

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie kombinovaná



Magdalena Česneková

**Přínos hagioterapie v léčbě závislostí očima
klientů**

**Contribution of hagiotherapy in addiction treatment in
patient's view.**

Bakalářská práce

Praha, 2013

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Vacek

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem všechny použité prameny uvedla a řádně citovala a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

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

V Praze, dne

.....

Podpis předkladatele práce

Identifikační záznam

ČESNEKOVÁ, Magdalena. *Přínos hagioterapie v léčbě závislostí očima klientů. Contribution of hagiotherapy in addiction treatment in patient's view.* Praha, 2013. Počet stran 75 s., 3 přílohy, 3 tabulky, 13 obr. Bakalářská práce (Bc). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN 2013. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Jaroslav Vacek.

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Jaroslavu Vackovi za vedení a cenné rady při psaní této bakalářské práce.

Děkuji i Mgr. MUDr. Prokopu Remešovi za možnost účastnit se jeho psychotherapeutických setkání s jeho klienty, za praktické rady a odbornou pomoc.

V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině a všem, kteří mi po celou dobu studia a při psaní závěrečné práce vycházeli vstříc a byli mi nápomocni.

Abstrakt

Tématem mé práce je přínos hagioterapie v léčbě závislostí očima klientů.

Název hagioterapie je odvozen z řeckých slov „therapeia“ – péče, léčba, a „hagios“ – svatý, čistý, posvátný. Je to směr skupinové existenciální psychoterapie, jehož cílem je očistění života od dysfunkčních vzorců chování, a jedním z jejích nástrojů je projektivní práce s posvátnými, v tomto případě biblickými texty.

Cílem mé práce je bližší přiblížení této metody a zároveň zachycení a popsání prožívání klientů během sezení.

Teoretická část bakalářské práce je rozdělena do tří kapitol. Je zde popsán vznik závislosti, vývoj a její modely. Také jsou zde uvedeny nejdůležitější části pro úspěšnou léčbu ze závislostí. S tím souvisí i obsáhlejší kapitola o psychoterapii, která se při léčbě závislostí používá nejčastěji. Následuje expresivní terapie, ze které vychází biblioterapie, jež je pro tuto práci stěžejní, neboť jednou z jejích dílčích metod je právě hagioterapie, o které pojednává poslední, šestá kapitola této práce.

Cílem výzkumu je zachytit a popsat proces hagioterapie a její společné prvky v prožívání klientů při hospitalizaci v rámci léčby závislosti v psychiatrické léčebně. Výzkumný design kombinuje kvalitativní a kvantitativní přístup. Výzkumné otázky se zaměřily na místo a význam hagioterapie v rámci ústavní léčby, na prožitky, názory a chování pacientů ve vztahu k hagioterapii, a na prožitky klientů během poskytování hagioterapie. Metodou tvorby byl ad hoc vytvořený dotazník, který byl administrován osobně klientům docházejícím na hagioterapii v PL Bohnice. Jednalo se o totální výběr klientů vymezený pouze časovým obdobím měsíce dubna až května roku 2013, výzkumu se účastnilo 20 respondentů, z toho 4 ženy a 16 mužů. Ženy z oddělení pro závislosti na alkoholu a muži z oddělení závislostí na alkoholu, návykových látkách a patologickém hráčství. Data byla vyhodnocena obsahovou analýzou s využitím metod jednoduchého kvalitativního kódování a popisně-statistické analýzy.

Ze své osobní zkušenosti z jednotlivých sezení jsem poznala, jaké má metoda účinky. Byla jsem osobně svědkem změn v uvažování některých klientů. Zažila jsem situace, kdy klient zcela změnil názor na sebe samého či na svoji závislost, a to právě pomocí rozhovoru o biblickém příběhu.

Pomáhá jim nalézat sama sebe, pochopit svět, své chování a nalézat smysl i v obtížných životních situacích. Pochopení smyslu věcí a událostí a s tím spojené nalezení smyslu svého života, a v této konkrétní oblasti zároveň i smyslu života v abstinenci, bývá pro úspěch léčby často nejpodstatnější.

Klíčová slova

Hagioterapie, léčba, závislost, psychoterapie, Bible

Abstract

The subject of my thesis is contribution of hagiotherapy in addiction treatment in patient's view.

The term hagiotherapy is derived from Greek words "therapeia" – care, treatment, and "hagios" – holy, pure, or sacred. It is a specialization in group existential psychotherapy which aims to clean patient's life from dysfunctional behavior patterns. One of its tools is projective dealing with sacred texts, in this case biblical texts.

The thesis is based on specialised literature and studies related to the given field as well as on the results obtained from the individual questionnaire which I distributed among the hagiotherapy sessions participants in PLB. The aim of my thesis is to outline the principals of this method as well as to describe the patients' experience during the therapy sessions.

The academic part of the thesis is divided into six chapters. These describe the addiction's origin, progression, and its types. I also present here the most significant aspects for successful addiction treatment. This relates to a more extensive chapter about psychotherapy which is the most often used tool for addiction treatment. Psychotherapy is followed by expressive therapy which forms the base for bibliotherapy. One of bibliotherapy's component methods is hagiotherapy, which is the subject of the sixth chapter.

The practical part of my thesis contains description of my work methodology, the research results, discussion and conclusion. In the methodology part I describe the body of research, data creation method – the individual questionnaire and data analysis method. The research results show the contribution of hagiotherapy in addiction treatment in patient's view in PL Bohnice. Therefore the target group was composed of those clients of PL Bohnice who are the patients at the addiction department and participate in the hagiotherapy sessions led by MUDr. Prokop Remeš. The main objective of my research was to describe the process of hagiotherapy treatment and its social aspects in the clients' experience during their institutionalization in PL Bohnice. The research questions were as follows: What is the position and significance of hagiotherapy in the framework of institutional treatment of addicted patients. What are the experiences, views and behaviour of

patients in relation to hagiotherapy. What and how do the patients experience during hagiotherapy sessions. There were 20 participants in the research, including 4 women and 16 men. Women were institutionalised at the alcohol addiction department, men at the alcohol, addictive substances and pathological gambling addictions department. When my research was carried out, 8 women were undergoing the alcohol addiction treatment and 35 men were institutionalised with different types of addiction.

KeyWords

Hagiotherapy, treatment, addiction, psychotherapy, Bible

Obsah

I. Úvod.....	11
II. Teoretická část	12
1 Závislosti a jejich vznik	12
1.1 Modely závislostí.....	15
1.2 Pojetí závislosti v dnešní době	17
1.3 Závislost na alkoholu.....	18
1.4 Závislost na nelegálních návykových látkách	18
1.5 Patologické hráčství	19
2 Terapie závislostí	22
2.1 Léčebný proces.....	22
2.2 Psychoterapie	23
2.2.1 Psychoterapie jako činnost.....	24
2.2.2 Druhy psychoterapie	25
2.2.3 Druhy psychoterapie v léčbě závislých.....	26
2.2.4 Cíle psychoterapie	26
2.3 Osobnost psychoterapeuta.....	27
2.4 Psychoterapie a náboženství	28
2.5 Efektivita léčby závislostí a psychoterapie obecně	29
3 Hagioterapie.....	32
3.1 Expresivní terapie	32
3.1.1 Biblioterapie – léčba četbou	34
3.2 Charakteristika metody.....	36
3.3 Indikace a cíle metody.....	37
3.4 Charakteristika sezení.....	39
3.5 Průběh sezení	40
III. Praktická část	43
4 Zaměření výzkumu a použité metody.....	43
4.1 Cíl výzkumu.....	43
4.2 Výzkumné otázky.....	43
4.3 Metoda tvorby dat – individuální dotazník.....	43

4.4	Metody výběru výzkumného souboru	44
4.5	Etický kodex výzkumu	45
4.6	Metoda analýzy dat	45
4.7	Popis výzkumného souboru	45
5	Výsledky.....	49
5.1	Proces hagioterapie a společné prvky v prožívání (nebo jinak?)	49
5.2	Místo a význam hagioterapie pro závislé pacienty v rámci léčby	53
5.3	Ostatní otázky z výzkumu.....	55
IV.	Diskuse	61
V.	Závěr.....	63
VI.	Použitá literatura	64
VII.	Přílohy.....	67
	Příloha č. 1: Výzkumný dotazník	67
	Příloha č. 2: Obrazová příloha	71
	Příloha č. 3: Seznam biblických příběhů čtených na hagioterapeutických sezeních	73

I. Úvod

Podle Peschkeho (2004) je skutečnost, že dnešní společnost, která vede materialistický způsob života, nezná pravé ideály a není schopna dát lidské existenci hlubší smysl, jednou z hlavních příčin, proč dochází k drogové závislosti. Lidé dnes nejsou schopni ani při svých ekonomických úspěších a spokojeném životě vidět důvod a účel svého působení na tomto světě. A proto je třeba dát mu nový a hlubší smysl tím, že obrátíme lidi k pravým ideálům.

Ve své bakalářské práci se zabývám léčebnou metodou zvanou hagioterapie. Hagioterapie je nový směr existenciální psychoterapie, který je specifický tím, že považuje náboženskost za geneticky danou, evolučně výhodnou a mimořádně mocnou intervenující sílu lidského duševna. Pro svou práci nepoužívá věroučné obsahy, které hlásají jednotlivá náboženství, ale používá psychické struktury, které se s náboženskostí pojí. Existenciální struktury, mezi které se řadí například otázky o smyslu života, hodnotách, vztazích či smrti aj. Dále pak struktury, které se pojí s otázkami obdivu, vděčnosti, lásky a sebeobětování. A v neposlední řadě struktury morální, které souvisejí s otázkami dobra, zla, viny, trestu, odpuštění aj. Hagioterapie s těmito strukturami pracuje a napomáhá tak člověku k objevování nových, prospěšných a méně destruktivních způsobů chování, nových způsobů sebepožívání a konstruktivních vztahování se ke světu.

Hlavním cílem mé práce bylo zjistit, jaký přínos má hagioterapie v léčbě závislostí očima klientů v PL Bohnicích. Pro zpracování své závěrečné práce jsem využila bohaté zkušenosti, které jsem měla možnost získat přímo během jednotlivých sezení hagioterapie pořádaných v PL Bohnicích pod vedením MUDr. Prokopa Remeše. Dále jsem použila odbornou literaturu z oblasti psychiatrie, která se zabývá alkoholismem a jinými závislostmi, odbornou literaturu o psychoterapii, internetové stránky o hagioterapii aj.

II. Teoretická část

1 Závislosti a jejich vznik

Člověk se jako živá bytost konfrontuje se závislostí od prvních chvil svého života. Vše začíná už v lůně matky, kde jsme závislí na jejím organismu, bez kterého bychom se nebyli schopni rozvinout v moudré bytosti homo sapiens, kdyby nám ihned po narození nebyla poskytnuta dosti citlivá péče dospělé blízké bytosti. Jsme rovněž stejně závislí na další spoustě okolností a faktorů, které buď neumíme sami ovlivňovat, jako je vzduch, voda, sluneční energie, zemská přitažlivost, nebo se o to nějak pokoušíme, jako je to u závislosti na sociálních dávkách či na tom, co si o nás myslí druzí (Kudrle, 2003).

