nejhoršího, ale ono to tam stejně jednu za 14 dní bliklo a přestěhoval jsem se do Hradce a od té doby, že jsem tady neznal lidi, tak prostě jsem se toho nedotkl.“*

*P17: „Na druhou stranu, je vidět na těch dětech, který mají problém, že tam je něco špatně s rodinou. (...) Tak co mi to dalo, tak držet svoji rodinu dohromady, když to nejde, tak to nejde, ale snažit se, aby to dítě nemělo tolik problémů, aby si je řešilo venku, protože to není ta správná cesta.“*

*P13: „(...) byl to příběh z nekomplektní rodiny, to zasahovalo mě taky, protože když mě bylo 15 let, tak se naši rozvedli a tenhle případ toho, že vlastně ani jeden rodič pak nemá takový páky na to dítě, něco zakazovat, přikazovat.“*

*P18: „Já si myslím, že je to hodně případů u narkomanů, tady v tom, že jsou z rozpadlých rodin nebo lidí, kteří jsou závislí na jakýkoliv závislosti s tím mají problém. (...) Ten člověk chce něco zaplnit, co mu chybí, já si myslím, že každé co máme nějakou závislost, tak tím nahrazujeme něco, co nám chybí, takže každému z nás tady něco chybí.“*

V závěru diskuze jsem se zajímala o to, jak na pacienty působil vztah, kde oba mají problémy s návykovými látkami.

*P18: „(...) nemohl bych mít přítelkyni, která dělá to samý, co já, některý jsou takhle a vim, že to je horší, protože ten člověk se musí starat i o toho druhýho.“*

*P14: „Já si myslím, že celkově, dva závislí lidí nemůžou být pospolu, ani gambleři, je to úplně jedno kdo, protože pak za chvíli si prodáte i ponožky navzájem a o to víc prachů musíš shánět.“*

Tato skupina pro mě byla netradiční v tom, že zde byl pacient, který zastával roli dotazujícího a zároveň poskytoval svůj pohled. Věděla jsem, že kdybych nedostala prostor k tomu, abych skupinu moderovala a pouze byla v roli přihlížející, musela bych zasáhnout. Naopak jsem cítila, že otázky, které pacient navrhl k diskutování, jsou pro skupinu přínosné. Zároveň jsem měla takový pocit, že pacient jim přikládá velkou váhu, což může být tím, že se ho dotýkají a potřebuje znát na ně i jiný názor, který mu pomůže dané otázky zpracovat. Můj vlastní prostor tím nebyl nijak narušen, právě naopak jsem se dostala k zajímavým postřehům, jenž příběh nabídnul.

### **12.1.7 Ikarův pád**

**13.10.2019**

Sedmá ohnisková skupina se zaměřením na prožitek z filmu Ikarův pád trvala 35 minut. Zúčastnilo se jí 6 pacientů, 3 pacienti byli nově příchozí.

Již během úvodního zodpovídání otázek jsem z pacientů cítila jistý odpor vyplývající z filmového děje. Bála jsem se toho, zda to ovlivní následnou probíhající diskuzi mezi pacienty, jestli budou ochotni mluvit o svých pocitech a reflektovat své zkušenosti. Proto

jsem uvítala, že vhodně zvolené počáteční otázky pomohly diskusi rozproudit. Zajímalo mě, co pacienti ve filmu zaujalo.

P14: „(...) pořád dělal, jakože se nic neděje, přitom už tu nabídku měl, že se může jít léčit, to mě tak jako zaujalo.“

P17: „Jak ten s ním syn zůstal a uvěřil, neznal ho tak jako máma a ještě věřil, že táta se vzchopí.“

P18: „(...) mě tam zaujaly ty rodinný vztahy, to že tam ze začátku při něm hodně stáli, (...).“

P20: „(...) hodně podobnost tady toho příběhu mému, (...).“

P21: „Že to všechno musí být vyhocený do extrému a do posledního dechu, než si ten člověk uvědomí, že musí jít na to léčení, že musí všechno kolem sebe spálit na popel.“

P22: „(...) že on se teda k tý manželce a synovi, choval celý film hezky, nebyla tam žádná scéna, kdyby je poslal do hajzlu, jako ožralej, choval se k nim hezky, slušně, a to si myslím byla škoda, že dneska by to bylo jinak a ta realita tam pro mě byla, růžový to bylo moc.“

Dále jsem nechala pacientům prostor, aby sami nadhodili témata, která se ve filmu objevila. O odporu k filmu pacienti mluvili téměř ze začátku volné diskuze. Pochopila jsem, že děj, se kterým se pacienti dokážou ztotožnit, pomáhá poté k tomu, aby se skupině otevřeli a ve společné diskusi své zkušenosti probírali.

P14: „Viděli jsme spolu už pár nějakých filmů, ale tadyten byl úplně nejhorší, (...) já jsem pořád čekal, kdy se něco rozjede, kdy se něco stane a pak jak se opil a hrál nebo že seděl na baru, ten film se mi absolutně nelíbil a kdybych se na to díval sám, tak bych odešel hned nebo to přepnul.“

P21: „(...) dřív se to v tadytý době hodně krylo, že ho ta rodina maskovala a teďkon prostě už to tak je, že někdo pije, to na něm vidíte, (...) tady to bylo fakt jakoby, před 30 rokama, 40, se pilo úplně jinak, si myslím a vidím.“

P20: „(...) ale v tom filmu bylo vidět a já si to myslím taky, že přes nějaké ty peripetie, ta rodina ho nakonec, minimálně ten syn, ale i ty kolegové z práce podrželi, a to vlastně bylo to co mu pomohlo do té léčebny, já si myslím, že sám, kdyby ho úplně nechali být, tak se to tak tvrdí, že se z toho musíme vyhrabat sami, tak se tam asi nedostal, já si myslím, že to pořád funguje.“

Proto jsem se pokusila, najít takové téma, které pacientům alespoň částečně pomůže k tomu, aby se oprostili od filmového zpracování a hledali pro ně skryté části, o kterých se dalo diskutovat. Příběh byl zaměřený na rodinu, ve které otec problémově užíval alkohol a jeho chováním trpěla manželka a syn.

P21: „Dřív ta rodina byla víc zaháčkováná, teďkon, jednou zraníte rodinu, podruhý zraníte rodinu, potřetí zraníte rodinu v nějakým rozmezí, tak oni tam pořád na něm lpěli, pořád při něm stáli. Dneska by to dopadlo, že s váma zůstane syn, ale zabouchnou se dveře a zůstanete úplně sám. Takže dřív ta rodina víc spolu držela než teďkon.“



P20: „(...) dneska ty možnosti jsou větší, i ta rodina má víc možností, jak s tím naložit, jsou i soukromý léčebny, už to není takový hrozný a nejsou za to tresty a z toho člověka už není zase tak společenskéj vyvrhel, ale ten základ je furt samej, když je dobrá rodina, ta snaha a pomoc je, (...).“

P14: „(...) za mnou stojí celá rodina, u mě se neodcházelo, ikdyž možná to je tím, že já jsem pil a pak jsem se sám rozhodl, že se půjdu léčit nebo že už nechci takhle dál žít, takže ono je to trošku jiné, (...).“

Diskuze se však stále vracela k osobnímu názoru na film. Pacienti se v tomto ohledu shodovali, jejich pohled na film byl stejný.

P22: „Akorát co mě na tom trošku štvalo bylo moc jemný, já bych tam pustil tu realitu, jak to je, bez nějakých.“

P21: „Žádný krize, nic velkého vůbec, delírka že by si prožíval. (...) Taky mi to nic nedalo, spíš naopak, mě to trošku naštvalo, že on vlastně neměl skoro žádný problém, když to tak řeknu, tam nebylo nic, že by měl fakt velkéj problém.“

P17: „Já si myslím, že to byl amatér.“

P22: „Přesně tak, máš pravdu, byl to amatér. Hrál úplně jinou ligu než vy.“

P20: „(...) já jsem tady ten film před lety viděl, když jsem nechlastal zdaleka né tolik, prošel kolem mě, kromě toho, že Menšík je skvělejš, mám ho rád. Dneska prostě k tomu chlastu to vidím jinak, kdo z nás si to dokáže představit, kdybych na to koukal z venku, na mě by to z hlediska závislosti zase nezapůsobilo. Jako alkoholika, ano.“ (Jednalo se o jediného pacienta, kterému to vyvolalo vzpomínky na dobu před léčbou. Pacient následně reflektoval své pocity před skupinou.)

P20: „Mě to koplo nazpátek a měl jsem z toho depku včera. Dneska už je to lepší, ale mě to připomnělo, čím jsem si prošel. Takže mi z toho nebylo úplně dobře.“

S: „Co Vám teda pomohlo z té depky?“

P20: „Čas. Vyšumělo to během těch 24 hodin. V tu chvíli mi to připomnělo ten proces a stud tam byl.“

S: „Takže to ve Vás něco vyvolalo.“

P20: „Jo, já se snažim nemyslet na to co bylo, snažim se to vytěsnit a tohle mi to připomnělo.“

Již podruhé jsem se setkala s tím, že pacienty film svým zpracováním nevtáhl do děje. Práce se skupinou tím pádem byla pro mě náročnější, cítila jsem, že pacienti o filmu mluvit nechtějí. Je to pro mě další přínosná zkušenost, kdy je opravdu nutné film pečlivě vybrat a nezaměřovat se pouze na závislostní prvky, ale zaměřit se na celkový děj.

### 12.1.8 Všemocný

3.11.2019

Osmá ohnisková skupina zaměřená na prožitek z filmu Všemocný trvala 40 minut. Zúčastnili se jí 4 pacienti, všichni z předchozí ohniskové skupiny.

Tento film v pacientech rozproudil emoce. Již po úvodních otázkách jsem cítila, že pacienti v ději filmu nacházeli zajímavé postřehy, které potřebovali reflektovat se skupinou. Ačkoliv se jednalo o nereálný film, zobrazení návykové látky pacientům reálně přišlo.

*P22: „(...) pokaždý když měl návaly ty euforie, když mu bylo dobře, když to nescháněl, měl to, všechno zvládl. Já bych řekl, že celej ten film byl pro mě takovej, ikdyž nebyl realistickej, tak si myslím, že z toho drogovýho opojení, těch stavů, tam zachytili hodně.“*

*P21: „Ten příběh byl reálnej jako s každou drogou, začátek drogy, to nejvíc co bral, spadnul dolů, že to chtěl i přestat brát a byly tam ty abstinenci příznaky, kdybych tam dal jinou drogu, alkohol, pervitin, tak prostě to mělo reálnej děj.“*

Film zobrazoval příběh muže, který dostal nabídku návykové látky ve formě prášku, po kterém bude úspěšný a bohatý. Příběh zachycoval nejenom kladné stránky tohoto prášku, ale i negativní dopad při jeho užívání a jak to působí na okolí. Závěrem byl otevřený konec. Zajímala jsem se také o to, zda pacienti dostali chuť na návykovou látku.

*P17: „(...) na ten prášek co byl ve filmu, (...).“*

*P18 „(...) já jsem měl chuť na tu konkrétní věc, kterou tam oni vykreslili, přímo na tu látku, kterou vymysleli. Tu bych si dal.“*

*P21: „Já jsem měl chuť každěj ten záběr, co tam byla na party, bavit se a pil, tak jsem měl chuť na alkohol.“*

*P22 „(...) že mě napadlo, že bych to zkusil, nenazval bych to přímo chuť, ale když jsem nad tím nějak přemýšlel, tak jsem to spíš srovnával s nějakějma dnešnímá drogama, takže jsem to srovnal možná s koksem, perníkem, v tu danou chvíli, spíš s koksem a asi jo, měl jsem chvíli chuť.“*

Diskuze se dále stočila k tomu, zda by pacienti tento prášek zkusili. V pacientovi P18 se probudila velká zvědavost, o které se podělil skupině. Všimla jsem si, že zbytek pacientů by takové riziko nepodstoupili, pokud by měli možnost prášek vyzkoušet. Pacient P18 měl potřebu svůj názor obhajovat a hledal ve skupině spojence. V příběhu filmu se objevila přítelkyně hlavní postavy, která tento prášek odsuzovala. Přemýšlela jsem dále nad tím, zda pacienty její pohled také neovlivnil nebo je to tím, že prostředí filmu, kde ho pacienti sledovali, bylo léčebné zařízení.