Každý z nás od nepaměti hledá způsoby, kterými by si zintenzivnil prožitek radosti, euforie a slasti. Přejeme si uniknout před bolestí a pocitu samoty a izolace. Tato přirozená touha nás může přivést k nutkavé touze a zavdat tak příčinu k rozvoji chorobných znaků. Může se to projevovat nutkavým dychtěním po změně prožívání nebo může dojít k narušení až ztrátě kontroly nad nutkavým chováním. Vše pokračuje v dosavadním vzorci chování i přes narůstající důsledky a prohloubení stavu nelibosti při přerušení tohoto vzorce. Mluvíme zde o závislosti (Kalina, 2003).

Kvalitu našeho prožívání může změnit alkohol, droga, jídlo, sex, hazardní hry, televize, práce apod. Prvotním problémem není vnější aspekt – alkohol, drogy nebo snad cukr, ale stav mysli, který je s ním neodmyslitelně spojený. Jde tedy o ulpění na nějaký způsob prožívání, který uspokojujeme prostřednictvím nějakého vnějšího zdroje. Není proto čemu se divit, když se o problém touhy, dychtění, lpění a závislosti zajímá psychologie, medicína, filozofie a spirituální tradice (Kudrle, 2003).

Důvodů pro vznik závislosti je mnoho. Podstatnou úlohu však hraje psychika, schopnost adaptability, hledání seberealizace, sociabilita a družnost, dále nepříznivé rodinné zázemí, vrstevníci, sociální prostředí a dostupnost návykových látek. Za závislostí je velmi často skrývaná tragédie lidského sebehledání. Neexistuje však specifický rys, který by předurčoval samotného člověka k závislosti. Nikdo z nás není

předurčen k tomu, aby se stal závislým na alkoholu, ale nikdo také nemůže tvrdit, že se jím nikdy nestane (Skála, 1988).

Pokorný a kol. (2000) uvádí, že na vzniku závislosti se nepodílí jenom závislý sám, ale také jeho okolí. Musíme si uvědomit, že nemůžeme závislé vnímat jako delikventy ani jako nemocné lidi. Nelze jim upírat svobodu a odpovědnost při jejich rozhodování. Oni sami se svobodně rozhodli, že budou užívat drogy.

Presl (2005) se zmiňuje, že riziko závislosti se vyskytuje hlavně u lidí, kteří pracují v oborech, kde se člověk běžně setkává s různými drogami. Jde zejména o barmany, lékaře, farmaceuty, prodejce alkoholových a tabákových výrobků apod. Velmi vysoké riziko závislosti pak zjišťujeme u lidí, u kterých lze vyzorovat společné rysy: impulzivita, zvýšená labilita, přítomnost hysteriodních charakteristik (silná sebeláska, stálá snaha o upoutání pozornosti na svou osobu atd.), psychická nestálost, přítomnost psychopatických rysů.

Dle MKN-10 je syndrom závislosti (Fx.2) užívání nějaké látky nebo třídy látek, které má u daného jedince mnohem větší přednost než jakékoliv jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Základní charakteristikou syndromu závislosti je touha, která nás nutí brát psychoaktivní látky, jakými jsou například alkohol či tabák. Definitivní diagnózu stanovující syndrom závislosti můžeme použít jen v případě, že došlo ke třem nebo více z následujících jevů, během posledního roku:

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku,
- b) potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky,
- c) tělesný odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro tu kterou látku nebo z užívání stejné nebo velice příbuzné látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací stav,
- d) průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami,
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky či zotavení se z jejího účinku,
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.

Syndrom závislosti se může vyskytovat pro určitou látku (např. tabák), třídu látek (např. opiáty) nebo širší řadu různých látek (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2008).

Pokorný a kol. (2000) uvádí dle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize tyto nosologické jednotky závislosti:

F10.2 Závislost na alkoholu

F11.2 Závislost na opioidech (např. heroin)

F12.2 Závislost na kanabinoidech

F13.2 Závislost na sedativech nebo hypnotikách (tlumivých lécích)

F14.2 Závislost na kokainu

F15.2 Závislost na jiných stimulantcích, včetně kofeinu a pervitinu

F16.2 Závislost na halucinogenech

F17.2 Závislost na tabáku

F18.2 Závislost na organických rozpouštědlech

F19.2 Závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách

Dle definice diagnózy Americké psychiatrické asociace splňuje diagnózu závislosti pacient, který vykazuje alespoň tři ze sedmi uvedených příznaků za období jednoho roku:

a) růst tolerance – zvyšování dávek tak, aby závislý dosáhl stejného účinku nebo naopak poklesu účinku návykové látky při stejném dávkování,

b) po vysazení látky odvykací příznaky,

c) přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu;

d) dlouhodobá snaha ovládat přijímání látky – jeden či více pokusů,

e) trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejích účinků,

f) zanechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky, nebo jejich omezení,

g) pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou

působeny nebo zhoršovány užíváním látky (Smolík, 2002). Zde si můžeme všimnout, že uvedená kritéria pro závislost mají evidentně velmi blízko ke kritériím Světové zdravotnické organizace v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10). Body DSM-VI: a, b a g jsou prakticky totožné s body MKN-10. I zbývající body se zabývají zhoršeným sebeovládáním a zanedbáváním jiných zájmů, což už také známe z MKN-10. Překvapivě se ale mezi body závislosti v DSM-IV neobjevuje bažení (Nešpor, 2000).

1.1 Modely závislostí

1) Biomedicínský model

Dominoval v době, kdy byly drogy nezákonným odborným problémem, kterým se na straně poptávky zabývali hlavně psychiatři.

Dle biomedicínského modelu závislosti je drogová závislost považována v lékařském slova smyslu za nemoc chronickou, obtížně léčitelnou, s častými recidivami a nejspíš vůbec nevléčitelnou. Kdybychom chtěli srovnání s nějakou chronickou nemocí, mohli bychom to porovnat například s ischemickou chorobou srdeční. Při léčbě drogové závislosti nedochází k vyléčení, ale pouze k úpravě stavu za specifických podmínek trvalé abstinence. Z toho plyne, že závislý nikdy nepřestane být závislým, ale může abstinovat. Převládajícími léčebnými metodami jsou: ústavní izolace, detoxikace, léčba prací (Kalina, 2003).

2) Bio-psycho-sociální model

Počátky bio-psycho-sociálního modelu závislosti najdeme již v druhé světové válce, avšak velkého rozmachu se mu dostalo až v šedesátých letech (Kalina, 2003).

Bio-psycho-sociální model je oproti modelu biomedicínskému rozšířen o rozměr psychických funkcí, mezilidských vztahů, jejich dynamického vývoje a vzájemného podmiňování. Drogová závislost začíná již v době vývoje osobnosti ve vzájemné interakci biologických, psychologických a vztahových faktorů. Důležitou roli zde hraje dispozice, která může být genetická či biologická či případně psychologická, získaná v raném dětství. Dále zranitelnost, která se vyvíjí během našeho života a v neposlední řadě spouštěče v podobě životních událostí nebo nároky vývojového období, které vedou k manifestaci poruchy (Kalina, 2003).

U bio-psycho-sociálního modelu musí být v léčbě zahrnuty všechny její faktory. Kromě detoxikace a farmakoterapie se používají psychosociální terapie skupinové, individuální, rodinné včetně terapie v léčebném společenství (Kalina, 2003).

3) Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti

V současné léčbě závislosti se uplatňuje především model bio-psycho-socio-spirituální, který vychází z již uvedeného předpokladu různých faktorů podílejících se na vzniku závislosti. Ty se demonstrují na následujících čtyřech rovinách osobnosti:

a) Biologická úroveň – jde o některé problematické okolnosti, které vznikají v době těhotenství matky dítěte, která je sama toxikomanka. Je důležité vědět, zda se plod za dobu jejího těhotenství setkával s účinky návykových látek ještě před jeho narozením. Dále jsou důležité okolnosti porodu, které ovlivňují neurobiologii jedince (Kudrle, 2003).

To, jak droga na organismus působí, je biochemický proces. Každý z nás má různé vnímání na různé látky a má k nim i jinou toleranci. Všechno to závisí na zděděných vlastnostech našeho organismu. Dále také na pohlaví, věku a odolnosti nebo oslabení a dalších charakteristikách (Dočkal, 2000).

b) Psychologická úroveň- jde o psychogenní vlivy a faktory, které mají pro vznik a rozvoj závislosti velikou důležitost. Prenatální, perinatální traumata a úroveň postnatální péče o harmonický vývoj dítěte s ohledem na diferenciaci jeho potřeb, jejich přiměřené uspokojování s respektem k hranicím. Důležitá je také přiměřená podpora v dospívání a vývojových krizích. Pomoc v obtížných situacích, kterými mohou být poruchy chování, nemoc apod. (Kudrle, 2003). Můžeme sem zařadit i osobnostní charakteristiky, snížený intelekt, neschopnost a neobratnost v komunikaci, citová deprivace a nenaplnění dalších základních potřeb. Spouštěčem závislosti mohou být také deprese, citová zranění a zvýšený stres (Dočkal, 2000).

c) Sociální úroveň - studuje kontext, ve kterém se klient nachází, a všímá si vliv vztahů s okolím, které formují zrání jedince, sociálně-ekonomického statusu jedince a rodiny a v neposlední řadě prostředí, ve kterém žije. Za sociální rizika lze považovat prostředí party, kde se užívají drogy, kriminální subkultura, neúplná nebo

dysfunkční rodina, příliš autoritativní nebo projektivní výchova, lhostejnost nebo nedostatek času rodičů (Kudrle, 2003).

d) Spirituální úroveň - je založena na spiritualitě – duchovnosti, vyhraněně zaměřená na psychickou stránku člověka. Je kladen důraz na co nejmenší závislost psychiky na faktorech tělesných (Hartl, Hartová, 2000). Spiritualita je něco, co nás přesahuje, k čemu se vtahuji jako k nejvyšší autoritě, řádu, ideji. Jedná se o intimní oblast přímého prožitku toho co je za každodenním úsilím, co dává smysl našemu životu. Nejznámější organizací, která pracuje s bio-psycho-socio-spirituálním modelem, je hnutí Anonymních alkoholiků. Toto hnutí vneslo do této oblasti spirituální dimenzi. Zabývají se vztahem k Vyšší moci, která má pomoci obnovit zdraví a navrátit smysl života (Nešpor, Mullerová, 1997).

1.2 Pojetí závislosti v dnešní době

V dnešní moderní době se pojetí vzniku závislosti opírá o široké výzkumné pole. Různé směry se shodují, že vznik závislosti je podmíněn multifaktoriální etiologií. Panuje přesvědčení, že předpokladem není jednoznačná specifická oblast. Má se za to, že faktory mohou být v oblasti biogenetické, sociální, etnické, antropologické i psychologické. Zajímavé je, že se dříve předpokládalo u lidí závislých problematický vztah matka – dítě. Teď je to spíše vztah mezi otcem a dítětem (Kalina, 2008).

I když zde mluvíme o možných příčinách, které se mohou podílet na vzniku závislosti, nelze je jednoznačně prokázat a zhodnotit jako skutečné příčiny vzniku. Mohou však být pro růst návyku a závislosti živnou půdou, doprovodem nebo vznikají jako jeho důsledek. V případě, že se postupně léčba závislostí nezaměří na tyto hlubší vrstvy, stejně jako na narušený rodinný systém, mohlo by se stát, že z ní vyjdou „dočasní“ abstinenti. Ti poté budou hledat jiné formy kompenzace, jak by své obtíže zmírnili, a budou se uchylovat k jiným typům závislosti, např. workoholismu, poruchám příjmu potravy apod. V neposlední řadě se mohou vrátit zpátky ke své původní závislosti (Kalina, 2008).

1.3 Závislost na alkoholu

Alkoholová závislost patří mezi chronická recidivující onemocnění, která postihují pacienta kromě oblasti zdravotní i v jiných, též důležitých oblastech jeho života. V případě, že se člověk závislý na alkoholu adekvátně neléčí, má jeho onemocnění sklon k progresi, v termálním stádiu může dojít k deprivaci, která vyžaduje trvalé umístění v psychiatrickém zařízení. Pro léčbu závislosti je nezbytnou podmínkou abstinence, vzhledem k nevratné ztrátě schopnosti kontrolovaného pití. Nejvhodnější je tedy léčebná strategie, vedoucí k abstinenci, která je předpokladem ke zdravému životu. První léčba nebývá většinou úspěšná a nedochází tak k trvalé abstinenci. Kvůli tomu se lidé často domnívají, že léčba závislosti na alkoholu je všeobecně neúspěšná a nemá tedy cenu ji vůbec podstupovat. Skutečné výsledky však ukazují, že po jednorochní úplné abstinenci je 50–70% absolventů odvykací léčby, po třech letech plně abstinuje 30–40% pacientů. Aby byl pacient úspěšný, musí kromě trvalé abstinence dosáhnout i maximální délky nepřerušené abstinence a celková doba abstinence, během které je pacient závislý na alkoholu stabilizován a bez potíží schopen normálního života. Takovéto změny dosáhne 40–50% pacientů (Popov, 2003).

V celém západním světě se vyskytuje zhruba 40% úplných abstinentů, 35% konzumujících jen občas, 17% umírněných pijáků a také 6% alkoholiků. Alkoholici se odlišují i podle vrstev obyvatelstva. Dalo by se říci, že nejméně pijí starší lidé, naopak vyšší procento alkoholiků je mezi mladými (Křivohlavý, 2001).

Mezinárodní klasifikace nemocí chápe syndrom závislosti na alkoholu jako: jevy fyziologické, behaviorální a kognitivní, v nichž přijímání alkoholu u jednice má mnohem větší přednost než jiné pro něj dříve důležitější jednání. Charakteristickým rysem pro závislost na alkoholu je touha po jeho požití. Když dojde při abstinenci k pití alkoholu, je znovuzrození jiných rysů syndromu závislosti rychlejší, než je tomu u jednice, u kterého se závislost neobjevuje (Nešpor, 2004).

1.4 Závislost na nelegálních návykových látkách

Závislost na návykových látkách patří společně se závislostí na alkoholu mezi chronické onemocnění. Ve společnosti se objevují názory, že léčba drogových

závislostí je zatím prakticky neúčinná a naděje na vyléčení je tudíž mizivá. Když ovšem porovnáme závislosti s průběhem jiných chronických nemocí, zjistíme, že drogová závislost má dosud všechny základní znaky chronických onemocnění provázených mnohdy opakujícími se relapsy, podobně jako například u diabetu mellitu. I když známe různé postupy léčby, většinou je léčba těchto stavů provázena komplikacemi, přechodnými zhoršeními stavu a opakujícími se relapsy. S takovýmto průběhem léčby se více méně počítá u diabetu a léčebný postup je v rámci současných možností považován za účinný, i když není úplně ideální. Díky tomu bychom mohli připustit, že léčení vedoucí ke zlepšení stavu závislého pacienta, ke snížení mortality u závislých by mělo být považováno za účinný léčebný postup. V dnešní době je situace léčby drogových závislostí sice neuspokojivá, ale není úplně neefektivní a nemůžeme ji považovat za beznadějnou (Kohoutek, 2008).

Mezi drogy řadíme různé psychoaktivní látky, které se užívají kvůli změnám emočního stavu, nálady, vědomí a stavu bdělosti, k povzbuzování nebo tlumení duševních a tělesných funkcí a k vyvolání mimořádných zážitků (Kohoutek, 2008).

Jedná se o specifický duševní, někdy i tělesný stav, který vyplývá ze vzájemného působení mezi organismem a drogou, je provázen charakteristickými změnami v chování a prožívání a dalšími reakcemi a jevy, které zahrnují i nutkání brát drogu stále nebo pravidelně pro její účinky na psychiku nebo někdy i proto, abychom zabránili nepříjemným prožitkům. Takto navyknutý organismus pak reaguje – odvykácími potížemi, abstinenčními příznaky, kterými mohou být strach, zvýšené pocení, třes, nespavost atp. (Kohoutek, 2008).

1.5 Patologické hráčství

V České republice se odhaduje, že se hazardním hrám věnuje na 50 - 100 tisíc osob, přesné údaje však nejsou k dispozici. Je tomu tak proto, že v něm nejsou zahrnuti ti, kteří nepodstoupili žádnou léčbu, a také tento údajně počítá s těmi, kteří hazardem trpí druhotně i rodina, zaměstnavatelé aj. (Nešpor, 2011).

Pojem patologické hráčství se u nás objevil až v roce 1994, kdy u nás vešla v platnost Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10, 2011).

Patologické hráčství má mnoho společných rysů se závislostí na psychoaktivních látkách. Porovnání závislosti na psychoaktivních látkách a hazardního hráčství naleznete v tabulce č. 1.

Tabulka č. 1: Porovnání závislosti na psychoaktivních látkách a hazardního hráčství

	Závislost na psychoaktivních látkách (MKN-10)	Hazardní hráčství
Myšlenky na látku, proces	Velmi silné	Velmi silné
Zhoršené sebeovládání	Velmi silné	Velmi silné
Odvyskací stav	Jen u některých typů závislostí	Není nebo slabý
Růst tolerance	Jen u některých látek	Spíše ne, ale mohou se zvyšovat prohrané částky*
Zanedbávání ostatních zájmů	Velmi silné	Velmi silné
Pokračování navzdory následkům	Velmi silné	Velmi silné

*U hazardního hráčství by se k růstu tolerance dalo přirovnat rostoucí množství času tráveného hazardem.

Charakteristickými rysy pro patologické hráčství jsou časté, opakované epizody hráčství, které dominují v životě jedince a vedou k poškození sociálních, pracovních, materiálních a rodinných hodnot a k zadlužení.

Definice podle MKN-10: během období nejméně jednoho roku se vyskytnou dvě nebo více epizod hráčství; tyto epizody nejsou pro jedince výnosné, ale opakují

se i přesto, že vyvolávají tíseň a narušují každodenní život; jedinec popisuje silné puzení ke hře, které lze těžko ovládnout, a hovoří o tom, že není schopen silou vůle hře odolat; jedinec je zaujat myšlenkami a představami hraní a okolností, které tuto činnost doprovázejí.

V MKN-10 lze rovněž nalézt pojem „Hráčství a sázkařství“ – tato diagnostická kategorie není řazena mezi duševní poruchy, ale do skupiny „faktory ovlivňující zdraví a kontakt se zdravotnickými zařízeními“; také hazardní hra, hazardní hráčství, hráčství a sázkařství, sázkařství a hráčství – fáze problematického patologického hráčství: fáze výher, fáze proher, fáze zoufalství, fáze lhostejnosti.

Diagnostická kritéria Americké psychiatrické asociace (DSM IV)

A. Trvající a opakující se nepřizpůsobivé chování ve vztahu k hazardní hře, jak ukazuje pět (nebo více) z následujících znaků:

- 1) Zaměstnává se hazardní hrou (např. znovu prožívá minulé zážitky související s hazardní hrou, plánuje další hazardní hru, uvažuje o tom, jak si opatřovat prostředky k další hazardní hře).
- 2) Aby docílil žádoucího vzrušení, musí zvyšovat množství peněz vkládaných do hazardní hry.
- 3) Opakovaně a neúspěšně se pokoušel hazardní hru ovládat, redukovat nebo s ní přestat.
- 4) Když se pokouší snížit hazardní hru nebo s ní přestává, cítí neklid a podrážděnost.
- 5) Používá hazardní hru jako prostředek, jak uniknout problémům nebo mírnit dysforickou náladu (např. pocity bezmocnosti, viny, úzkosti, deprese).
- 6) Po ztrátě peněz při hazardní hře se následujícího dne k hazardní hře vrací, aby je vyhrál nazpět.
- 7) Lže příbuzným, terapeutovi nebo jiným lidem, aby tak zakryl rozsah svého zaujetí hazardní hrou.
- 8) Dopustil se ilegálních činů jako padělání, podvodů, krádeží nebo zpronevěry kvůli hazardní hře.
- 9) Ohrozil nebo ztratil kvůli hazardní hře významné vztahy, zaměstnání, vzdělání nebo kariéru.
- 10) Spoléhá na druhé, aby mu poskytovali finanční prostředky a mírnili tak zoufalou finanční situaci, do které se dostal kvůli hazardní hře.

B. Hazardní hraní nelze lépe vysvětlit manickou epizodou.

2 Terapie závislostí

2.1 Léčebný proces

Léčba z drogové závislosti je dlouhodobý proces, který se často neobejde bez jeho opakování. Závislí lidé potřebují prodlouženou terapii, opakované léčebné procesy a programy různého typu, aby dosáhli dlouhodobé abstinence, změny životního stylu a plně tak obnovili své fungování. Obecně by se dalo říci, že neexistuje taková léčba, která by byla vhodná pro každého závislého, a neexistuje takový závislý, který by byl vhodný pro kterýkoliv typ léčby (Kalina, 2003).

Pokud chceme, aby léčený dosáhl všeho, co jsme si v předchozí větě stanovili, je potřeba využít celého léčebného kontinua než jen jednoho léčebného programu. V zásadě se jedná o tyto tři složky: poradenství před nástupem léčby, léčba a následná péče (Kalina, 2003).

Poradenství je bezesporu důležitou složkou, která zlepšuje přístupnost léčení, vstup do léčení a schopnost závislého se v něm udržet, zapojit se a prosperovat. Má pozitivní dopad na parametry, které mají klíčový význam pro dosažení a udržení léčebného efektu (Kalina, 2003).

V zájmu léčebného poradenství by mělo být co nejvčasnější nastoupení závislého do léčby. Takové zkrácení indikačního a přijímacího procesu zlepšuje skutečný počet nástupů do léčby a působí preventivně proti časnému vypadnutí. Musíme samozřejmě dbát na to, aby závislý získal dostatek času, aby se u něj vůbec vypracovala nějaká motivace pro jeho nástup do léčby (Kalina, 2003).