*P18: „(...) já bych to dal, protože bych věděl, kdybych věděl, kdybych ten film viděl a viděl bych, že je to přímo ta věc, která byla v tom filmu a nezabílo by mě to a byla by to věc, která by mi dosáhla toho, čeho v životě chci dosáhnout a čeho nemůže normální člověk dosáhnout, (...).“*

P21: „Momentálně bych do toho nešel, momentálně ne, nevím co by bylo, kdybych tady nebyl a byl bych po dvou letech po léčení.“

P22: „Ten film, že prostě ty drogy jsou takový, jakože ikdyž je to ze začátku dobrý, může to vypadat dobře, takže jsou to sračky, všechny, jakýkoliv, bez výjimky a co bylo takový v tom filmu pro mě na zamyšlenou, (...) kdybych já měl takovejhle náhled v té době, spíš v sobě vypěstovaný, zakořeněný, že prostě, ty drogy nemám ani potřebu zkoušet, nemuselo to dojít až takhle daleko, kam až to došlo dneska a dneska bych si ty zkušenosti s těma drogama odpustil.“

P17: „To, jak tam v tom filmu ukazují tu drogu, tak to nevypadá tak hrozně, o čemž už svědčí ten název.“

Následně pacient P18 vysvětloval, svoji představu o tom, že by tento prášek vyzkoušel.

P18: „Já s tebou souhlasím s P22, protože to mělo happyend a o to hodně jde, kdyby ten film neměl happyend, tak nevím, jestli bych na to měl stejný názor, ale mělo to happyend, a proto to soudím podle toho filmu. (...) Věci s drogama nemají prostě happyend.“

Některý z pacientů se pokusil nastínit pokračování a tím vyjádřit svůj celkový postoj.

P22: „Já bych se trochu vrátil k tomu filmu. Protože já si myslím, že tam bylo dost silných (...) já, když jsem se koukal, tak jemu bylo dobře chvíli, pak mu začaly nějaký problémy, začalo se mu to stupňovat, pak začali kolem něho lidi umírat, pak sice byl senátorem v ohromným časovým horizontu, hrozně krátkým, takže on dosáhl z ničeho, něčeho hrozně moc obrovského a on to tam i říkal ten Daniel “ty si nezažil tohle, nezažil si zavřený dveře, ty si rovnou přeskočil sem, a to prostě není dobře”. Já si myslím, že kdyby ten film trval o dvacet minut dýl, nebo byla dvojka, tak by dopadnul jinak, že ho třeba zastřelej, on skončí hrozně špatně, my jsme viděli nějakou “bim”, tak aby to bylo pro diváka „wau“, aby si taky přemejšlel “tyvole, to je hustý”, v tuhle chvíli mi došlo, že to je dost science fiction, prostě, že je to ptákovina, nic co do sebe dáváš, takhle nefunguje.“

Po celou dobu jsem zkoušela vhodnými otázkami diskusi usměrňovat. Jelikož jsem cítila, že na toto téma by se dalo diskutovat daleko déle času, nechtěla jsem, aby pacienti ze skupiny odešli bez nějakého zakončení. Bylo pro mě obtížné toto téma správně uchopit, získat zajímavé postřehy, ale zároveň neprobudit v pacientech pouze negativní emoce, které by sami nedokázali zpracovat. K závěru diskuze, jsem se jich tedy zeptala, jak by zakončili tuto diskusi, co by pro ostatní v tomto ohledu mohlo být přínosem.

P18: „Já bych chtěl říct jenom, že je docela zajímavý, že jsem tady koukal na jiné filmy a neměli jsme tady o tom takovouhle debatu, který byly víc realistický a film, kterej je vlastě sci-fi, tak se o něm bavíme víc než o filmech, který nám by měli říkat víc.“

P17: „S tím souhlasím. Ten film je o nějakým superhrdinovi, jako v každém filmu, jenže tady je ten prášek prostě, který mu pomáhá dělat ty věci.“

P21: „Droga je droga, nikdy to nemůže dopadnout dobře.“

*P22: „Je to film, to je jasný, ale myslím si, že tam bylo dost prvků ze života, o drogách a pro mě to bylo zajímavý v tom, jakože mě to stokrát utvrdilo v tom názoru, že drogy nejsou dobrý, ikdyby dokázali cokoliv, tak prostě si myslím, že je to za nějakou ohromnou daň a ani vzhledem k tomu bohatství, ať je jakýkoliv, tak myslím prostě, že to nestojí za to. Jsem o tom přesvědčenější.“*

Poslední otázkou, zaměřenou na to, zda pacientům toto sezení pomohlo, jsem se chtěla ujistit, zda jim společná diskuze naopak neuškodila a neodnáší si ze skupiny rozporuplné emoce.

*P17: „Ano, pomohlo mi to.“*

*P18: „(...) Já si za tím názorem stojím a myslím si, že to není špatně, nikdo nemůže říct, jestli je to špatnej názor nebo dobrej názor. To je můj názor a jestli ho potřebuju změnit, tak bych ho měl změnit, na to se přijde časem a jsem tady v léčbě a jsem tady kvůli tomu, abych ty názory tady měnil.“*

*P21: „Já jsem nad tím nějak nepřemejšlel, já jsem ho viděl hodněkrát ten film a když se o tom takhle bavíme, ve více lidech, každéj má svůj názor, v každým to vyvolá taky něco jinýho“*

*S: „Pomáhá Vám, když to takhle řešíte nahlas?“*

*P21: „Asi jo.“*

*P22: „Mně to pomáhá, určitě mi to pomohlo, protože já na to mám ten svůj názor, musím ho mít teda, ikdyž se do toho sám v sobě musím trochu nutit, takovej extrémistickéj, odmítám všechny drogy a pro mě je to jedinej správněj názor, já nemůžu polevit, nechci a jo, tenhle ten film mě v tom zase utvrdil.“*

Při počáteční diskuzi jsem se bála, s čím budou pacienti ze skupiny odcházet. Pacienti nejvíce reflektovali o podobnosti prášku, který se ve filmu objevil s běžně známými návykovými látkami. Ve svých tvrzeních nebyli všichni jednotní. Cítila jsem, že je nutné, abych zaměření diskuze korigovala, jelikož se zbytečně zacházelo do takových detailů, které jsem nedokázala ze své pozice ošetřit. Vždy pacientům nechávám prostor k vyjádření, podle toho, jak je film zaměřen, následně vznikají zajímavá témata k diskuzi. Tento film dokázal vyvolat zvědavost nad neznámou látkou, která slibuje minimum vedlejších účinků a úspěšný život. I při takové nabídce, by ji všichni pacienti nevyzkoušeli. Tím, že se pacienti neshodli v tom, za by látku vyzkoušeli, vznikly dva tábory, každý z nich obhajující si svůj vlastní názor. Mým úkolem bylo, hledat zdánlivě společné řešení. Probíhající diskuze pro mě byla zajímavým prostorem k tomu, abych si vyslechla jednotlivé přístupy pacientů k návykovým látkám, konkrétně drogám a tím pádem k jejich vlastním zkušenostem.

### 12.1.9 Leaving Las Vegas

24.11.2019

Poslední ohnisková skupina zaměřená na prožitek z filmu Leaving Las Vegas probíhala za skromné účasti dvou pacientů z předchozí skupiny 43 minut.

Zajímalo mě, zda při této obsazenosti budou vznikat zajímavá témata a postřehy. Nevěděla jsem, jestli mezi pacienty vznikne taková diskuze, aby měli šanci děj filmu rozebrat. Nakonec jsem byla příjemně překvapená.

Při úvodním kolečku jsem se zajímala o to, jak na pacienty film působil. Tito poslední dva pacienti se léčily každý s jinou závislostí a hlavní postava filmu problémově užívala alkohol.

*P21: „Včera mě to tak nějak stísnilo, dá se říct, takový smutný, no. (...) Já jsem taky zkoušel najít tam něco pozitivního na tom filmu a vlastně tam, mě to připadalo, jak jenom utrpení lidí, alkoholová závislost vlastně a ta prostituce.“*

*P22: „Já si myslím, že ten film sám o sobě byl takovej pro mě spíš negativní, tam teda chlastal přehnaně a ve mně to nevyvolávalo nějaký chutě, ale spíš dlouho jsem přemejšlel nad tím, že vůbec takhle někdo...já jsem myslel, že to je přehnaný, já jsem prostě nevěřil tomu do včera, dokud jsem se teda neptal tady kluků, tak jsem nevěřil, že někdo takhle chlastat může, jsem si myslel, že to je jen nějaký hollywoodskej ten. (...) Ale jako je to divný, že když jsou ve filmu drogy a je tam fetujou hodně, extrémně, tak nad tím se nějak nezastavím, protože vim, že je to reálný, ale jak nechlastám, teda nechlastám, dal jsem si pivo a mně to už ze začátku přišlo. Já nevěděl, jestli to je, když jsem viděl ty flašky, co kupoval v tom krámě, v tom prvním záběru, tak já už jsem počítal, kolik ho to musí stát peněz.“ (Pacient P22 léčící se se závislostí na drogách, nevěřil, že je možné v takové míře se opíjet alkoholem, jak to bylo zobrazované ve filmu a potřeboval se v tomto ohledu zeptat ostatních pacientů – zde se krásně zobrazilo to, jakou člověk užívá návykovou látku, tak podle toho se pohybuje ve stejném okruhu lidí.)*

Filmový děj zobrazoval vztah mladého páru, spojoval dva odlišné světy těchto lidí. Hlavní postava ztvárněná podobou muže, se potýkala se závislostí na alkoholu, naopak žena provozovala prostituci a pokoušela se svého partnera přesvědčit k tomu, aby svou závislost řešil. Celý příběh tedy ukazoval radosti i starosti tohoto páru, kdy muž byl odevzdaný svému osudu s přesvědčením, že se chce opít k smrti.

*P21: „To bylo na tom to nejzajímavější, já jsem ten film neviděl a taky jsem tam čekal, že kvůli ní přestane chlastat, ona se přestane courat a prostě budou spolu, ale nebylo to natočený jako pohádka, jakože to skončí happy endem, oni fakt opravdový, reálný věci končej takhle naprd. (...) Že happy end vždycky není. (...) Až fakt víc reálný, protože kolik nás jakoby to vydrží nepít, abstinovat, 1/3 bych tak tipoval, 2/3 se v tom prostě ubijejí do teďka, je to víc reálnější než sladkej happy end.“*

P22: „Já jsem se tam snažil hledat v tom, nějaký přínos jeden druhýmu, kdo spíš tam do toho dává víc a kdo víc bere a jsem přesvědčenější, že vlastně on, ona mu určitě dávala víc a ona co s ním byla.“

Také jsem se zajímala o to, zda pacienti během filmu měli chuť na jakoukoliv návykovou látku. V předchozích skupinách pacienti na tuto otázku spíše odpovídali negativně, v dnešní skromné skupině to tak nebylo. Přemýšlela jsem o tom, zda i větší intimita vytvořená malým počtem účastníků způsobila to, že pacienti byli sdílnější.

P21: „Hned okamžitě, jak to začlo, jak tam dělal ty otočky a dával tam do toho košíku ty flašky, já jsem, jo, jo. A ke konci filmu, až se mi to protivilo, až jsem si fakt, ale měl jsem chuť, ale potom se mi to tak zprotivilo, když jsem viděl, že prostě, on ani jednu scénku nebyl normální, on byl všude ožralej nebo se klepal, potom už to bylo až hnusný, vlezlý, a přitom jsem si tak nějak viděl sám sebe, někam jsem přišel, byl jsem nepříjemnější, až když jsem se napil, tak jsem tam mohl přijít znova, přesně jak on v tý bance.“

P22: „Asi jo, protože, já nevím, jestli to bylo úplně bažení, ale, nebo chuť na drogy, ale spíš mi tam hodně mi tam naběhlo to, že když je nadranej, tak byly takový chvíle, kdy mu bylo dobře, kdy věděl, že to jako nemůže dopadnout dobře.“

Dále jsem se zajímala o vlastní zkušenost se závislostí, která již konkrétně rozvíjela různé zážitky z minulosti.