Vůbec nejzákladnějším předpokladem pro účinné poradenství je udržet si závislého v kontaktu. V případě vypadnutí z poradenství se nejedná o tak závažnou věc jako v případě léčby. Dle různých údajů a zkušeností můžeme konstatovat, že více než polovina klientů vypadává hned po prvním či druhém kontaktu. Další významná část závislých vypadává v době, kdy naplní cíle individuálního plánu, což znamená pokračovat od rozprav k činům (Kalina, 2003).

Ambulantní léčba se provádí ve specializovaných zařízeních, která nevyžadují, aby pacient přestal chodit do svého zaměstnání. Převážná většina ambulantních léčeben je přizpůsobena tak, aby je lidé mohli navštěvovat i po své pracovní době. Některé poradny nevyžadují po pacientovi osobní údaje, a člověk tedy nemusí uvádět svoje jméno. Mimo individuální terapii jsou zde nabízené i psychoterapeutické skupiny, rodinné terapie nebo možnost si zorganizovat socioterapeutický klub. Ambulantní léčba není vhodná pro každého a v případě, že se ukáže jako nevyhovující je pacientovi doporučena léčba ústavní (Nešpor, 2004).

Denní léčba neboli ústavní léčba se používá v případě, že je závislost provázena těžšími zdravotními, psychiatrickými a jinými komplikacemi. Většinou je založena na režimovém programu, který má bodovací systém. Délka ústavní léčby se pohybuje mezi 3 až 4 měsíci (Heller, Pecinovská a kol., 1996).

Následná péče by měla probíhat vždy po ukončení léčby v délce jednoho roku. Může být vhodná i pro závislé, kteří v léčbě neuspěli a ukončili ji předčasně nebo se pokusili sami po dobu tří měsíců abstinovat. I když je uváděna na samotném konci kontinua, neznamena to, že by se její složky, kterými jsou psychoterapie, prevence relapsu, sociální práce, chráněná pracovní místa a rekvalifikace, lékařská péče, práce s rodinnými příslušníky, volnočasové aktivity, neměly uplatňovat průběžně (Kalina, 2003).

2.2 Psychoterapie

Obor psychoterapie patří mezi vědní disciplíny, empirické a aplikované vědy. Zasahuje jako obor interdisciplinární do různých oblastí medicíny a psychologie. Jako klinický obor se rozděluje na část obecnou a speciální. V obecné části se věnuje teorii, metodám a výzkumným datům. V části speciální se věnuje aplikacím na jednotlivé druhy poruch. Z empirického pohledu se psychoterapie opírá o poznatky získané zkušeností a směřuje tak k využití poznatků v praxi (Kratochvíl, 1997).

V současné době podléhá psychoterapie velkým změnám a její pojetí se rozšiřuje. V podstatě se o každé profesionální interakci mezi dvěma lidmi či skupinami hovoří jako o terapii. Psychoterapie řeší vnitřní obtíže, které oslabují

pacientovu schopnost vyrovnávat se s úkoly a tlaky přítomnými v jejich životě. Jde o situaci, kdy na sebe dva lidé působí a snaží se dospět k vzájemnému pochopení s tím, že konkrétním cílem je, aby to bylo ku prospěchu toho, kdo je v tísní. Kdybychom shrnuli všechny situace, s kterými pacienti přicházejí, obecně převládají pocity bezmoci, strachu a vnitřního přesvědčení, že nejsou schopni zvládat a změnit věci ve svém životě (Bruchová, 1997).

Při každé psychoterapii probíhá současně i postupně několik procesů. Nasloucháním dáváme najevo, že pacienta vnímáme a chápeme. Když shrneme a přeformulujeme to, co nám řekl, pomáháme mu, aby podnikl první kroky vedoucí k vyjasňování a uvolňování problémů, které mu komplikují život. Předkládáním alternativ mu pomáháme, aby dospěl do stadia, kdy bude schopen sám jednat, vymanit se ze svých úzkostí a nebude již tak bezmocnou obětí okolností. To vše patří mezi základní úkoly krátkodobé i dlouhodobé psychoterapie. Psychoterapie se tak stává procesem, v němž si pacient rozvíjí nové duševní nástroje, které mu umožňují vnímání svého života realističtěji, méně zkresleně a méně obtížně (Bruchová, 1997).

2.2.1 Psychoterapie jako činnost

Psychoterapii jako léčebnou činnost lze odlišit od jiných činností v několika směrech:

- a) Psychologické prostředky – rozhovor, neverbální chování, podněcování emocí, vytvoření terapeutického vztahu, sugesce, učení aj.
- b) Léčebné působení na nemoc, poruchu nebo anomálii – jde o cílevědomé působení na duševní procesy, funkce a stavy, na osobnost a její vztahy, na poruchy a na činitele, které poruchy vyvolávají.
- c) Odstranění nebo zmírnění potíží a možnost odstranit i jejich příčiny – snaží se o změnu prožívání ve směru lepšího přizpůsobení životním úkolům a situacím, kterou sami považují za žádoucí a na níž se dohodnou s terapeutem.
- d) Změny v prožívání a chování pacienta – získávání naděje a odvahy, porozumění souvislostem a neuvědomovaným motivům, zpětná vazba, zkoušení a nácvik nového chování, získávání nových informací a učení se chybějícím sociální dovednostem.

e) Kvalifikovaná osoba – psychoterapii vždy provádí kvalifikovaná osoba, která má dostatečné vzdělání k výkonu svého povolání (Bruchová, 1997).

2.2.2 Druhy psychoterapie

Psychoterapie se dá rozdělit dle různých hledisek na direktivní a nedirektivní. Při direktivní psychoterapii působí terapeut na pacienta přímým usměřováním jeho myšlení, postojů a chování. Terapeut vyžaduje, aby pacient plnil určité příkazy a úkoly nebo používá bdělé či hypnotické sugesce. V případě nedirektivní psychoterapie se snaží psychoterapeut vytvořit příznivou atmosféru pro pacientovu sebeexploraci. Svým postojem pouze podněcuje pacienta ke slovní, emoční nebo činnostní produkci (Kratochvíl, 1997).

V symptomatické psychoterapii se řeší chorobný příznak, psychoterapie kauzální se snaží zjistit a odstranit příčiny. Bez symptomatické terapie se většinou neobejdeme, ať pro nedostatek času k obvykle delší terapii kauzální, nebo pro neodstranitelnost kauzálních faktorů (Kratochvíl, 1997).

V psychoterapii podpůrné nám nejde o změnu osobnosti, ale snažíme se porozumět a podpořit osobnost člověka takovou, jaká je. Vyzdvihujeme její pozitivní rysy, vedeme k pozitivnímu myšlení a důvěře ve vlastní síly a pomáháme při zvládnání aktuálních situací a problémů (Kratochvíl, 1997).

Rekonstrukční psychoterapie napomáhá při přestavbě osobnosti, a to jak hlubší analýzou jejího utvoření, tak závažnějšími zásahy do postojů, motivací a hodnotného systému (Kratochvíl, 1997).

Další dělení psychoterapie už není dichotomické, ale používají se zde dvě a více kategorií. Individuální psychoterapie je zaměřena na jednotlivce. Oproti hromadné psychoterapii, kdy terapeut působí vhodně upravenými metodami na více pacientů současně. Pak následuje skupinová psychoterapie, která využívá k terapeutickým účelům dynamiky vztahů vznikajících mezi členy plánovitě vytvořené terapeutické skupiny (Kratochvíl, 1997).

2.2.3 Druhy psychoterapie v léčbě závislých

Jak jsme si již uvedli, je psychoterapie nedílnou součástí v léčbě u lidí závislých na psychostimulačních látkách. E. Kaufman dělí léčbu závislých na alkoholu do 3 stadií, která se využívají společně s psychoterapií.

a) Stadium dosažení střízlivosti – forma detoxikace, posouzení stavu, léčení přídatných chorob a spoluúčast rodiny.

b) Stadium časně úzdravy – během tohoto stadia se vytvářejí nové vzorce chování, dochází zde k nápravě sociálních a jiných škod a zvyšuje se sebedůvěra. Toto stadium trvá 6 měsíců až 2 roky abstinence.

c) Stadium pokročilé úzdravy – teprve toto období je vhodné k použití tradiční, na vhléd orientované psychoterapie.

2.2.4 Cíle psychoterapie

Prvním cílem psychoterapie je odstranění chorobných příznaků. Pacient má již při příchodu jisté obtíže, kterých se pomocí terapeuta postupně zbavuje. K odstranění obtíží přistupuje terapeut symptomaticky nebo terapií kauzální a odstraňuje příčinu. Výsledkem je vymizení symptomů, které tomu bránily (Kratochvíl, 1997).

Druhým cílem je redukce, resocializace, reorganizace, restrukturační, rozvoj či integrace pacientovy osobnosti. Osobnost pacienta se přetváří ve směru správné adaptace nebo ve směru zrání a uskutečňování individuálního životního poslání. V tomto případě se považuje odstranění symptomů za vedlejší důsledek. Výsledkem je dosažený stupeň změn (Kratochvíl, 1997).

Druhý cíl psychoterapie má bezpochyby důkladnější a hlubší účinek. Musíme si ovšem uvědomit, že příčina nemusí být vždy nutně v osobnostní struktuře nebo v poruše interpersonálních vztahů (Kratochvíl, 1997).

Samotní pacienti očekávají od léčby následující změny: osvobození se od alkoholu, získání emoční opory a podpory při diskutování o problémech spojených se závislostí, lepší sebeuvědomění, posílení sebehodnocení, získání dovednosti předcházet a zvládat relapsy. Chtějí se naučit zvládat tlak, napětí a strach. Svůj život by si rádi lépe organizovali a plánovali (Schneider et. al, 2005).

2.3 Osobnost psychoterapeuta

Profese psychoterapeuta je úkolem na celý život a vyžaduje, abychom neustále přehodnocovali své názory a stejnou objektivitou posuzovali úspěchy i neúspěchy a z obou se byli ochotni učit. Terapeut by měl své pacienty brát takové, jací jsou a přistupovat k nim jako k neznámým lidem s jedinečnými, neopakovatelnými osudy, úzkostnými problémy. Jednoduše řečeno si k pacientovi vytvořit takový přístup, který bude odpovídat jeho konkrétní situaci. Zkušený psychoterapeut konstruktivně využívá jak své dosavadní zkušenosti, tak momentální nevědomost (Bruchová, 1997).

Z hlediska psychoterapie můžeme osobnost psychoterapeuta rozdělit na obecné a specifické vlastnosti. Mezi obecné vlastnosti patří ty, které podle různých výzkumů pozitivně ovlivňují terapeutický proces a podporují tak kladně lidskou komunikaci. K těmto vlastnostem patří:

- a) autenticita – otevřenost, souhlas projevu a prožívání člověka,
- b) akceptace – k pacientovi se chováme uctivě a s důvěrou, bezpodmínečně ho přijmeme,
- c) empatie – vcítění se do problémů pacienta.

Specifické vlastnosti osobnosti terapeuta nejsou pro samotný účinek terapie podstatné. Z toho plyne, že každá osobnost se uplatní svým vlastním způsobem a neexistuje žádná ideální osobnost pro psychoterapii (Vymětal, 2010).

Nesmíme však zapomenout, že pro osobnost terapeuta je nezbytná osobnostní zralost a vnitřní stabilita (Vymětal, 2010).

2.4 Psychoterapie a náboženství

Psychologie náboženství byla u nás před rokem 1989 nepovolený vědní obor, o kterém bylo možno jenom psát z pozic tzv. vědeckého ateismu. Z tohoto důvodu patří odvětví psychologie náboženství k odvětvím, která nebyla v naší zemi pěstována a rozvíjena. V posledních letech však nachází tato vědecká disciplína stále více uplatnění jak v církevní a sborové pastoraci, tak v psychiatrii a náboženství (Holm, 1998).

Cílem náboženství není duševní uzdravení, ale spása duše. Musíme si uvědomit, že náboženství není žádné pojištění na poklidný život, na svobodu od konfliktů a není ani žádným psychohygienickým vytyčením cíle. Oproti psychoterapii náboženství obdarovává lidi více a také po nich více vyžaduje. Každé takové smíšení náboženství a psychoterapie, které se sice mohou krýt ve svém účinku, ale ve svých záměrech jsou si vzdálené, je třeba zásadně odmítnout (Frankl, 2007).

Měli bychom mít na paměti, že náboženská hlediska vůči nemocnému věřícímu nemá lékař nikdy použít jako lékař, nýbrž pouze jako věřící. Takové právo má jen v případě, že je sám věřící, neboť nábožensky nezaložený lékař by nikdy neměl využívat náboženství jako více či méně vhodný prostředek k terapeutickému účelu. Znamenalo by to náboženství degradovat a udělat z něj něco, co je dobré pouze k udržení zdraví či k uzdravení (Frankl, 2007).

Ten, kdo by měl zájem udělat z psychoterapie služku teologie a psychoterapii tak zotročit, jí spolu se svobodou výzkumu bere nejen důstojnost samotné vědy, nýbrž odebírá jí zároveň také užitnou hodnotu, kterou psychoterapie může mít pro náboženství (Frankl, 2007).

Pacientům se závislostí nabízejí psychoterapeuti řád, který je třeba respektovat, a vedou je zcela prakticky k realizaci tohoto principu. Oproti tomu náboženství poskytuje osvědčený řád, navíc ho posvěcuje a interpretuje jako vysvobození z chaosu. Respektování a tvořivé uplatňování tohoto řádu pak odměňuje a přestupky trestá. Psychoterapie dále nabízí pacientům rituály, symbolická jednání, kterými mohou vyjádřit a plně prožít rozhodnutí, k nimž dospěli. Náboženství má k dispozici mnoho vyzkoušených rituálů, které jsou navíc podpořeny úctyhodnou tradicí. Věřící člověk na nich vlastně parazituje a jeho citlivost je tak vůči

nim kultivovaná. Objeví-li se nějaký nový rituál v jeho životě, je k jeho zvládnutí připraven (Říčan, 2002).

Jung (1935/1993), kdysi řekl: „Není to hra se slovy, nazýváme-li náboženství psychotherapeutickým systémem. Je to nejpracovanější systém a je za ním velká praktická pravda. Myslím, že je naprosto správné užívat těchto terapeutických institucí, které nám dala historie.

Pro psychotherapii je dobré pracovat s náboženskou vírou a cítěním pacientů jako s důležitým, dosud často opomíjeným materiálem. A stejně dobré je inspirovat se v psychotherapii s myšlenkami, jež jsou vlastní teologii, a používat technických obrátů převzatých z duchovenské praxe (Říčan, 2007).

Náš nejlepší praktický znalec vztahů mezi psychotherapií a náboženstvím říká: „Jak z hlediska psychotherapeutů vůči náboženství, tak z hlediska věřících lidí vládne vůči psychologii a psychotherapii velká podezíravost a nahlížení skrze prsty.“(Remeš, 2006).

Frielingsdorf (1995) zkombinoval psychotherapii s pastýřskou péčí o duchovní a řádové sestry, kteří měli psychické potíže. Snažil se s nimi pracovat pomocí nevědomého obrazu Boha, který bývá odlišný od vědomého obrazu, jež vytvořila církevní nauka. Frielingsdorfovi se podařilo přivést tyto obrazy do vědomí a pomáhat pacientům, aby se jich zbavili. Vše probíhalo v pastoračním rámci a pevným cílem pacientů bylo najít pravého Boha.

2.5 Efektivita léčby závislostí a psychotherapie obecně

Závislost na alkoholu a její léčba patří v současné době mezi velmi závažná a aktuální téma, protože v celosvětovém měřítku roste počet osob užívajících tuto psychotropní látku. V souvislosti s tímto tématem se postupně zvyšují finanční náklady potřebné na zdravotní i sociální péči. Efektivita léčby závislosti na alkoholu je však relativně nízká, pohybuje se okolo 20% (Křivohlavý, 2001). Bylo by tedy vhodné položit si otázku, jak můžeme léčbu zlepšit. Trvalá abstinence klienta je dnes jen jedním z cílů léčby závislosti, za důležité se považuje také dosažení osobnostní změny, změny sebepojetí a úpravy dosavadního životního stylu (Kalina, 2008). Mimo

jiné jsou tedy nezbytné výzkumy přinášející důkazy o procesech probíhajících během léčby.

Závislost patří mezi problematiku, na kterou můžeme nahlížet několika různými pohledy – psychiatra, psychologa, ekonoma aj. To, jak se závislostí popereme a jak jí zvládneme, závisí většinou na součinnosti léčení, výchovy a prevence. Léčba, která probíhá takovýmto způsobem má své výhody, které spočívají především v časném zahájení léčby samotné, ve vzájemném prolínání výchovného a terapeutického úsilí a v ekonomické úspoře. Nesmíme zapomenout ani na oprostění civilních léčeben od problematice práce s nemotivovanými, osobnostně poškozenými klienty a jejich nerentabilním dlouhodobým pobytem v léčebně.

Obecně lze říci, že důležitou součástí v úspěšné léčbě ze závislosti je nutnost vnitřní motivace klienta. K tomu nám napomáhá psychoterapie a další terapie jsou pak, vedle psychiatricko-medicínského působení, jedním ze zdrojů, které mohou klienta přivést ke změně motivace. Psychoterapie se zpočátku věnuje problematice viny, trestu a léčby, i když tato témata jsou v pozadí toho, co si chce klient vlastně odnést z léčby, jeho vnitřní cíle. Takto uchopené cíle jsou pak odrazovým můstkem k úspěšnému navázání vztahu. V rámci vztahu se již mnohem lépe zvládají a zpracovávají další problémy. Nejdříve témata ohledně vztahů a sociální podpory, která postupně přecházejí k tématům více vnitřně orientovaných - například hodnot. Z nich se odráží budování náhledu na vlastní dosavadní život a rozdíl mezi životem s alkoholem a nelegálních návykových látkách a bez nich. Vytváří se vnitřní motivace pro práci a růst.

Oproti tomu, hagioterapie vychází z dynamického pojetí lidské spirituality a opírá se o upravený čtyřstupňový model její ontogeneze, jak ho zformuloval M. Scott Peck. Tento model nepopisuje obsah morálních imperativ - „co“ je správné - ale jejich strukturu - „jak“ má být správné nacházeno. V hagioterapeutické praxi nejde o obsahovou indoktrinaci člověka, ale o pomoc ve strukturálním rozvoji jeho osobnosti. Terapeutický proces je řízen tak, aby při něm docházelo k náhledu, že stávající stav nedokáže relevantně strukturovat vnitřní zkušenost člověka, a současně se vynořovala nabídka.

Hagioterapie probíhá formou tematických psychoterapeutických skupin, direktivně řízených, jejichž hlavním požadavkem je uzdravení, již je v rámci léčby závislostí dlouhodobá abstinence. Témata čerpají svoji inspiraci reflexí biblických textů, na každém sezení vždy jediného konkrétního příběhu, který klienti rozvádějí projektivním způsobem směrem k důležitým existenciálním otázkám člověka. Protože ovšem v této oblasti existuje nebezpečí bez-emoční intelektualizace, užívá hagioterapie určitých technik se záměrem převádět dané příběhy a témata do konkrétního „jazyka reality“ daného člověka. K tomu slouží vzájemné překládání „jazyků“, dovádění postojů do extrémů a shrnující strategie s daným příběhem: „o čem to vlastně je?“

3 Hagioterapie

3.1 Expresivní terapie

Expresivní terapie neboli umělecká exprese je prováděna pomocí vnitřních pocitů, které nám poskytují různé druhy umění. V obecné rovině jde o terapeutické využití specifických expresivních projevů: vnímáním a prožíváním jejich výsledků, nebo aktivní účastí v průběhu jejich procesu, který se uskutečňuje v rámci umělecké tvorby (Valenta a kol., 2012).

Oblast speciální pedagogiky začala využívat expresivní terapeutický postup, který aplikuje a modifikuje umění jako možnou terapeuticky zacílenou činnost a současně ve své podstatě vychází z neverbálních terapeuticky – formativně zaměřených psychoterapeutických směrů (Valenta a kol., 2012).

U vnitřní klasifikace expresivní terapie může být provedena speciální lidská činnost, jež je v těchto terapiích hlavním prostředkem a podněcovatelem prospěšných změn. Záleží, zda pracujeme s uměním hudebním, dramatickým, literárním, výtvarným, tanečním, rozlišujeme především muzikoterapii, dramaterapii, teatroterapii, psychodrama, biblioterapii, arteterapii v užším slova smyslu a tanečně pohybovou terapii (Valenta a kol., 2012).

Muzikoterapie patří mezi terapeutické přístupy. Jde o léčení nebo pomoc člověku prostřednictvím hudby. Kromě pojmu muzikoterapie se u nás užívá český překlad „hudební terapie“. Jejím účelem je usnadnit a rozvinout komunikaci, vztahy, učení, pohyblivost, sebevyjádření, organizaci a jiné relevantní terapeutické záměry za účelem naplnění tělesných, emocionálních, mentálních, sociálních a kognitivních potřeb. Klade si za svůj cíl rozvinout potenciál nebo obnovit funkce jedince. Ten pak díky tomu dosáhne lepší intrapersonální nebo interpersonální integrace a následně také vyšší kvality života prostřednictvím prevence, rehabilitace nebo léčby (Kantor a kol., 2009).

Muzikoterapie vychází mimo jiné z psychoterapie. Často její pravidla a zákonitosti korespondují se zjištěními jednotlivých psychoterapeutických škol

a přístupů. Jde hlavně o tzv. klinickou nebo také psychoterapeutickou muzikoterapii. Konkrétně jde o přístup psychodynamický, humanistický, behaviorální a kognitivně-behaviorální (Kantor a kol., 2009).

Dramaterapie slouží k uchopení a zmírnění sociálního a psychologického problému. Stává se nástrojem pro zjednodušené symbolické vyjadřování, díky němuž poznává jedinec sám sebe, a to prostřednictvím tvořivosti, která zahrnuje verbální i neverbální složku komunikace (Valenta, 2011).

Nejblíže k dramaterapii má teatroterapii, kde je kromě samotného procesu kladen velký důraz na produkt, a to na vlastní divadelní představení před publikem (Valenta, 2011).