P21: „Určitě, určitě mi tam ne-li dvě, tři proběhly hlavou. I on, že ho z druhé strany sledujou, že je slyší, přesně to jsem byl já. Jak ten tý šlapky přítel, ten ukrajinec, i v něm jsem se viděl, paranoidní, vyschízovanej smažák. (...) Přesně takhle zatvrzelej jsem byl já. Jsem se prostě chtěl uchlastat, že na všechno kašlu, práci jsem měl na salámu, všechny jsem měl na salámu, dílnu jsem rozprodal, rozchlastal.“

P22: „Na tohle jsem si taky vzpomněl, když tam tohleto rozjel.“

Pacienta P22 zaujal již konkrétněji vztah, který byl ve filmu zobrazen a jeho podobnost s předešlými vztahy pacienta.

P22: „(...) jako v tom smyslu, že jsem věděl, že to bude blbý, že to nemůže dlouho trvat, oba dva jsme to věděli, i ona, ale prostě jsme to tak jeli, ono to nějak dopadne, (...) možná i, ono to bylo popsáno i v tom filmu z pohledu drog, tak prostě to tam je, on to taky věděl, já to taky věděl, že to nemá dlouhý trvání a člověk to nechce nějak zastavit, protože si to svým způsobem užívá, ikdyž je to jednou extrém takovej, podruhý je to zase v jiný, ale nechceš to zastavovat, kolikrát i si říká, když si vzpomínám, na nějaký věci na drogách, jestli to bylo něco hezkýho, tak bych řekl, že možná,... Mám jako zážitky na drogách, který si myslím, že bych nezažil, který si myslím, že bych jinak nezazažil a je to právě spojený s nějakým protějškem. Když potkáš ženskou, nějakým způsobem se doplňujete, tak to se nestane vždycky.“

Všimla jsem si, že pacient P21 se stále vracel ke své podobnosti s hlavní postavou. O co se podělil kolegovi, všimla jsem si, že cítí spíše smutek nebo zklamání, které je

vztáhnuté na předchozí život s návykovými látkami, který by rád změnil. Toto se mu otevřelo, když se dokázal ztotožnit s hlavní postavou.

*P21: „Já jsem měl úplně to samý, já jsem ráno vstal a musel jsem se napít, než jsem vůbec šel do práce, se psem, fungoval, opláchl se, vyčistil si zuby, takže jsem si musel cvaknout. Když jsem neměl chlast, tak jsem byl úplně, já jsem byl nepříjemnej, lidi si říkali co mi je, že jsem nějaký divnej a když jsem se napil, tak jsem byl šťastnej, fajn. Když jsem neměl, tak jsem byl jinej. (...) Kamkoliv jsem přišel, prostě pivo, panáka, brko, prostě pořád něco.“*

*P22: „No to jo, já si umim představit, že je to naprd. Kolikrát jsem byl unavenej a říkal jsem si, když už jsem čekal na toho frajera dvě noci a už jsem byl naštvanej, říkal jsem si, že na něj čekat nebudu a šel jsem si lehnout. Takže jsem šel a usnul jsem. Kdyby ty drogy byly přímo jít si pro ně do večerky, k vietnamocovi, tak nevim, kde bych se zastavil.“*

K závěru diskuze jsem se zajímala, zda pacientům toto sezení pomohlo. Nejdříve jsem se obávala, jak bude diskuze v, tak malém počtu probíhat, ale k závěru mi přišlo, že pacienti byli otevřenější a skromný počet uvítali, což jsem následně viděla v jejich otevřených výpovědích.

*P21: „... já jsem v tu chvíli měl strašnou chuť, ale jak jsem viděl ten film, jak pokračuje a pokračuje, tak se mi to tam i hnusilo. (...) když jsem viděl úplně sebe, trosku, tak mi přišlo takový reálný, až smutný.“*

*S: „Jak Vám pomáhá, že tady sedíme? A bavíme se o tom?“*

*P22: „Mně to pomáhá vždycky. Pro mě to bylo, jak když jsem koukal na Harryho Pottera a spíš jsem si potřeboval ověřit ty fakta. Ve mně to vyvolalo to, že vim, to, co jsem věděl, že prostě to je sračka, chlastat je sračka, fetovat je sračka.“*

*P21: „A nemůžeš hlavně na tom nic zakládat, když chlastáš, fetuješ, nic nezaložíš, neuděláš.“*

V poslední otázce mě zajímalo, zda by si pacienti pustili film znovu.

*P21: „Já si myslím, že to byl takovej povzbuzující až demotizující film. Nekoukl bych se, já už bych se na něj nekoukl, protože vim, co by se ve mně odehrávalo. Smutek, beznaděj, ponaučení.“*

*P22: „Mně tyhle ty film víš, v čem mi přijdou dobrý? Že to vidíš, s čistou hlavou ted'ka, a to už by si musel být sebevrah nebo psychopat nebo nějaký sadista, sadomasochista, aby si ted' šel, jako alkoholik, aby si ted' šel, viděl to a víš že je to reálný, víš že to tak je, s čistou hlavou a šel ven a ožral se třeba, rozjel to takhle, do takových extrémů, tak to už si myslím, že jseš narušený člověk.“*

*P21: „To už nikdy. Já na to mám takovejhle názor, že už bída, ctnost.“*

Poslední ohnisková skupina probíhala ve skromném počtu účastníků. Nevěděla jsem, zda to pacientům nebude vadit a proběhne stejně tak jako u ostatních skupin zajímavá diskuze. Jelikož se pacient P21 dokázal ztotožnit s hlavním hrdinou a druhý pacient P22 zase reflektoval o svých předešlých vztazích, vznikaly takové postřehy, o kterých se dalo

společně diskutovat. Ocenila jsem, že pacienti na skupinu dorazili a byli ke mně a sobě navzájem upřímní. Cítila jsem, že pacienta P21 děj filmu zasáhl, při diskuzi se vracel ke své minulosti spojené s užíváním návykových látek a jaký to mělo na něj dopad. I při takto malém uskupení účastníků jsem pacienty nepotřebovala podněcovat k hovoru, ale naopak mezi nimi probíhala diskuze spontánně, pouze za mé asistence kladení vhodných otázek.

## 12.2 Dotazníkové šetření

V této části se věnuji již zmiňovaným 3 typům dotazníků, které jsem použila ve výzkumu.

### 12.2.1 Úrovně prožitku štěstí

V metodě mapující prožitek štěstí bylo úkolem pacientů zaznamenat svoji aktuální úroveň štěstí na jedenácti stupňové škále. Tento typ dotazníku se vždy administroval před shlédnutím filmu, a po jeho shlédnutí. Následně druhý den před ohniskovou skupinou a po ohniskové skupině. V této kapitole se pro srovnání hodnot zaměřuji pouze na pacienty, kteří absolvovali všechny tři filmy. Pacienti měli vybrat vždy takový pocit, který je nejlépe v danou chvíli vystihuje (viz tabulka 4).

*Tabulka 4: Jednotlivé možnosti výběru pocitu štěstí*

Nesmírně šťastný	11
Velmi šťastný	10
Hodně šťastný	9
Mírně šťastný	8
Trošku šťastný	7
Neutrálně	6
Trošku nešťastný	5
Mírně nešťastný	4
Hodně nešťastný	3
Velmi nešťastný	2
Nesmírně nešťastný	1

Tabulka 5 níže zobrazuje jednotlivé hodnoty u deseti pacientů. Pouze u dvou pacientů byly vybrány extrémní hodnoty stupnice směrem k negativnímu i pozitivnímu pólu. Konkrétně lze z tabulky vyčíst, že pacient P1 pocíťoval před puštěním filmu úroveň prožitku štěstí jedenáct („nesmírně šťastný“), za to pacient P10 již při promítání filmu s pocitem úrovně jedna („nesmírně nešťastný“). Většina pacientů vždy po promítání pocíťovala stejný



prožitek štěstí nebo menší úroveň, málokterý pacient uvedl, že by se po shlédnutí filmu cítil lépe než před jeho puštěním. Největší rozdíl úrovně prožitku štěstí po shlédnutí filmu měl pacient P5, pociťovaná úroveň deset („velmi šťastný“) se změnila na pět (trošku nešťastný“). Ohnisková skupina na rozdíl od promítání filmu byla v oblasti úrovně prožitku štěstí různorodá, někteří pacienti se cítili lépe, jiní zase hůře. Nezaznamenala jsem žádný vysoký rozdíl v úrovních.

*Tabulka 5: Porovnání hodnot štěstí u jednotlivých filmů*

	Film		Ohnisková skupina		Film		Ohnisková skupina		Film		Ohnisková skupina	
P1	7	5	7	6	5	6	7	7	11	9	9	8
P4	9	9	10	9	7	6	8	8	7	5	9	10
P5	10	5	10	10	10	9	8	8	9	5	10	10
P6	6	6	6	6	6	4	6	6	6	6	5	6
P10	8	8	8	9	10	10	9	6	1	1	2	2
P14	7	5	8	6	8	5	9	6	9	5	9	9
P17	10	10	10	10	10	10	10	10	9	8	9	9
P18	9	6	5	7	9	9	9	9	6	9	5	6
P21	4	5	6	6	6	5	7	7	6	5	7	6
P22	8	8	9	9	8	6	8	8	9	8	8	7

### 13.2.3 Testování bažení

Dotazník zjišťující, zda pacienti pociťovali chuť na návykovou látku, rozlišoval, zda pacienti měli chuť po shlédnutí filmu či po proběhlé ohniskové skupině. Chuť na návykovou látku jsem zkoumala v celém výzkumném souboru dle typů promítaných filmů. Pacienti v dotazníku při pociťované chuti na návykovou látku udávali, v jaké souvislosti se chuť objevila, jaké emoce aktuálně prožívali, která činnost jim pomáhala v abstinenci a zpracování vlastních chutí, v poslední kolonce uvedli aktuální obtíže. Jak je zřejmé z tabulky 6, u filmů *Kdysi byli bojovníky*, *Kobry a užovky* či *My děti ze stanice ZOO*, žádný z pacientů neuvedl, že by měl chuť na návykovou látku. Pouze dva pacienti (P2, P5) měli chuť na návykovou látku i během ohniskové skupiny, jednalo se o diskuzi k filmu *Aberdeen* (P2) a *Perníková věž* (P5).

Tabulka 6: Zobrazení pacientů dle pocíťované chuti na návykovou látku u jednotlivých promítaných filmů

	Film	Ohnisková skupina
Aberdeen	P4, P5	P2
Perníková věž	P5	P5
Kdysi byli bojovníky		
Zrodila se hvězda	P10, P11	
Kobry a úžovky		
My děti ze stanice ZOO		
Ikarův pád	P20, P21	
Všemocný	P21, P22	
Leaving Las Vegas	P21	

V tabulce 7 konkrétně zobrazují jednotlivé odpovědi pacientů. Zaměřila jsem se na odlišení filmů, a pokud chuť probíhala při promítání filmu nebo ohniskové skupině. Někteří pacienti nechávali určité kolonky v dotazníku prázdné. Pouze u jednoho filmu (Leaving Las Vegas) pocíťoval chuť na návykovou látku jeden pacient. Největší množství pacientů, kteří měli chuť na návykovou látku, bylo u filmu Aberdeen (dva pacienti při promítání filmu, jeden pacient při diskuzi v ohniskové skupině). V kolonce Emoce/Pocit jsem zaznamenala, že jediný z pacientů (P21) uvedl kladnou emoci v podobě radosti.

Tabulka 7: Jednotlivé odpovědi pacientů rozlišené dle promítaných filmů

<b>Aberdeen</b>	<b>Událost</b>	<b>Emoce/Pocit</b>	<b>Zpracování</b>	<b>Obtíže</b>
P4 (film)	když šňupala	únava, klid	vzpomenu si, jak to bylo na konci hnusné	v pohodě
P5 (film)	když koukal v baru na whisky	nebudu mít šanci znovu pít lepší pití (kořalku, víno, pivo)	jak film pokračoval, tak jsem na to chvíli zapomněl	
P2 (ohnisková skupina)	kokain a sex	strach	vzpomínka na špatné časy	

<b>Perníková věž</b>	<b>Událost</b>	<b>Emoce/Pocit</b>	<b>Zpracování</b>	<b>Obtíže</b>
P5 (film)	když přišli poprvé do klubu	zvyk, radost	voda, rozmyslet si to, udělat něco jiného, jíst, čas	

P5 (ohnisková skupina)	když mluvím o scéně u baru ve filmu	v pohodě	režim	
------------------------	-------------------------------------	----------	-------	--

Zrodila se hvězda	Událost	Emoce/Pocit	Zpracování	Obtíže
P10 (film)				nevolnost
P11 (film)				

Ikarův pád	Událost	Emoce/Pocit	Zpracování	Obtíže
P20 (film)	film	špatné vzpomínky	vůle	psychika
P21 (film)	špatné informace	smutek, strach	sport, práce	vztek

Všemocný	Událost	Emoce/Pocit	Zpracování	Obtíže
P21 (film)	sledování filmu	radost	kouknout se do minulosti	pocení, třes
P22 (film)	zvědavost při sledování filmu	cítím nechut' vůči drogám	sportovní činnost	vztek

Leaving Las Vegas	Událost	Emoce/Pocit	Zpracování	Obtíže
P21 (film)	neustálý přísun alkoholu	strach	přemýšlet nad budoucností dětí	konflikty, vztek

#### 12.2.4 Zhodnocení problémů pacientů během výzkumu

Poslední typ použitého dotazníku v tomto výzkumu hodnotil předem definované problémy, se kterými se pacienti během léčby mohli setkat (viz tabulka 8). Ve standardizované podobě se využívá při individuální práci s pacientem, kdy pacient sám určí své vlastní problémy, které ho momentálně trápí a následně při každém setkání již vybírá ve sedmibodové škále, jak se pohled na tyto problémy změnil. Abych dokázala společně statisticky vyhodnotit vytvořená data, uvedla jsem na základě vlastního výběru předem definované problémy. Pacienti již pouze vyplňovali, jak je jednotlivé problémy v danou chvíli trápili. Dotazník byl administrován vždy v třítydenních roztupech i po sledování posledního filmu. Na základě této specifikace dostal pacient dotazník k vyplnění celkem čtyřikrát.

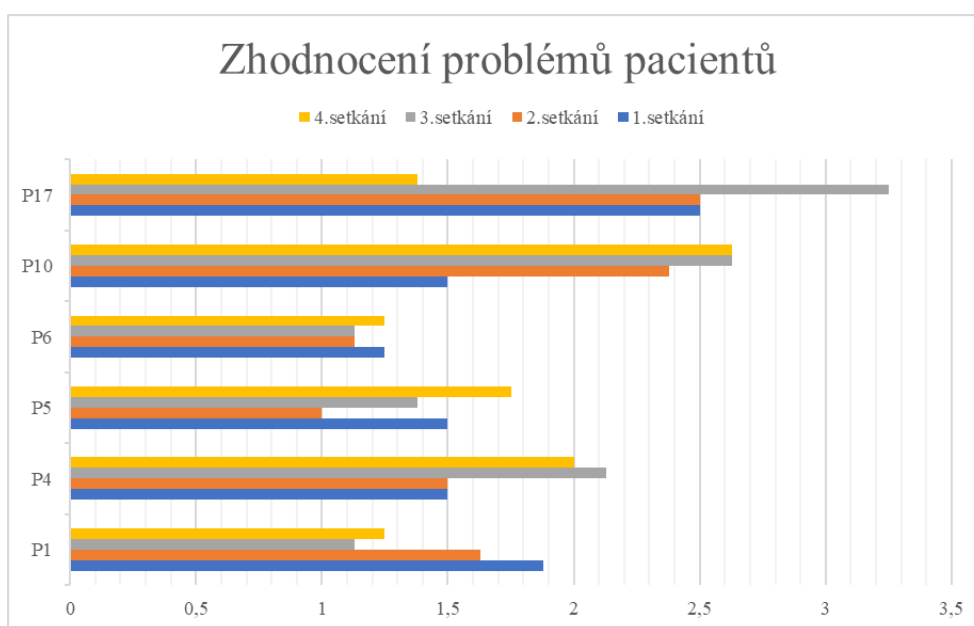
Tabulka 8: Definované problémy s možností výběru na sedmibodové škále

	Vůbec ne	Velmi málo	Málo	Mírně	Hodně	Více než hodně	V největší možné míře
1. chutě na návykovou látku	1	2	3	4	5	6	7
2. bažení	1	2	3	4	5	6	7
3. úzkosti	1	2	3	4	5	6	7
4. deprese	1	2	3	4	5	6	7
5. strach ze selhání	1	2	3	4	5	6	7
6. vnitřní chaos	1	2	3	4	5	6	7
7. nespavost	1	2	3	4	5	6	7
8. pocit beznaděje	1	2	3	4	5	6	7

Celkově se podařilo získat potřebná data od šesti pacientů. Jednalo se tedy o takové pacienty, kteří viděli všechny tři filmy a po posledním dosledovaném filmu jsem se s jednotlivými pacienty domluvila na způsobu zaslání dotazníku a umožnění tak čtvrtého setkání. Zprůměrováním jednotlivých problémů vznikl celkový skór. Klinický hraniční skór je 3,25 a index statisticky spolehlivé změny je 1,67.

Jak je zřejmé z grafu 4, pacienti P1, P5 a P17 vykazovali stabilní pokles obtíží, kdy z počátečního skóru (P1 – 1,88; P5 – 1,50; P17 – 2,50) se po čtyřech setkání dostali na výsledný skór (P1 – 1,47; P5 – 1,41; P17 – 2,41). Naproti tomu u pacientů P4, P5 a P10 si můžeme všimnout nárůstu obtíží, z počátečního skóre (T4 – 1,50; T10 – 1,50) na výsledný skór (P4 – 1,78; P10 – 2,29). Pacient T6 měl zprůměrované hodnoty téměř podobné, i přesto lze sledovat mírný stabilní pokles obtíží z počátečního skóru 1,25 na výsledný skór 1,19. Avšak veškeré změny v poklesu či nárůstu nelze označit za statisticky spolehlivé.

Obrázek 4: Srovnání zprůměrovaných hodnot obtíží u jednotlivých pacientů za čtyři setkání



## 13. DISKUZE

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zjistit, jaký mají filmy efekt na subjektivní prožívání pacienta v souvislosti s probíhající léčbou. S tímto cílem souvisely stanovené výzkumné otázky, které se pokusím zodpovědět v této části práce.

### VO 1: Jaká je aktivita v ohniskových skupinách po dobu výzkumu?

Základním cílem výzkumu zaměřeného na skupinu je identifikovat řadu různých názorů na předem zvolené téma a získat porozumění k otázkám z pohledu samotných účastníků. Skupinový kontext má za cíl shromáždit širší informace v jedné relaci, než jaké by vyplynuly z individuálních rozhovorů, s tímto názorem se shodují u autorky Hennink (2007).

Ohnisková skupina se ukázala jako dobrý nástroj pro zkoumání jednotlivých názorů, postojů a hodnot pacientů ve vztahu k prožitku z jednotlivých filmů. Pacienti sdíleli nejenom prožitek z filmů, ale přidanou hodnotou bylo i probírání příběhů z minulosti či vzájemné sdílení rodinných či vztahových témat. Jednalo se o výbornou metodu pro skupinové souznění, kdy pacienti při přednesení svých vlastních témat cítili podporu nebo naopak negativní postoj, který jistě zanechal prostor pro přemýšlení. Což se shoduje s názorem autorky Hennink (2007), která podotýká, že cílem ohniskové skupiny není dosáhnout konsensu o projednávaných otázkách, ale povzbudit řadu názorů, které poskytují lepší porozumění postojům, chování a vnímání účastníků v otázkách výzkumu.

Ohnisková skupina byla vedena tak, že nejdříve se každý z pacientů vyjádřil na mé vnesené otázky a poté se nechal prostor k tomu, aby pacienti sami vynesli na povrch to, co jim přišlo ve filmu zajímavé a rádi by se o tom pobavili s ostatními pacienty. Můj výběr otázek se kompletně neshoduje s autory Côté-Arsenault & Morrison-Beedy (2005), kteří poukazují na to, že otázky by měly být otevřené, neměly by být posuzovány a měly by být široce zaměřené vzhledem ke konkrétním tématům, od méně citlivých k citlivějším tématům. Každá z otázek by měla být použita k tomu, aby se účastníci cítili bezpečně, a tak lépe hodnotili své zkušenosti nebo získali podrobný pohled na téma výzkumu.

Dle typů zaměření filmů se aktivita v ohniskových skupinách lišila. Má práce moderátora pak závisela na tom, jestli pacienty film zaujal nebo nikoliv. Vždy jsem se snažila o to, aby společná diskuze byla přínosem, ikdyž se jednalo o film, který pacienti odsoudili, navrhovala náměty k diskuzi, pacienty vybízela k osobním názorům a podněcovala skupinu k tomu, aby i negativní postoj mezi sebou sdíleli a dokázali přijít na to, proč tomu tak je. Jednalo se o velmi svobodnou platformu k tomu, aby pacienti sdíleli emoce, dojmy a názory, i pro jednotlivce, kteří by jiné formy výzkumného šetření (např. individuální rozhovory) považovali za nepřijatelné. Ohnisková skupina se mi jevila jako nejlepší možnost k tomu, aby celkový dojem z proběhlého promítání filmu nezůstal pouze na úrovni osobního prožitku, ale stal se ve skupině možností pro sdílení společného zážitku.

Po shlédnutí filmů se u pacientů projevovaly různé formy emocí. Vždy se to odvíjelo podle toho, zda se pacienti s filmovým příběhem či postavami dokázali ztotožnit a tento příběh měl pro ně hloubku, dokázal v nich emoce rozproudit. Tyto emoce pak s odstupem času na ohniskové skupině reflektovali, ve dvou otázkách jsem se i zajímala o to, zda jim pomáhal odstup po sledovaném filmu či celé sezení k utřídění myšlenek a zpracování pocitů. Všimla jsem si, že většina pacientů by raději preferovala sdílení zážitku z filmu co nejdříve. Ale spíše proto, že jejich názor se na film za dobu, než proběhla ohnisková skupina nezměnil. U některých méně sdílných pacientů, kteří spíše naslouchali ostatním, jsem si všimla, že ačkoliv nemají potřebu s ostatními sdílet svůj názor či osobní témata, poslouchání ostatních kolegů jim je přínosem pro to, že diskuze mezi pacienty jim pomáhá tento vlastní názor obohatit výroky ostatními členy skupiny. Sdílení prožitku u pacientů mohlo souviset i s proměnlivým obsazením ohniskových skupin. Autoři Arsenault & Morrison-Beedy (2005) uvádí, že velikost skupiny může být problematická, pokud je skupina příliš malá a každý účastník cítí příliš velký tlak na to, aby promluvil, nebo je naopak skupina příliš velká a členové nemají dostatečnou příležitost svobodně mluvit. Optimální kombinace homogenity zájmu a společného prostředí s odpovídající rozmanitostí zkušeností je rozhodující pro produktivní interakci mezi členy.