V dramaterapii se pracuje hlavně s klienty se specifickými problémy či potřebami, které se řeší či saturují institucionální cestou. Jejím cílem je terapeuticko-formativní povaha, přičemž formativní část se soustřeďuje v psychologické oblasti. Klient je veden ke schopnosti vytvořit si reálnou zpětnou vazbu, sebereflexi a na jejím základě i reálnou aspiraci a životní perspektivu. Vše je potřebné k přehodnocení nesprávných životních postojů a vzorců chování (Valenta, 2011).

Arteterapie je psychoterapeutický obor, který je rozšířený po celém světě. V arteterapii jde o léčbu pomocí výtvarného umění. Zaměřuje se na práci s tvorbou a následnou reflexí zaměřenou na proces umělecké tvorby. Jejím prvotním cílem není vytvoření uměleckého díla, ale prostřednictvím sebevyjádření, rozvíjení tvořivosti, schopnosti komunikovat a zpracováním osobně významného tématu dosáhnout odstranění nebo zmírnění těžkostí nemocného člověka. Psychoterapie využívá artetechniky cíleně a izolovaně, v arteterapii jde o využití umění jako plnohodnotného kanálu pro komunikaci a introspekci (Šicková – Fabrici, 2008).

Při arteterapii jde u každého jednotlivého klienta o naplnění různých cílů. Většinou se jedná o navození kompenzačního procesu, aktivizace, zprostředkování kontaktu, přeformování stereotypů, komunikace prostřednictvím výtvarného projevu, odstranění úzkostných stavů aj. (Valenta, 2011).

3.1.1 Biblioterapie – léčba četbou

Biblioterapie je poměrně mladá disciplína, která má své základy v psychiatrii a psychologii. Prvotně se využívala při léčbě psychických poruch, což je ještě dnes praktikováno v USA a západní Evropě. Jde o využití literatury při léčbě osob s emocionálními problémy nebo osob psychicky nemocných (Kruszewsky, 2008).

Při četbě knihy se pacienti snaží reflektovat zátěžovou situaci, kterou právě prožívají, což přispívá k uvolnění nahromaděného napětí, dále také ke katarzi, vhledu a uvědomění si prožívaného problému a následnému přijetí a vyrovnání. V některých případech může být léčba četbou nápomocná i k znovuoobnovení radosti pacienta ze života či k podpoře jeho osobní spokojenosti (Vališová, 2009).

Četba knihy se v první řadě zaměřuje na emoční vnímání vybraného díla a racionální složku. Cílem je dosáhnout pozitivního ovlivnění psychosomatického stavu léčeného a posílit tak jeho psychickou odolnost a vyrovnanost. Četba knihy mimo jiné pomáhá k rozvoji fantazie, tvořivosti, kritickému myšlení, čímž se v mozku pacienta utváří nový endocept. Biblioterapii můžeme použít pro každou věkovou skupinu pacientů. K samotné terapii lze použít jak naučnou publikaci, tak beletristické knihy a internet (Machalová, 2008).

I když je biblioterapie zaměřená primárně na četbu, můžeme její principy aplikovat i písemně. Takovým příkladem je psaní internetových deníčků, jejichž obsah je často plný nejen vlastních názorů a postřehů, ale současně i osobních pocitů, představ, zážitků, které může jejich autor sdílet s ostatními členy internetové komunity.

Typologické členění biblioterapie:

a) klinická – psychoterapeutická sezení, která mohou být individuální či skupinová. Při práci se využívá sebepoznávací literatura. Pracuje se převážně s pocity hledání, očištění, projekce apod.

b) institucionální – má didaktický charakter a je zaměřená na literaturu popisující zdravotní stav pacienta či relaxační literaturu. Používá se převážně u pacientů, kteří jsou hospitalizováni.

c) vývojová – má stejný charakter jako institucionální, ale liší se tím, že je určena pro pacienty bez zdravotních problémů, u kterých podporuje proces jejich psychologického vývoje (Machalová, 2008).

Počátky historického vývoje léčby knihou jsou známy už ve starověkém Řecku a Alexandrii. Řekové byli prvním národem, který považoval možnost čtení knih také za nástroj terapeutický a začali jej využívat k léčebným účelům. Jejich způsob léčby můžeme srovnat s dnešními přístupy v biblioterapii. I když vhodná literatura byla volena jiným způsobem, ale základ byl stejný. Používali například díla Homéra nejstaršího řeckého básníka (Šatavová, 2008).

V průběhu 18. a 19. století se při léčbě mentálních poruch stalo využívání knih velice populární a hojně praktikované po celé Evropě. Ke konci 19. století se modernější nemocnice a kliniky vybavovaly svými vlastními malými či většími knihovnami (Šatavová, 2008).

Průkopový zlom nastal v roce 1963, kdy se Samuel Crothers zabýval využitím literatury jako jedním ze způsobů řešení problémů lidí, kteří se ocitli v těžké životní situaci a potřebují pomoc. Tuto metodu později nazval pojmem bibliotherapy. Biblioterapie se kromě psychologie začala více věnovat například sociologii, psychiatrii a knihovní vědě (Šatavová, 2008).

Rozvoj biblioterapie souvisí mimo jiné se světovými válkami, kde i vojákům v zákopech literatura pomáhala v odreagování se. Věnovala se velká pozornost válečným veteránům, pro které byla biblioterapie vhodnou metodou vyrovnat se s traumaty z války. Nemocnice měla knihovní služby a lékaři spolupracovali s knihovníky, kteří byli k tomuto účelu vyškoleni. Ve třicátých letech se objevily první seznamy knih, jež by se daly použít při léčbě psychických poruch (Šatavová, 2008).

Za další mezník ve vývoji se považuje rok 1946, kdy byla poprvé aplikována biblioterapie u dětí a dospívajících. Do té doby neexistovala žádná vhodná kniha, která by se u této věkové skupiny dala použít. V roce 1951 tak vzniklo dílo „Kdo chytá v žitě“, které bylo pro biblioterapii vhodné. Poté už vznikla řada knih zabývajících se

opravdovými problémy adolescentů, například alkoholismem, problémy s drogami, sebevraždami a podobně (Šatavová, 2008).

V šedesátých letech minulého století došlo v biblioterapii k průkopovému mezníku. Byla založena subsekcce Mezinárodní asociace knihovníků (IFLA). V Londýně vznikl roku 1969 mezinárodní ústav pro výchovu knihovníků pracujících v nemocnicích a objevil se technický termín „klinický knihovník“. Vyšel časopis s názvem „BookTrolley“, který je zaměřený výhradně na biblioterapii, a dokonce se objevily i doškolovací kurzy v biblioterapii (Šatavová, 2008).

V dnešní době je biblioterapie v rukách psychologů a používá se převážně u dětských pacientů jako nenásilná a bezbolestná léčba, byť nezaručuje kladný výsledek. Biblioterapie (Šatavová, 2008).

S biblioterapií jsou úzce spojeny tyto dílčí metody:

- a) Hagioterapie – je léčba prostřednictvím náboženských textů, více v následující kapitole
- b) Imagoterapie – pracuje se vcítěním do postojů hlavního hrdiny a napodobuje jeho jednání a chování
- c) Poetoterapie – někdy se jí také říká poezioterapie a ke své činnosti využívá poezii
- d) Pohádkoterapie – využívá dětskou literaturu a především pohádky

K biblioterapii lze použít i samotnou tvorbu pacientů, ale v tomto případě jde spíše o arteterapii či kulturoterapii (Šatavová, 2008).

3.2 Charakteristika metody

Jak jsem již uvedla v předchozí kapitole, hagioterapie je jednou z dílčích metod biblioterapie, která se používá jako psychoterapeutická metoda. Její název se odvozuje z řeckých slov „therapia“ – péče, léčba, a „hagios“ – svatý, čistý, posvátný. Jde o skupinovou existenciální psychoterapii, jejímž cílem je očištění života od

dysfunkčních vzorců chování a je jedním z nástrojů projektivní práce s posvátnými biblickými texty (Remeš, 1998).

Hagioterapie se skládá z metod pastorační terapie a duchovního poradenství, jak byly dříve praktikovány v době normalizace v podzemních strukturách katolické církve. Později se tyto metody rozvinuly v biblioterapeutické práci s biblickými příběhy ve skupinách pacientů v PL Bohnice, které vede pravidelně MUDr. Prokop Remeš již od roku 1991. Vše se posléze zformovalo do uceleného teoretického systému existenciální psychoterapie. Hagioterapie je směr vedoucí k uvědomění, přiznání si a případně změně vlastní hodnotově-morální struktury, které používáme k označení něčeho jako dobro či zlo (Remeš, 1998).

Samotná hagioterapeutická setkání probíhají formou skupinové biblioterapie. Při těchto setkáních se jako literární dílo používá Bible. Během setkání se rozebere biblický text a rozborem jeho děje, morálního konfliktu a charakteru jednotlivých postav vystupují postupně na povrch osobní problémy pacienta (Remeš, 1998).

K výkladu biblických textů se používá forma hlubinně analytického výkladu, který analyzuje text z hlediska vztahu a komunikace člověka s člověkem a člověka s Bohem. Čtenář se tím uvádí pod informacemi vyjádřenými slovy a větami do hlubšího psychologického podtextu (Remeš, 1998).

Prostřednictvím Bible jako projekčního materiálu mohou pacienti dojít k tzv. Aha-zážitku, který představuje změnu ve vědomí člověka, kdy si na příkladu druhého člověka jedinec uvědomí sám sebe. Bibli můžeme chápat jako zrcadlo, jehož jednotlivá vyprávění ukazují na různá zákoutí lidské duše (Remeš, 1998).

3.3 Indikace a cíle metody

Indikací v hagioterapii myslíme ty psychopatologické stavy, u nichž lze předpokládat, že nedostatečná konzumace morálních hodnotových struktur, rozkolísání morálně hodnotových obsahů a z toho plynoucí poruchy motivace se spolupodílejí na etiopatogenezi základní psychické poruchy. Jedná se především o pacienty na oddělení závislostí, ale i o pacienty s neurotickými poruchami, poruchami prožívání životního smyslu či poruchami osobnosti. Z psychologického

pohledu jde o skupiny, které se inspirují náměty biblických příběhů a zde obsaženými morálními konflikty a životními postoji (Remeš, 2000).

V hagioterapii nejde jenom o rozlišení mezi dobrem a zlem, ale i o to si uvědomit vlastní hodnoty našeho morálního systému. Pomocí terapie se rozvíjí schopnost svobodně přehodnotit vlastní normy a postoje, na jejichž základě můžeme usměrňovat své další konání s vědomím odpovědnosti (Remeš, 2000).

Remeš uvádí, že lidé si jsou dobře vědomi toho, co je vhodné a dobré, a nejlepší pomocí ke zdravému jednání není poučení v oblasti znalostí morálky, ale posílení schopnosti svobodně se rozhodovat a jednat (Remeš, 2000).

Hagioterapie se pokouší o rozvinutí schopností člověka svobodně přehodnotit vlastní normy a postoje na základě tohoto nového poznání.