## **VO 2: Jak tato léčebná intervence případně její léčebné součásti ovlivnily motivaci v léčbě?**

Motivaci v léčbě jsem u pacientů zkoumala na základě zpětných vazeb, zodpovězením otázky („Jak Vám ovlivnila filmová intervence (tento výzkum) motivaci v léčbě? Pokud ano, co nejvíce?“). Jelikož jsem zpětné vazby od pacientů dostávala již mimo léčebné zařízení, jejich návratnost byla poloviční (oproti pacientům, kteří shlédli všechny tři filmy), vlivem nemožnosti uskutečnění osobního kontaktu – pacienti, kteří se léčí na Klinice adiktologie pochází z různých koutů České republiky. S pacienty jsem byla v kontaktu za pomoci emailové korespondence, některé pacienty jsem oslovila s prosbou o zhodnocení tohoto výzkumného šetření na doléčovací skupině, která probíhá na klinice každé úterý. Spoléhala jsem se tedy na ochotu pacientů zodpovědět mou otázku či osobní kontakt v rámci doléčovací skupiny.

Jednotlivé odpovědi pacientů přikládám níže. Pacienti tento projekt hodnotili spíše kladně, jeden z pacientů by i uvítal, kdyby takových projektů bylo více. Bohužel jsem neměla možnost si vyslechnout názor všech pacientů. V tomto případě by bylo lepší neoslovovat pacienty až zpětně po nějaké době, ale za doby, kdy jsou stále v léčebném zařízení. Zpětná vazba od pacientů ohledně pilotního projektu je dle mého názoru podstatná v tom, zda byl čas, který pacienti strávili ve výzkumném šetření, a zároveň stále v léčebném zařízení, pro ně přínosný. Jelikož zatím není možné sehnat jiný způsob zpětného hodnocení, je tato forma nejefektivnější a zároveň dává podnět k tomu, zda by bylo vhodné podobný či stejný projekt znovu zopakovat. Lettieri, Caldwell, and Allen (2005) tuto problematiku vysvětlují, kdy postupy použité k rekontaktování pacientů pro následná zpětná hodnocení mohou ovlivnit výsledná data. V případě, že jsou hodnocení příliš dlouhá nebo obtížně

pacientům dostupná, mohou se pacienti rozhodnout neúčastnit se tohoto sledování a dojde ke ztrátě dat.

*P4: „Kdybych měl reflektovat ty filmy, tak asi nejvíc mě tam zasáhlo, kromě těch drog a alkoholu, spíš to násilí na dětech nebo na ženách, všeobecně to násilí, to mě zasáhlo asi nejvíc ze všeho. Jinak jsem si hodněkrát spíš připomněl ty špatný věci, co jsem tam měl spojený s drogama a naopak to ve mně nevyvolávalo žádný chutě, ale vůbec žádný. Pro mě to asi bylo přínosem, protože jsem se měl vždycky možnost, u toho filmu asi ne tolik, spíš potom na těch skupinách, možnost zamyslet a spíš až tam na těch skupinách jsem potom teprve nějak zpracovával ten film víc do podrobná, že jsem si uvědomoval víc ty scény, když se to rozebíralo a pomohlo mi to si myslím. Je to dobrej nápad.“*

*P6: „Filmová intervence mi ovlivnila v léčbě hlavně to, jak ty lidi vypadaj, jak se chovali, jak postupovali v různých věcech. Pomohlo mi to v léčbě trošku, neříkám, že úplně, určitě na to na mě nějak zapůsobilo.“*

*P10: „Sledování Vámi vybranými filmy mi z hlediska motivace pomohli v lepším uvědomění si následků při požívání návykových látek a jejich dopad nejen na blízké okolí. Přínosným pro mě bylo i sledování změn svých emocí při filmu, a i změny s odstupem následujícího dne. Nejvíce mi tedy tato filmová intervence pomohla v identifikování spouštěčů různých emocí, na které jsem se mohl dále v léčbě více soustředit. Zapojení do této skupiny mohu zhodnotit velmi kladně a uvítal bych více projektů jako je tento a jemu podobné.“*

*P17: „Bych řekl, že asi mě ovlivnil film Děti ze stanice ZOO. I když není moje závislost vůči ty návykové látky, co tam měli, ale aspoň mě drží dál od věcí, který nezkoušel jsem.“*

*P21: „V léčbě jsem se nad tím zamýšlel hodně, třeba nad tím Všemocným, to byla velká debata, co jsme vlastně vedli a přemýšleli jsme, že kdyby nějaká taková látka byla, že by si jí jeden z nás dal a já jsem byl zaručeně proti tomu, že bych si to nedal, že už nechci prostě takhle dál. Ale venku je to úplně jiný, venku jsem vždycky všechno zabalil do krabičky a dá se říct, že zahodil za hlavu. Tady s čistou hlavou nad tím člověk hodně zapřemýšlí, teda když sám se sebou pracuje, ale venku když se stane nějaká určitá situace, tak dá se říct, že se pak celá léčba, a to všechno okolo zahodí za hlavu.“*

### **VO 3: Liší se pocity pacienta po shlédnutí filmu a druhý den po ohniskové skupině?**

Pocity respondentů po shlédnutí filmu a po proběhlé ohniskové skupině jsem zkoumala za pomoci dotazníku prožitku štěstí (Příloha 5). Tabulka (tabulka 5) srovnávající tyto hodnoty se nachází v kapitole Dotazníkové šetření. Pacienti převážně vykazovali pozitivnější pocit prožitku po ohniskové skupině. Zázitek z filmu byl pro pacienty v danou chvíli natolik silný, což se následně projevilo na vybrané úrovni prožitku štěstí. Což bylo v souladu s mým očekáváním, jelikož jsem předpokládala, že u takových filmů se pacienti budou cítit hůře, a to vlivem filmového tématu.

Ohnisková skupina pacientům sloužila k tomu, aby to, jak se cítí, mohli verbálně popsat a říci to nahlas. Dle otázek, které pacienti na ohniskové skupině zodpovídali, jsem na

základě získaných dat a vlastního vnímání usoudila, že mít možnost k tomu, aby pacienti popsali, jaké pocity v nich film vyvolával, bylo pro pacienty přínosem. Našli se i pacienti, kteří se po ohniskové skupině cítili hůře než po shlédnutém filmu (příklad z ohniskové skupiny po filmu Aberdeen – P1: „(...) *Názor na film se nezměnil, ale pocitů z toho mám dost tady z té skupiny, trošku mě to hodilo do negativních pocitů, nějaký ty výlevy, já toho nejsem fanoušek a takový nějaký neklid cejtím z té skupiny, tady z těch dohadů a cítím se trošku hůř, ne úplně zle, spíš téma k přemýšlení.*“). Z mého pohledu se jedná o pacienty, kteří se necítí pohodlně ve skupině, kde jsou jedinci, kteří se hlasitěji vyjadřují a své emoce projevují bez ostychu. Což se může projevit tím, že jsou zamlklí a nesdílí své názory či postoj se skupinou. Setkala jsem se během ohniskové skupiny s pacienty, kteří by nedali svým afektovaným vyjadřováním prostor pro ostatní členy skupiny. V tuto chvíli jsme jako moderátor skupiny musela zasáhnout takovým způsobem, abych dotyčného neurazila a zároveň vytvořila prostor pro ostatní členy skupiny. Autorka Hennink (2007) popisuje, aby skupinová diskuze byla vedena vyškoleným moderátorem, který uvádí každý problém a usnadňuje diskuzi tak, aby bylo možné získat podrobné informace ke každému problému. Osobně si myslím, že mé roli moderátora pomohla zácvičná ohnisková skupina s alespoň minimálním převzetím zkušeností od supervizora.

#### **VO 4: Jak se změnil náhled na konkrétní obtíže pacienta před shlédnutím prvního filmu a po shlédnutí všech tří filmů?**

Změnu náhledu na konkrétní obtíže jsem porovnávala ze získaných dat Individuálního sebesposuzovacího dotazníku (Příloha 3). Jelikož se jednalo celkem o 4 setkání, kdy poslední dotazník pacienti vyplňovali již mimo léčebné zařízení, podařilo se mi získat data od 6 pacientů z 10 možných. Pouze dva pacienti vykazovali zlepšení konkrétních obtíží (P1 a P17), u třech pacientů došlo k zhoršení (P4, P5 a P10) a pacient P6 měl stejné hodnoty. Získaná data nelze hodnotit jen z pozice proběhlého výzkumného šetření. Pacienti při vyplňování dotazníku zohledňovali i momentální psychické rozpoložení. Jeden z pacientů se před ohniskovou skupinou svěřil, že mu zemřela bývalá přítelkyně, všimla jsem si, že pacienta taková náročná zpráva následně ovlivnila, ať už při diskuzi v ohniskové skupině nebo při vyplňování dotazníků. Je možné, že jednotlivé obtíže, s kterými se běžně pacienti setkávají v léčebném zařízení, mohou být ovlivněny sledováním vybraných filmů. Pacienti několikrát reflektovali o tom, že nad filmem budou přemýšlet i později. Scény, které se ve filmech ukazovali, v některých případech byli podobné těm, kteří pacienti zažili ve svém osobním životě, což mohlo mít efekt na probíhající léčebné nastavení. Pacienti však tento typ dotazníku mohli vyplňovat i z takové pozice, kdy nad shlédnutými filmy nepřemýšleli, ale realita všedního života je po proběhlé léčbě silně zasáhla. Kolonka v dotazníku týkající se zjištění odpovědi na to, jak velký mají pacienti strach ze selhání, jasně ukazuje rozdílnost v tom, co pociťují pacienti během léčby a po léčbě. Např. u pacienta P10 byla počáteční hodnota 1 („vůbec ne“) a při čtvrtém setkání se zvýšila na 5 („hodně“). Obtíže spojené s léčbou jsou silně proměnlivé, kdy je potřeba zohlednit nejenom momentální psychické nastavení pacienta, ale i různé situace, které mohou výpovědní hodnotu dat



ovlivnit (kontakt s rodinou, léčebný režim, ostatní pacienti, osobní problémy). Což je totožné se zjištěním od autorů Lettieri, Caldwell, and Allen (1992), dle autorů pacienti žijí v dynamickém a neustále se měnícím prostředí. Mezilidské krize, ztráta zaměstnání, nehody, nemoci či jiný stres se mohou vyskytnout kdykoliv během léčby.

Kromě odpovědí na jednotlivé výzkumné otázky bych se ráda dále v této kapitole více zaměřila na promítané filmy. Jednotlivé filmy se pacientům promítaly v rámci pravidelné aktivity na Klinice adiktologie, která se nazývá filmový seminář, kdy seminární podobu jsem se tomu pokusila dát svým projektem, kdy cílem bylo vybrat filmy s adiktologickou tematikou a pokusit se s ním pracovat více terapeuticky. Filmový seminář je zaběhlá aktivita, která se koná každý týden vždy v sobotu večer. Pacienti si dopředu vybírají film, na který se chtějí podívat, jelikož musí být schválený terapeutickým týmem. Sami pacienti si vybírají v některých případech filmy, které obsahují závislostní tematiku. Velmi oblíbeným filmem byly, za dobu mého výzkumu, Úsměvy smutných mužů. Po shlédnutí filmu se pacienti běžně k prožitku z filmu nevracejí. Mohou však svůj prožitek popsat v denících (soukromé zápisy pacientů, kde zachycují své myšlenky a pocity při léčbě) či otevřít téma na skupinové psychoterapii. Pacienti zhlédli filmy:

1. Aberdeen
2. Perníková věž
3. Kdysi byli bojovníky
4. Zrodila se hvězda
5. Kobry a užovky
6. My děti ze stanice ZOO
7. Ikarův pád
8. Všemocný
9. Leaving Las Vegas

V následujících odstavcích diskutuji, jaký přínos mají filmy z adiktologického pohledu, co měli oslovit a jak se to podařilo. V závěru této kapitoly nastíním společné srovnání všech filmů.

Prvním promítaným filmem byl *Aberdeen*. Zobrazení rodinného vztahu mezi otcem a dcerou, kdy otec měl problémy s alkoholem, na pacienty silně zapůsobilo. Pokud bych měla hodnotit přínos filmu, stěžejní, aby pacienty film zasáhl bylo, pokud jim přišel reálný. Reálnost filmu souvisí s tím, zda příběh i jednotlivé scény pacienty natolik osloví, že si vybaví zážitky z minulosti či vlastní rodinné vztahy. Jelikož tento film byl zaměřen na rodinné vnímání, našli se pacienti, kteří tento vztah v rodině hodnotili a zároveň vnášeli do skupiny vlastní zážitky. Film zobrazuje nejenom vztahy v rodině, ale i, jak užívání návykových látek (v tomto případě alkoholu) tyto vztahy ovlivňuje.

V souvislosti s tématem této práce bylo vybrat takové filmy, které pacienti přijmou, osloví nejenom jejich závislostní chování, ale ukážou jim konkrétní situace, které během svého užívání neviděli či vidět nechtěli. Jelikož byl film *Aberdeen* zaměřený na rodinné vztahy, zajímala jsem se o to, zda pacienti dokážou diskutovat o vlastních zkušenostech z rodinného prostředí. Mé otázky během ohniskových skupin směřovali k tomu, abych během společné diskuze zážitky z minulosti otvírala. Nezaměřovala jsem se pouze na závislostní chování hlavní postavy, ale jaký to mělo dopad na okruh jeho blízkých a zda to pacienti ve filmu viděli.

Myslím si, že se podařilo o klíčových tématech z filmu diskutovat. Pacienty film zasáhl, což i reflektovali při ohniskové skupině. Jeden z pacientů se dokonce s hlavní postavou ztotožnil a cítil sám k sobě vztek až pohrdání, kdy uvažoval o ukončení léčby. Ostatní pacienti se pokoušeli tento negativní pohled na film u dotyčného změnit. Jelikož pacientům film připadal reálný, dokázali společně o prožitku z filmu diskutovat, vnímali příběh i vztahy zobrazených rodinných příslušníků.

Na filmu *Perníková věž* se ukázalo, jak je důležité promýšlet výběr filmu a nezaměřovat se pouze na to, že je v něm zobrazeno závislostní chování jedince. Jako přínos hodnotím to, že ačkoliv příběh filmu nebyl pro pacienty věrohodný, zobrazení závislosti u hlavní postavy dokázalo v pacientech vyvolat vzpomínku na vlastní zkušenosti se závislostí a dospíváním. Snažila jsem se výběrem filmu o to, aby si pacienti vzpomněli na vlastní začátky s užíváním návykových látek a co to pro ně znamenalo. Jelikož hlavní postava byla zobrazena i v rodinném prostředí, pacienti vzpomínali na své zážitky z minulosti. Cítila jsem však, že příběh filmu pacienty nezasáhl a negativní emoce, které pacienti následně v ohniskové skupině popisovali, nepomohly k tomu, aby našli v příběhu větší hloubku. Což způsobilo to, že se hlavně diskuze točila kolem věrohodnosti filmového pojetí a byla pouze povrchní. Snažila jsem se vhodnými otázkami u pacientů diskuzi rozproudit. Pacienti však hodnotili spíše pojetí filmu, než že by probírali vlastní zkušenosti.

Pacienty svým silným příběhem zaujal film *Kdysi byli bojovníky*. Již dopředu jsem věděla, že se jedná o film, který zobrazoval násilí na dětech i ženách, tato brutalita však byla zobrazována velmi autenticky. Takto zaměřený příběh v pacientech vyvolával řadu emocí. Přínos tohoto žánru vznikl v tom, že celkový děj byl pro pacienty reálný. Bylo zde zobrazeno nejenom násilí, ale i nadměrné užívání alkoholu, které ústřední postavu ovlivňovalo v tom, jak se choval ke své rodině. Pacienti vzpomínali na svá minulá závislostní chování, někteří byli svědky násilí v rodině nebo sami se chovali násilně. Příběh filmu pacienty oslovil v tom, že vzpomínali na vlastní rodinné prostředí. Hodnotili chování hlavní postavy. Chtěla jsem, aby pacienti dokázali zhodnotit, jak užívání návykových látek v rodinném prostředí rodinu ovlivňuje. V případě, že se jedná o muže, který je agresor, tak jak tím celá rodina trpí. Pacienti probírali i rozdílnosti v kulturních prostředích, kdy každá kultura má své specifikace. A pokud se jedinec dostane do jiného prostředí, může to pro něj být náročné v tom, aby se v dané kultuře cítil bezpečně. Myslím si, že pacienti dokázali reálně zhodnotit jaký prožitek z filmu mají. Vzájemné sdílení takto silného zážitku ve skupině, pacientům pomáhalo k tomu, aby s ostatními probírali konkrétní situace, které sami zažili.

Zpracování filmu *Zrodila se hvězda* zobrazovalo milostný vztah páru, kde příběh filmu divákovi ukazoval postupný dopad nadměrného užívání alkoholu na strukturu celého vztahu. Při výběru tohoto filmu jsem přemýšlela nad tím, zda pacienty zobrazení vztahu hlavních postav zaujme. Tento film jsem vybrala, jelikož mě zaujalo, jaké emoce bude vyvolávat, zda pacienty film upoutá natolik, aby pátrali po svých vlastních zkušenostech. Zároveň jsem doufala v to, že se zobrazovanými abstinenci příznaky pacienti ztotožní. Ocenila jsem, že při ohniskové skupině pacienti sdíleli vlastní zkušenosti ohledně zmiňovaných abstinenci příznaků. Všimla jsem si, že to pro pacienty bylo silné téma, s kterým celá skupina souzněla. Jeden z pacientů průběh diskuze ocenil v tom, že mu přišlo důležité, aby si závislý člověk takové chvíle opakoval, jelikož by neměl zapomenout na nebezpečí, které se v tom skrývá. Pacienti se během společného tématu doplňovali a sdíleli vlastní zkušenosti.

Film *Kobry a užovky* zobrazoval kombinaci návykových látek u dvou bratrů ze sociálně slabší rodiny. Pacienti hodnotili filmové ztvárnění této rodiny, a jaké momenty vzhledem k užívání návykových látek vznikaly. Filmový příběh pacientům přišel reálný. Při diskuzi v ohniskové skupině rozebírali jednotlivé scény a prokládali je vlastními zkušenostmi. Jelikož se jednalo o český film, mohlo to pacientům pomoci v tom, aby jim filmové ztvárnění, zobrazující rodinu s problémovým užíváním návykových látek, přišlo věrohodné. Jeden z pacientů se ztotožnil s ústřední postavou jednoho z bratrů. Svým kolegům se následně svěřil, že pro financování svého závislostního chování, rozprodával vlastní věci. Cítila jsem, že pacient svých činů lituje a možnost svěřit se a popsat pocity nahlas mu pomáhá v tom, aby tyto pocity zpracoval. Snažila jsem se o to, aby pacienti nad rodinnými poměry, které ve filmu byly ztvárněné, diskutovali. Jakmile se diskuze stočila k tématu sociálně slabších skupin, jeden z pacientů oponoval. V tento moment se povedlo to, že zaměření diskuze, které by se netýkalo pacientů, opět pacienty vtáhlo na osobní úroveň. Prolínání vlastních zkušeností s filmovým příběhem bylo klíčové pro možnost diskutovat o společných tématech.

Filmový příběh *My děti ze stanice ZOO* nabízel k diskuzi dvě hlavní témata – abstinenci příznaky a rodinné poměry. Potěšilo mě, že mnou vybraný film je pro pacienty reálný a podněcuje diskuzi. Snažila jsem se pomocí zaměření filmu, aby pacienti jednotlivá témata našli a obohatili je svými zkušenostmi. Opět se jednalo o film, který dokázal závislostní chování ústřední postavy ztvárnit tak, aby byl působilo pro pacienty věrohodně. Diskuze probíhala pouze s mým občasným dotazováním, ale téměř jsem nemusela do její formy zasahovat. Ocenila jsem sdílnost pacientů, vím, že osobní témata rodiny a abstinence nejsou pro skupinová sdílení jednoduchá. Zároveň se objevovaly u pacientů nové role, kdy od vlastního užívání návykových látek, poukazovali na to, jak by se zachovali z pozice táty či dědy, kdyby někdo z jejich rodiny zažíval podobnou situaci, jako ústřední postava mladé dívky.

Filmové ztvárnění snímku *Ikarův pád*, zobrazovalo rodinu (otec, matka a syn), kde otec problémově užíval alkohol a nacházely se zde scény, které zobrazovaly nepříjemné situace, do kterých se rodina vlivem problému otce dostávala. Pacienti hodnotili film tak, že

byl pro ně slabým. Což znamená, že jejich pohled na otce alkoholika je odlišný. Někteří pacienti své zážitky z minulosti popisovali a srovnávali je s filmovým příběhem. Hlavní téma, které se probíralo, bylo zaměřené na rodinné vztahy ve filmu. Jeden z pacientů měl z filmu nepříjemné pocity, kdy vzpomínal na své užívání alkoholu a jaké problémy mu to v rodinném prostředí přineslo. Výběrem filmu jsem se rodinná témata pokoušela u pacientů otevřít. Chtěla jsem, aby pacienti své problémy v rámci rodinné sféry probrali. Někteří pacienti minulé zážitky porovnávali. Avšak konverzace se spíše stáčela k nepovedenému natočení filmového příběhu a jeho odlišnosti ve starší filmu. Opět se mi ukázalo, jak je důležité nepodcenit výběr filmového příběhu.

Zobrazení neznámé látky ve filmu *Všemocný*, u pacientů vyvolalo bouřlivou diskuzi a u některých i zvědavost. Filmový příběh jsem vybrala záměrně. Chtěla jsem vědět, jak pacienti na neznámou látku budou reagovat či naopak film zavrhnou. Překvapilo mě, že vznikly dva tábory, kdy jeden z pacientů se snažil obhájit svůj názor, který byl postaven na tom, že takový druh látky nemůže uškodit. Pacienti se pokoušeli mezi sebou zobrazovanou látku přirovnat k jiným drogám. Mezi pacienty tak vznikaly zajímavé postřehy, které se soustředily i na milostný vztah mezi ústředními postavami. Partnerka muže, který tuto látku užíval, s tím nesouhlasila. Pacienti se pokoušeli tento vztah rozebrat, kdy jsem se pokoušela vhodnými otázkami zjistit, jaký názor na tento vztah mají. Někteří pacienti sdíleli i vlastní vztahové zkušenosti. Ačkoliv se jednalo o smyšlenou látku, překvapilo mě, že jí pacienti dokázali zhodnotit, jako kdyby se jednalo o jednu ze známých návykových látek, kdy hodnotili její pozitiva, ale i možná rizika.

Poslední filmem *Leaving Las Vegas* jsem zakončila svá promítání. Jelikož se měli dostavit pouze dva pacienti, byla jsem z tohoto počtu skeptická, zda se vůbec pacienti budou chtít filmem zaobírat. I přesto to pacienti probírali během ohniskové skupiny své postřehy z filmu a jejich podobnost s vlastní závislostním chováním. Každý z pacientů navrhl k diskuzi jiné téma. Přínosem tohoto filmu bylo zobrazení extrémního užívání alkoholu u milostného páru. Pro pacienty byl film natolik věrohodný, že srovnávali zobrazované chování ústřední postavy muže se svou vlastní závislostí. Jeden z pacientů, léčící se ze závislosti na drogách, nevěřil, že by někdo mohl takto dopadnout. Proto si u svých kolegů zjišťoval věrohodnost toho, co filmový příběh zobrazoval. Klíčová témata z filmu, které jsem ve filmu našla, pacienti sami rozebírali. Nejednalo se pouze o zobrazovanou závislost, ale i vztah mezi párem, na který se filmový příběh zaměřil. Pacienti tento vztah probírali a doplňovali to vlastními zkušenostmi ve vztahové sféře. Myslím si, že na pacienty působilo i to, že děj filmu byl ponurý s nešťastným koncem.