Cíle hagioterapie rozlišujeme :

1) Všeobecné

- a) narušení obrazu falešné identity a zároveň podpora a rozvinutí pravého, ale často odmítaného já (hagioterapie nás podněcuje k pravdivé realizaci a přijetí sebe sama jako lidské bytosti),
- b) posiluje nás v našich hodnotových strukturách,
- c) rozšiřuje možnost vidět svět, Boha, člověka, rozvoj osobnosti člověka a jeho vztahy v životě,

2) Specifické

- a) ztotožnění se s jednotlivými postavami biblických příběhů na základě zážitků, jehož prostřednictvím si klient získává schopnost přijímat i odlišné sociální perspektivy,
- b) cíleně kladené otázky, které zjišťují poselství a komunikaci se světem pomocí biblického textu,
- c) procvičování si schopností zvládnout hodnotově morální postoje (Schovanková, 2006).

Hagioterapie by tedy měla dovést člověka k tomu, aby řešení svého problému našel sám. Aby si uvědomil, že důvodem přestat se závislostí nebylo to, že nesmí, ale to, že nemusí. Oba výsledky mohou na první pohled vypadat podobně, ale ve druhém případně jde o svobodné rozhodnutí. Z tohoto hlediska pak nemusí být důležitá recidiva pacienta, ale to, jak on sám na svou recidivu nahlíží a zda z ní viní sám sebe, nebo své okolí (Remeš, 2000).

3.4 Charakteristika sezení

V této kapitole budu vycházet ze svých vlastních zkušeností, které jsem získala během účasti na samotné hagioterapii.

Hagioterapie probíhá v PL Bohnice jako součást nepovinných samovolitelných terapeutických skupin. Pacient si tedy může sám vybrat, kterého terapeutického léčebného programu se zúčastní. Zájemci pocházejí z řad pacientů na oddělení léčby závislostí.

Sezení probíhá formou otevřené skupinové psychoterapie, kterou většinou pravidelně navštěvuje 5 – 6 pacientů. Zbytek pacientů dochází jen občasně nebo po prvním sezení nepřijdou vůbec. Skupinu mohou také navštívit pacienti z jiného oddělení nebo zájemci z řad studentů či terapeutů. Skupinu předčasně opouštějí ti, kteří recidivovali v průběhu léčby a museli oddělení předčasně opustit.

Optimální počet pacientů ve skupině je však 8–12. Skupiny jsou rozděleny na muže a ženy, neboť u pacientů léčících se ze závislosti může navázání bližšího kontaktu s osobou opačného pohlaví narušit úspěšnost léčby. Počet pacientů ve skupině je optimální k délce terapeutického sezení, které trvá 2 hodiny. I když je přínosem více různých pohledů na probíraný problém, bývá o to obtížnější dodržet časový limit a nechat všechny zúčastněné, aby mohli své podněty k příběhu sdělit.

Hagioterapeutické sezení má své zásady i pravidla. Jedním z pravidel je, že všichni mají svobodu ve svém vyjadřování a právo na svůj vlastní názor. Pacienti se během sezení oslovují křestními jmény a tykají si. V případě, že s tím někdo z nově příchodících nesouhlasí, je jeho přání plně respektováno.

Při jednotlivých sezeních dochází k emocionálnímu rozboru daného tématu, čímž se vzájemně odkrývají názory a pocity pacientů, které u nich samotný příběh vyvolává. Pacienti mají svobodu projevu říct svůj názor a ostatní členové spolu s terapeutem mohou případně reagovat a vyjádřit se k tomu, co bylo řečeno.

Terapeut klade velký důraz na vyjadřování se každého jednotlivého člena skupiny a po celou dobu terapie se snaží o zapojení všech členů bez výjimky. Nejedná se ovšem o násilnou formu, ale terapeut vhodným způsobem pobízí členy, aby vyjádřili svůj názor před ostatními a nebáli se. Většina členů skupiny se snaží svou odpověď zevšeobecnit a užívá 3. osobu množného čísla. Reakcí terapeuta je, že se snaží, aby odpovídali v 1. osobě jednotného čísla. Díky tomu si pacient uvědomí svůj vlastní postoj k názoru, který prezentuje před ostatními členy skupiny.

Při sezení se používají skleněné kuličky, které jsou umístěny na stoličce uprostřed kruhu sedících pacientů a mají symbolizovat perly. Pacienti symbolizují lovce perel, kteří na břehu moře odkládají svůj šat (odložení všech vzpomínek a myšlenek, které by bránily soustředění se na příběh), pomocí těžkého kamene se ponoří až na dno (přijmout příběh a jeho hrdiny jako vyprávění o mně samém a mých problémech) a díky odvaze vyloví z hlubin moře perlu (mít odvahu ponořit se do hlubin své duše). Jde o to, aby pacienti získali odvahu ponořit se do hlubin čteného příběhu a zároveň do hlubin svých duší. Po skončení terapie si každý vezme jednu kuličku a ostatním sdělí, co nového si ze sezení odnesl.

Dalším symbolem, který se při terapii používá, je dřevěný meč, jež si pacienti předávají, když vyjadřují své pocity a emoce v průběhu sezení. Meč se během sezení dostane ke každému pacientovi, který se má možnost vyjádřit k danému tématu.

3.5 Průběh sezení

Při terapii je kladen důraz na vzájemnou blízkost, která je umocněna tím, že terapeut vyzývá pacienty, aby si sesedli do co nejmenšího kruhu. Se všemi si osobně potřese rukou a zahajuje sezení připomenutím si minulého příběhu. Poté zahajuje terapeut skupinu úvodní řečí, která přibližuje pacientům účel setkání a navozuje atmosféru, při níž by se měl pacient uvolnit. Po celou dobu terapie mají pacienti k dispozici svou Bibli, jejímž prostřednictvím sledují probíraný text.

První čtení má na starost někdo z pacientů a slouží k seznámení s příběhem. Po přečtení terapeut vysvětlí případné nejasnosti a doplní některé chybějící informace. Po celou dobu jde o to, aby pacient příběh racionálně vnímal a sledoval. Dále aby pochopil základní strukturu příběhu, jaké postavy v něm vystupují, jaké vztahy mezi těmi postavami jsou, a hledá souvislosti.

Následuje druhé čtení, kterého se ujímá opět někdo ze skupiny, a pacienti si při něm doplňují zbylé informace, jež jim unikly při prvním čtení.

Poslední, třetí čtení má na starosti terapeut, který vyzývá pacienty, aby se uvolnili, zavřeli oči a nechali na sebe působit děj přečteného příběhu. Pacienti dostávají pětiminutový prostor, ve kterém si mohou znovu přečíst daný text a ujasnit si, které úseky či postavy je nejvíce oslovily a které by rádi prodiskutovali se skupinou.

Po uplynutí pětiminutového prostoru sdělí každý ze skupiny první emoce, které v nich příběh vyvolal. Po vyjádření prvních dojmů obdrží někdo z pacientů dřevěný meč a dostává tím příležitost podělit se o své prožitky, které ho zasáhly při čtení textu, a to jak v pozitivním, tak i negativním slova smyslu. Terapeut pečlivě sleduje a reaguje na to, co pacienti říkají, a klade jim takové otázky, aby jim ukázal i jiný možný způsob pohledu na danou událost či postavu, o které pacient zrovna hovoří. Snaží se převést historickou reálii do současného světa, aby ji lépe pacientům přiblížil. Pomáhá tak pacientům lépe se vcítit do postav a představit si jejich pocity. V průběhu povídání o příběhu vyvstávají v debatě základní hodnotové pojmy jako otázky dobra a zla, lásky a nenávisti, msty a odpuštění, nemoci a zdraví, života a smrti. Terapeut se snaží jednotlivé situace připodobnit k reálným životním situacím pacientů, zejména k otázce závislosti. V této chvíli začínají pacienti hovořit o sobě samých, o tom, jak se chovali dříve v určitých situacích a co prožívají právě teď. Může dojít také k tzv. Aha-efektu, kdy se pacienti ztotožní s příběhem a dokážou tak lépe pochopit sama sebe a své chování, vůči němuž neměli dříve žádné výhrady. Všichni pacienti se v průběhu terapie vystřídají a každý dostane možnost se vyjádřit. Na závěr zadá terapeut úkol, který se vztahuje k přečtenému textu, jež se má splnit do dalšího setkání.

Samotné sezení se ukončuje pomocí tzv. lovení perel, které jsem uváděla v předchozí kapitole. Jde o svobodné vyjádření pacientů, do kterého terapeut ani

ostatní pacienti nezasahují. Následuje společná modlitba, při které terapeut shrne základní myšlenku příběhu a základní prožitek. Skrze modlitbu vysloví přání, aby měli pacienti sílu, odvahu a štěstí a aby se pacientovi podařilo úspěšně zvládnout svou závislost.

III. Praktická část

4 Zaměření výzkumu a použité metody

4.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zachytit a popsat proces hagioterapie a její společné prvky v prožívání klientů při hospitalizaci v psychiatrické léčebně.

4.2 Výzkumné otázky

Pro účely svého výzkumu jsem si stanovila tyto výzkumné otázky:

1. Jaké místo a význam má hagioterapie pro závislé pacienty v rámci ústavní léčby?
2. Jaké jsou prožitky, názory a chování pacientů ve vztahu k hagioterapii?
3. Co a jak prožívají klienti během poskytování terapie?
4. Lze popsat nějaké charakteristické fáze léčby v souvislosti s hagioterapií? Pokud ano, jaké?

4.3 Metoda tvorby dat – individuální dotazník

Nástrojem pro sběr dat je individuální dotazník (viz. Příloha číslo 1) čítající 13 otázek, který jsem vypracovala sama.

Dotazník zjišťuje základní údaje respondentů: pohlaví, dosažené vzdělání, věk, důvod hospitalizace a její délku. Dále zjišťuje, zda má respondent nějaký vztah k víře a k Bohu. Poté se zaměřuje konkrétně na samotný průběh hagioterapie, na konkrétní příběh, který se zrovna probíral. Na jeho osobní pocity a přínos, a zdali respondent sám na sobě pozoruje nějaké změny ve svém závislostním chování. Na úplný závěr mě zajímá srovnání hagioterapie s jinými terapeutickými prvky léčby, se kterými se respondent v průběhu své hospitalizace setkal.

Otázky byly zaměřeny na kvalitativní a kvantitativní údaje. Majoritní podíl tvořily otázky otevřené, tedy kvalitativní, ale použito bylo i 6 otázek uzavřených.

V souboru nezůstal žádný dotazník nedokončený z časových důvodů, ale objevilo se 6 dotazníků, u kterých nebyly zodpovězeny 3 otázky.

Nezodpovězené otázky byly:

4) Důvod Vaší hospitalizace (diagnóza Vaší závislosti – návykové látky, patologické hráčství, duální diagnóza)

6) Datum nástupu Vaší současné hospitalizace

13) Když srovnáte hagioterapii s ostatními terapeutickými prvky léčby, jak moc je pro Vás důležitá a proč?

- tyto otázky mohly být nezodpovězeny proto, že respondenti se báli odhalení dle své diagnózy a nástupu

- nebo proto, že byli hospitalizováni příliš krátce a neměli ještě dostatečné srovnání s jinými terapeutickými prvky léčby

- nebo byli na hagioterapii poprvé

Na vyplnění dotazníku měli respondenti 30 minut, obvykle jim stačilo 15-20minut.