Jednotlivé filmy se lišily svým příběhem a tématy, která v nich pacienti nacházeli. Jako nejméně věrohodné bych hodnotila filmy Perníková věž a Ikarův pád. Shodou okolností se jedná o snímky, které byly natočeny před relativně dlouhou dobou a jsou to české filmy. Na rozdíl od českého filmu Kobry a užovky, který pacienty již oslovil více. Filmů, které pacienty silně oslovily byla převaha (Aberdeen, Kdysi byli bojovníky, Leaving Las Vegas, My děti ze stanice ZOO a Všemocný). Nejednalo se o podobné filmy zaměřením příběhu, ale hodnotila jsem u nich to, že pacientům přišli věrohodné svým zpracováním. Filmy, které

se zaměřovaly hlavně na rodinné prostředí byly Aberdeen, Kdysi byli bojovníky, Kobry a užovky, My děti ze stanice ZOO a Ikarův pád. Pacienti v těchto filmech vnímali zobrazované rodinné prostředí nejvíce. Spíše vztahově založené filmy byly, Zrodila se hvězda, Všemocný a Leaving Las Vegas. V těchto filmech se převážně probíral vztah mezi ústředními postavami se zaměřením na jejich vývoj a okolnosti, které vývoj narušovaly. K silnému ztotožnění s ústřední postavou došlo ve filmech Aberdeen, Kobry a užovky a Ikarův pád. V těchto filmech jsem zaznamenala největší porovnávání se zobrazenou postavou ve filmu.

Celkově pro pacienty nejlepším snímkem hodnotím film Všemocný. A to z důvodu následujících parametrů, které by měly splňovat všechny filmy vhodné pro tento druh intervence. Mezi ně patří především *věrohodnost* zobrazovaného příběhu, který pacienty vtáhne do děje a zároveň vyvolá spoustu podnětů ke společné diskuzi. Pacienti si pak mezi sebou vyměňují zkušenosti, názory a postoje na témata, která se ve filmu objeví. Pokud pacientům film věrohodný nepřijde, diskuze je zaměřená pouze na hodnocení filmového příběhu, ale již se opomíjí možná hloubka filmu. S věrohodností je spojená *živost* diskuze, kde mezi pacienty probíhá sdílení prožitků z filmu, pokud film není věrohodný, zobrazí se to následně na kvalitě diskuze. Mezi další parametr mohu zařadit *novost* filmu, která pacienty může lépe vtáhnout do děje. Také bych mohla uvést *explicitnost*, jakou je návyková látka ve filmu prezentována. Pravdivost zobrazení návykové látky byla pro pacienty podstatným prvkem k tomu, aby filmový příběh dokázal zaujmout.

## 14. ZÁVĚR

Počet osob vstupujících do režimové léčby závislostí v České republice stále stoupá a s tím souvisí i to, jak tyto osoby v léčebném zařízení oslovit, aby došlo k úspěšnému nastartování dlouhodobého procesu uzdravy. Je důležité nacházet efektivnější přístupy, které se přizpůsobí nejen ke specifické povaze problému závislosti, ale i měnícím se potřebám pacientů. Správně zvolené metody a přístupy v léčbě, mohou pacienta namotivovat k tomu, aby na sobě pracoval a dokázal identifikovat špatné vzorce chování i s ohledem na minulost.

Cílem této práce bylo zjistit, jestli je smysluplné zavést filmovou intervenci v režimové léčbě závislostí. V rámci výzkumného šetření jsem tuto intervenci zkoumala s využitím kombinované metodiky zahrnující kvalitativní obsahovou analýzu ohniskových skupin a dotazníkové šetření. Výsledky práce ukazují, že metoda filmové intervence může být užitečným obohacením režimové léčby závislostí, která může pacienty motivovat k ochotě zabývat se sebou prostřednictvím identifikace s filmovým hrdinou a jeho životním příběhem. Tento způsob expoziční terapie umožňuje pacienta vystavit negativním obrazům závislosti, které ve stavech abstinence může mít tendenci spíše potlačovat či popírat. Spojení filmu a následné ohniskové skupiny nabízí prostor k abreakci, ale i katarzi skrze akceptaci prožitků jedince komunitou spolupacientů. Negativní emoce či oslovená témata je možné lépe vstřebat a eventuálně rozebrat v dalších terapeutických programech režimové léčby, čímž se nepřímá expoziční terapie v této podobě stává relativně bezpečnou intervencí. Studie nicméně poukazuje na zásadní význam vhodného výběru filmu s adiktologickou problematikou, aby bylo dosaženo kýžené míry emocionální i interakční odezvy.

Na druhé straně design studie odpovídající pilotnímu projektu aktuálně nabízí více otázek než odpovědí. Počet pacientů účastnících se studie například nepodává relevantní informaci o tom, jak filmová intervence mohla ovlivnit rozhodnutí pacienta abstinovat. Pro hodnocení tohoto druhu motivace by bylo zapotřebí nejen většího vzorku respondentů, nýbrž i systematické sledování respondentů v průběhu času. S ohledem na tuto skutečnost bych závěrem ráda doporučila, aby byly výsledky práce podrobeny dalšímu zkoumání zavedením intervence do standardní léčebné praxe s možností kontroly kvality a s podporou zpětného hodnocení efektivity.

## 15. LIMITY VÝZKUMU

Hlavní limit mé diplomové práce spatřuji v tom, že do výzkumného šetření se zapojili pouze pacienti Kliniky adiktologie, a navíc pouze mužského oddělení. Tudiž se výsledky tohoto výzkumu nemohou zobecňovat na pacienty jiných klinik a ženského pohlaví. Je možné, že ženy by si v promítaných snímcích všimly jiných obsahů než muži, mohly by se identifikovat s jinými protagonisty a mohly by mít zcela jiné emoční odezvy. Možnost srovnání mezi pohlavími by v tomto ohledu mohla přinést cenné informace.

Současně jsem si vědoma skutečnosti, že výsledky nemusejí mít zcela reprezentativní charakter i vlivem subjektivity, která vychází z podstaty kvalitativního typu studie. Přesto mohou být podnětem dalšího zkoumání.

Za další limit této diplomové práce lze považovat relativně malý počet pacientů, kteří shlédli všechny tři filmy a splnili tím předpoklad pro porovnání dat. Tuto okolnost si vysvětluji tím, že vysoká míra drop-out je v léčbě závislostí častým jevem. Pacienti z různých důvodů nedokončí svou léčbu, což přímo nesouvisí s probíhajícím výzkumem, neboť se nestalo, že by kterýkoliv z pacientů stáhl svůj souhlas s účastí ve studii, aniž by současně neukončil léčbu z důvodu podání negativního reverzu nebo disciplinárních důvodů.

Významnou slabou stránku mé diplomové práce spatřuji v návratnosti zpětných vazeb od pacientů. Tyto zpětné vazby jsem dostala pouze od poloviny respondentů. Tato skutečnost nastala tím, že jsem pacienty oslovovala po předchozí domluvě již mimo léčebné zařízení. Jistě by bylo lepší, kdybych pacienty oslovila ještě za jejich pobytu před plánovaným ukončením léčby.

## Seznam zkratk

<b>apod.</b>	a podobně
<b>atarax</b>	lék k léčbě příznaků úzkosti u dospělých
<b>atd.</b>	a tak dále
<b>cut-off</b>	nejzazší mez
<b>MKN-10</b>	Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
<b>např.</b>	například
<b>tzv.</b>	takzvaně
<b>WHO</b>	Světová zdravotnická organizace

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Nejčastější problémy pacientů (Kalina, 2003).....	11
Tabulka 2: Rozložení pacientů v celém výzkumném souboru dle jednotlivých kategorií.....	23
Tabulka 3: Zobrazení celkového počtu pacientů s procentuálním zastoupením dle jednotlivých kategorií .....	24
Tabulka 4: Jednotlivé možnosti výběru pocitu štěstí .....	56
Tabulka 5: Porovnání hodnot štěstí u jednotlivých filmů .....	57
Tabulka 6: Zobrazení pacientů dle pocíťované chuti na návykovou látku u jednotlivých promítaných filmů.....	58
Tabulka 7: Jednotlivé odpovědi pacientů rozlišené dle promítaných filmů.....	58
Tabulka 8: Definované problémy s možností výběru na sedmibodové škále .....	60

## Seznam grafů

Obrázek 1: Věkové rozložení pacientů .....	22
Obrázek 2: Rozložení závislostí u pacientů .....	24
Obrázek 3: Zastoupení pacientů u jednotlivých filmů .....	32
Obrázek 4: Srovnání zprůměrovaných hodnot obtíží u jednotlivých pacientů za čtyři setkání .....	60

## Seznam příloh

Příloha 1: Informace pro účastníka výzkumného projektu a informovaný souhlas
Příloha 2: Demografické šetření
Příloha 3: Individuální sebeposuzovací dotazník
Příloha 4: Dotazník k testování abstinence
Příloha 5: Dotazník prožitku štěstí



## POUŽITÁ LITERATURA

- A. Thomas McLellan, George E. Woody, David Metzger, James McKay, Jack Durell, Arthur I. Alterman & Charles P. O'Brien (1996). Evaluating the Effectiveness of Addiction Treatment: Reasonable Expectations, Appropriate Comparisons. *The Milbank Quarterly*. 74 (1), 51-85. doi: 10.2307/3350433
- Becker-Haimes, E. M., Okamura, K. H., Wolk, C. B., Rubin, R., Evans, A. C., & Beidas, R. S. (2017). Predictors of clinician use of exposure therapy in community mental health settings. *Journal of anxiety disorders*, 49, 88–94. doi: 10.1016/j.janxdis.2017.04.002
- Bjelland, I.E., Johansen, A., Darnell, F., & Brendryen, H. (2017). Using a Film Intervention in Early Addiction Treatment: a Qualitative Analysis of Process. *International Society of Behavioral Medicine*, 24:740-748. doi: 10.1007/s12529-017-9654-3
- Carroll, K. M., Ball, S. A., Martino, S., Nich, C., Babusio, T. A., Nuro, K. F., Rounsaville, B. J. (2008). Computer-assisted delivery of cognitive-behavioral therapy for addiction: A randomized trial of CBT4CBT. *American Journal of Psychiatry*. 165(7), 881–888. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.07111835
- Corbin, J., Strauss, A. (1999). *Basic of qualitative research*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.
- Côté-Arsenault D, Morrison-Beedy D. Maintaining your focus in focus groups: avoiding common mistakes. *Res Nurs Health*. 2005;28(2):172-179. doi: 10.1002/nur.20063
- Čoláková, L (2005). *Filozofie a základní východiska kognitivně-behaviorální terapie*. Dostupné z: <https://www.pvsps.cz/data/2017/05/30/12/ppf-zp-colakova.pdf?id=248>
- Dvořáček, J. (2003). Střednědobá ústavní léčba. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Elliot, R., Wagner, J., Sales, C., Rodgeres, B., Alves, P., & Café, M.J. (2016). Psychometrics of the Personal Questionnaire: A client-generated outcome measure. *Psychological assessment*, 28(3), 263-278. doi: 10.1037/pas0000174
- Elliott, R., Mack, C. & Shapiro, D. (1999). Simplified Personal Questionnaire Procedure. Dostupné z: <http://www.experientialresearchers.org/instruments/elliott/pqprocedure.html>
- Fordyce M. W. (1988). A review of research on the happiness measures: A sixty second index of happiness and mental health. *Social Indicators Research* 20, 355-381. doi: 10.1007/BF00302333
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace* (1st ed.). Praha: Portál.
- Hennink, M. Monique. *International focus group research: a handbook for the health and social sciences*. New York: Cembridge University Press.

- Johansen, A.B., Darnell, F.J., Franzen, E. (2013). Constructing a Theory and Evidence-Based Approach to Promote and Evaluate Autonomy in Addiction. *Norwegian Centre for Addiction Research and Centre for Study of Mind in Nature*, University of Oslo, Norway. 56(5), 539-557. doi: 10.1080/0020174X.2013.806138
- Kalina K. a kol. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova.
- Kalina, K. (2003). Faktory významné pro účinnost léčby a změnu klienta. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (s. 97). Praha: Úřad vlády ČR.
- Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada.
- Kalina, K., Vácha, P. (2013). Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé-možnosti a meze integrované léčby. *Adiktologie*. 13(2), 144-164.
- Kiluk B. D. (2019). Computerized Cognitive Behavioral Therapy for Substance Use Disorders: A Summary of the Evidence and Potential Mechanisms of Behavior Change. *Perspectives on behavior science*, 42(3), 465–478. doi: 10.1007/s40614-019-00205-2
- Lettieri, D. J., Caldwell, F., Allen, J. P. (1992). *A primer of research strategies in alcoholism treatment assessment*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (U.S.). Rockville, Md.: U.S. Dept. of Health and Human Services.
- Lůžkové oddělení muži* (2020, January 30). Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/luzkove-oddeleni-muzi#>
- Miovský, M. (2003). Problémy mezioborového přístupu k léčbě závislosti. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (s. 15). Praha: Úřad vlády ČR.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Miovský, M., Čermák I., Chrz V. (2010). *Umění ve vědě a věda v umění*. Praha: Grada.
- Morgan, D. (1997). *Focus groups as method of qualitative research*. Sage, Thousands Oaks, London, New Delhi.
- Mravčík, V., Grohmannová, K., Chomynová, P., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., Fidesová, H., Kalina, K., Vopravil, J., Kostecká, L., Jurystová, L. (2012). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011* [Annual Report on Drug Situation 2011 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Murray, E., Hekler, E. B., Andersson, G., Collins, L. M., Doherty, A., Hollis, C., Rivera, D. E., West, R., & Wyatt, J. C. (2016). Evaluating Digital Health Interventions: Key

Questions and Approaches. *American journal of preventive medicine*, 51(5), 843–851. doi: 10.1016/j.amepre.2016.06.008

*Ohniskové skupiny jako evaluační nástroj* (2019, January 16). Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/ohniskove-skupiny-jako-evaluacni-nastroj>

Prasanthi N., Pratima M., Kit S. L., Sreevani R., Jayashree R. (2017). Video-enabled cue-exposure-based intervention improves postdischarge drinking outcomes among alcohol-dependent men: A prospective study at a government addiction treatment setting in India. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*. 17(4), 532-547. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\_39\_18

Randák D., Víchová, V. (2007). *30denní test abstinence (30TDA)*.

Světová zdravotnická organizace (2000). *Mezinárodně platné pokyny k evaluaci služeb a systémů zaměřených na léčbu poruch způsobených užíváním návykových látek*. Geneva: World Health Organisation.

Švaříček, R., Šeďová, K. a kol. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2019 (2020). *MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008306/mkn-10-tabelarni-cast-20200311.pdf>

Vymětal, J. a kolektiv (2004). *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada.

West, R. (2016). Motivace a schopnost. In V. Mravčík & K. Grohmannová (Eds.), *Modely závislosti*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti.

WHO Expert Committee on Drug Dependence: 30th Report. *WHO Technical Report No. 873*. WHO, Geneva, 1998.

Wong, L.P. (2008). Focus group discussion: a toll for health and medical research. *Singapore medical journal*, 49(3), 256-261. PMID: 18363011

## **Příloha 1 – Informace pro účastníka výzkumného projektu a informovaný souhlas**

### **Informace pro pacienta**

Vážený pane,

dovoluji si Vás požádat o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci diplomové práce na 1. lékařské fakultě UK s názvem Využití filmové intervence jako doplňku k terapii u uživatelů návykových látek, prováděné na výzkumném pracovišti Kliniky adiktologie 1. LF UK, lůžkové oddělení – muži.

### **Čeho se týká Váš souhlas s účastí ve výzkumu**

Tato konkrétní výzkumná studie pro účely diplomové práce spočívá především ve sledování filmů s tematikou návykových látek, na již zaběhnutém filmovém semináři v rozmezí 3 týdnů a následně druhý den v rámci ohniskové skupiny (skupinové sezení) zhodnocení Vašich vlastních dojmů a pocitů. Vše se bude týkat pouze aktuálně shlédnutého filmu a Vašich subjektivních prožitků, které budete sdílet v rámci ohniskové skupiny s ostatními. Po každém promítání spolu vyplníme dotazník, který bude zaměřen na aktuální psychický stav po dosledovaném filmu.

### **Popis výzkumu**

Cílem výzkumu je použití filmové intervence, jako možný prvek součástí léčby závislosti na návykových látkách či jako nezávislý nástroj pro změnu. V rámci výzkumu dojde k zhodnocení, zda má sledování filmů s tematikou návykových látek konkrétně na Vás nějaký vliv, popřípadě i odezvu, co se týká Vaší léčby a v neposlední řadě, zdali má vliv ohnisková skupina na celkový pohled na tuto tematiku, kde se zaměřím na aktivitu mezi členy skupiny a probíhající diskuzi.

### **Související rizika a přínosy výzkumu**

Neočekávají se žádná vyšší rizika prováděného výzkumu, pouze běžně očekávaná rizika u aktivit a testování v rámci tohoto typu výzkumu. Vaše právo je, že můžete svou účast kdykoliv během výzkumu ukončit, pokud Vám bude cokoliv nepříjemné. Zároveň se nepředpokládá, že byste v průběhu výzkumu utrpěl jakékoli nepohodlí či újmu.

Očekávaným přínosem je předpokládané další prohloubení Vašeho náhledu na Vaše onemocnění a s tím spojený nový přístup při léčbě Vaší závislosti.

Vaše účast je zcela dobrovolná v rámci výzkumu a není proto možné za ní dostat jakoukoliv finanční kompenzaci.

## **Zabezpečení osobních údajů**

Z ohniskové skupiny bude prováděn audiozáznam. Po zpracování údajů a potřebných informací dojde k jeho zničení. Veškeré informace budou kódovány a zpracovány naprosto anonymně. Získaná data budou zpracovávána a bezpečně uchovávána v anonymní podobě a publikována v diplomové práci. Po anonymizaci budou osobní data smazána. V žádném z výstupů z tohoto výzkumu se neobjeví Vaše osobní údaje, ani název zařízení, ve kterém jste hospitalizováni.

Řešitelka výzkumu, jakožto studentka 1. LF, oboru adiktologie, je vázána povinnou mlčenlivostí.

Máte právo se seznámit s celkovými výsledky výzkumu prostřednictvím nahlédnutí do diplomové práce, která bude po jejím obhájení zveřejněna v repozitáři závěrečných prací univerzitního systému Univerzity Karlovy. O způsobu, jak práci v repozitáři nalézt, případně o dalších výstupech z výzkumu, bude informováno vedení kliniky, na které se můžete v tomto ohledu kdykoli obrátit.

V té největší možné míře zajistím, aby získaná data nebyla zneužita.

Jméno a příjmení hlavního řešitele projektu: Bc. Eliška Deckertová,

Podpis: .....

Jméno a příjmení osoby, která provedla poučení: Mgr., Bc. Karel Dobroslav Riegel, Ph.D.

Podpis: .....

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu a že jsem měl možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostal jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl jsem poučen o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí.

Místo, datum: .....

Jméno a příjmení účastníka: .....

Podpis: .....

## Příloha 2 – Demografické šetření

1. Respondent č.

2. Věk ..... ČÍSLO = VĚK V LETECH **musí být minimálně 18**

3. Druh závislosti v této léčbě: ALKOHOL 1 – DROGY 2 – GAMBLING 3 – LÉKY 4

4. Rodinný stav:

svobodný	1
ženatý	2
rozvedený	3
vdovec	4
s druhem/družkou	5
bez partnerského vztahu	6

5. Nejvyšší dosažené vzdělání:

Zakroužkujte	Zakřížkujte
základní – 1	Jste:
vyučení bez maturity – 2	- student - 1 <input type="checkbox"/>
střední odborné bez maturity – 3	- zaměstnanec - 2 <input type="checkbox"/>
učební obory s maturitou – 4	- osoba samostatně výdělečně činná - 3 <input type="checkbox"/>
úplné střední všeobecné s maturitou – 5	- v pracovní neschopnosti; rehabilitace - 4 <input type="checkbox"/>
úplné střední odborné s maturitou – 6	- na mateřské dovolené - 5 <input type="checkbox"/>
nástavbové studium, absolvování dvou nebo více středních škol – 7	- v částečném invalidním důchodu - 6 <input type="checkbox"/>
vyšší odborné vzdělání – 8	- v invalidním důchodu - 8 <input type="checkbox"/>
vysokoškolské bakalářské – 9	- ve starobním důchodu - 9 <input type="checkbox"/>
vysokoškolské vzdělání – 10	- v domácnosti - 10 <input type="checkbox"/>
vědecká příprava (Ph.D.) – 11	- pobíráte sociální podporu - 11 <input type="checkbox"/>
	- jiné ..... <input type="checkbox"/>

### Příloha 3 – Individuální sebeposuzovací dotazník

Dnešní datum:

Měření č.

Respondent č.

**Instrukce:** Prosím vyplňte tabulku při každém našem setkání. Zhodnoťte každý z následujících problémů podle toho, jak moc vás trápí, a to včetně dnešního dne.

	Vůbec ne	Velmi málo	Málo	Mírně	Hodně	Více než hodně	V největší možné míře
1. chutě na návykovou látku	1	2	3	4	5	6	7
2. bažení	1	2	3	4	5	6	7
3. úzkosti	1	2	3	4	5	6	7
4. deprese	1	2	3	4	5	6	7
5. strach ze selhání	1	2	3	4	5	6	7
6. vnitřní chaos	1	2	3	4	5	6	7
7. nespavost	1	2	3	4	5	6	7
8. pocit beznaděje	1	2	3	4	5	6	7

## Příloha 4 – Dotazník k testování bažení

Měření č.

Respondent č.

Na závěr vás poprosím o vyplnění krátké tabulky. V prvním řádku pouze vyznačíte, pokud máte/nemáte chuť na návykovou látku. Pokud je vaše předchozí odpověď ANO, UDÁLOST značí, v jaké souvislosti se vám chuť objevila (např. sledování filmu, odpočinek na pokoji nebo špatné sny). Následně v kolonce EMOCE/POCIT se zamyslíte, co aktuálně prožíváte a pokusíte se uvědomit si vlastní emoce, může to být smutek, radost, strach atd. V kolonce ZPRACOVÁNÍ uvedete činnost, která vám pomáhá v abstinenci a zpracování vlastních chutí. Nakonec v OBTÍŽÍCH uvedete aktuální případné obtíže (např. zvracení, konflikt, vztek, ranní deprese).

**Vyplňte prosím vždy jednu informaci.**

<b>CHUŤ</b>	ANO x NE
<b>UDÁLOST</b>	
<b>EMOCE/POCIT</b>	
<b>ZPRACOVÁNÍ</b>	
<b>OBTÍŽE</b>	



## **Příloha 5 – Dotazník prožitku štěstí**

Měření č.

Respondent č.

Celkem vzato, jak se aktuálně šťastný nebo nešťastný cítíte? Vyberte prosím **JEDNO** z následujících tvrzení, které vás nejlépe vystihuje.

- **Nesmírně šťastný** (cítím se nadšeně, velmi radostně, úžasně)
- **Velmi šťastný** (cítím se velmi dobře, rozjařeně)
- **Hodně šťastný** (jsem dobře naladěn/a, cítím se opravdu dobře)
- **Mírně šťastný** (cítím se celkem dobře, trochu vesele)
- **Trošku šťastný** (cítím se o něco lépe než neutrálně)
- **Neutrálně** (necítím se nijak zvlášť šťastně ani nešťastně)
- **Trošku nešťastný** (cítím se o něco hůře než neutrálně)
- **Mírně nešťastný** (cítím se nepříliš šťastně)
- **Hodně nešťastný** (cítím se rozmrzele, jsem ve špatné náladě)
- **Velmi nešťastný** (cítím se depresivně, jsem ve velmi špatné náladě)
- **Nesmírně nešťastný** (cítím se naprosto depresivně, úplně zničeně)

**Příloha 6 – Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce**

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta**

**Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí**

**do závěrečné práce absolventa studijního programu**

**uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

<b>Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)</b>	<b>Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)</b>	<b>Signatura závěrečné práce</b>	<b>Datum</b>	<b>Podpis</b>