Sběr dat probíhal v několika etapách v rozmezí února až května 2013. Každého terapeutického sezení jsem se nejprve zúčastnila společně s respondenty a poté jsem jim na konci sezení předala již zmíněný dotazník.

4.4 Metody výběru výzkumného souboru

Cílovou skupinou byli klienti PL Bohnice, kteří se zde léčí na oddělení závislostí a docházejí na terapeutickou léčbu pomocí hagioterapie k MUDr. Prokopu Remešovi. Po dobu mého docházení na jednotlivá sezení se mi podařilo sesbírat 20 vyplněných dotazníků. Přestože vyplnění dotazníků bylo dobrovolné, za celou dobu se neobjevil nikdo, kdo by vyplnění dotazníku odmítl.

4.5 Etický kodex výzkumu

Nejprve jsem oslovila vedoucího terapeutické skupiny a požádala ho o spolupráci při individuálním dotazníkovém šetření. Před provedením výzkumu byli respondenti seznámeni s cílem výzkumu. Účast na výzkum ubyla dobrovolná, dotazník byl zcela anonymní, nezjišťoval jméno, adresu ani jiné osobní údaje, podle kterých by bylo možné respondenta identifikovat. V případě jakýchkoli nejasností ohledně dotazníku se respondenti mohli zeptat a dostali vysvětlení. Dále byli respondenti ubezpečeni, že do vyplněných dotazníků nebude nahlížet nikdo jiný kromě mě a vedoucího práce. Dále že výsledky, které získám, budou použity pouze k napsání mé bakalářské práce.

4.6 Metoda analýzy dat

V rámci kvalitativního výzkumného designu jsem použila dotazníkovou metodu z důvodu nedostatku času na hloubkové rozhovory. Kvalitativní data byla zpracována jednoduchým kódováním, klasifikací a prostým výčtem, kvantitativní data byla zpracována jednoduchým kódováním. K analýze dat jsem použila popisně a matematicko-statistickou metodu. Jejich prostřednictvím jsem získala tabulky s výsledky. Získané tabulky a grafy s potřebnými výsledky jsem upravila do konečné podoby pomocí programu Microsoft Word. Výsledky, které zde uvádím, jsou v absolutních číslech, aby nedošlo ke zkreslení představy o výsledcích reálných. Výsledky zkoumaných jevů uvádím vždy z počtu těch respondentů, kteří na danou otázku odpověděli, nikoliv z celkového počtu respondentů, kteří byly zařazeni do výzkumu.

Data byla analyzována během dubna a května 2013.

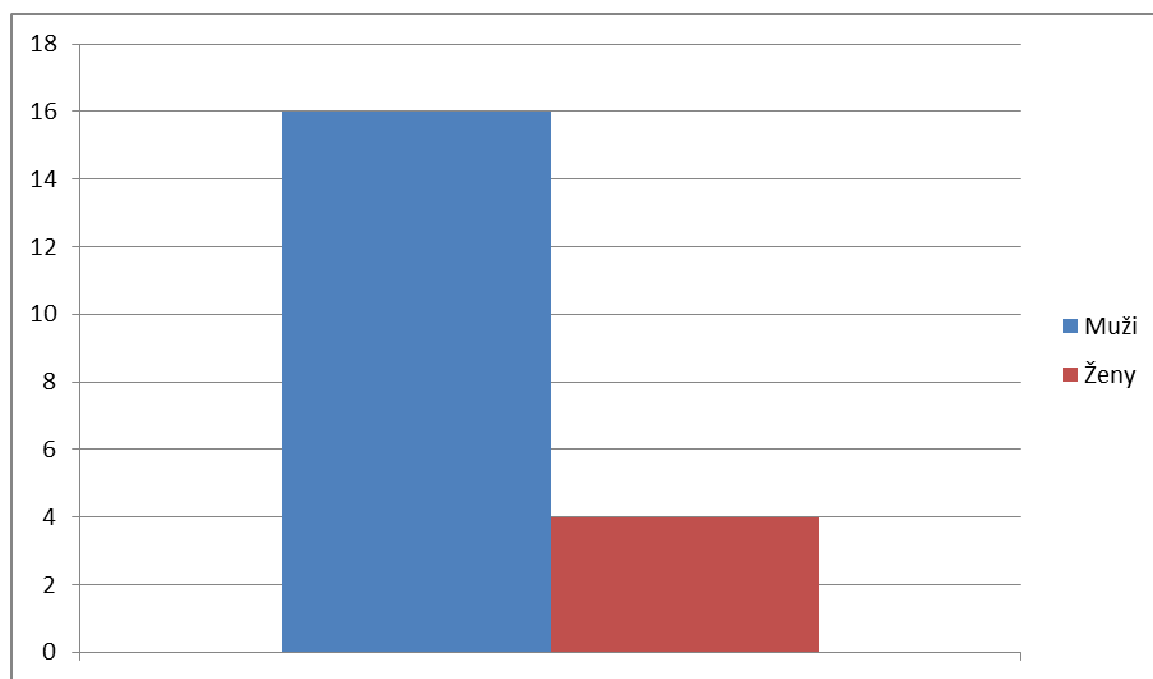
4.7 Popis výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 20 respondentů.

Hagioterapeutické sezení je rozděleno na mužskou a ženskou část, a jak je patrné z výsledků, jsou navštěvována převážně muži ve věku 18–26 let se středním vzděláním bez maturity nebo naopak s maturitou. Dále se dovídáme, že ženy jsou ve věku 44–53 a mají vysokoškolské a postgraduální vzdělání.

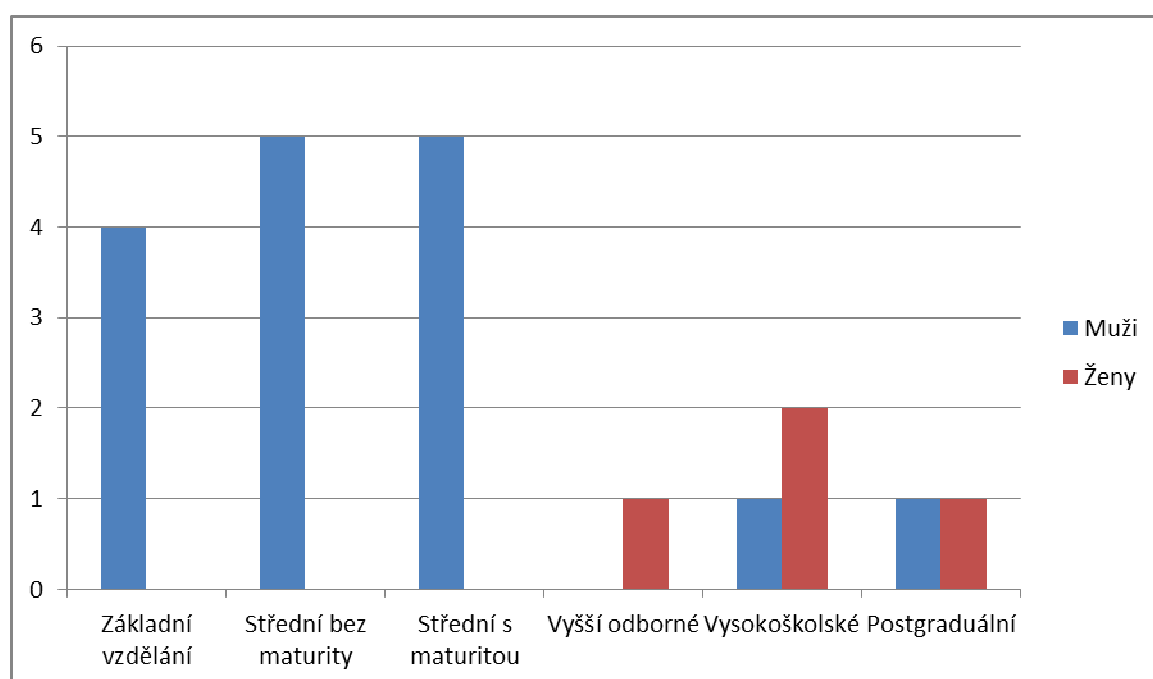
Z rozdělení výzkumného souboru vidíme, že hagioterapie je více navštěvována muži, 16, a ženy jsou zastoupeny v počtu 4. Viz. Obrázek 1.

Obrázek 1: Rozdělení dle pohlaví

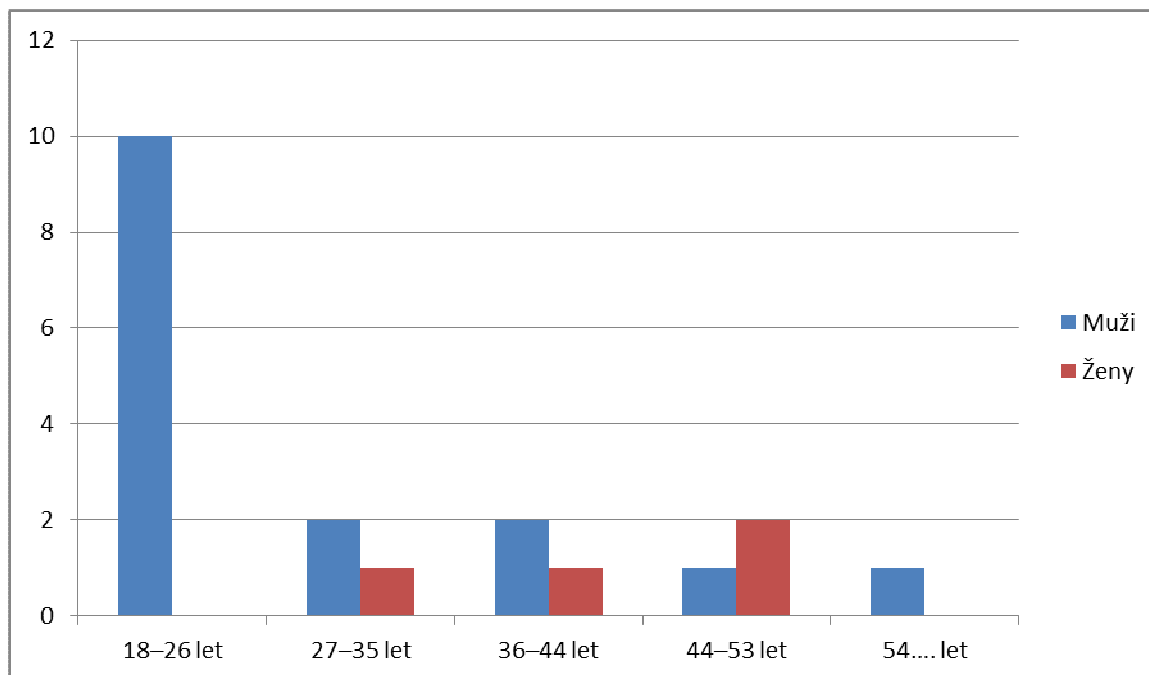


Obrázek 2 nám ukazuje, jaké je nejvyšší dosažené vzdělání u respondentů. Z obrázku je patrné, že nejvíce – u 10 dotázaných – je zastoupeno vzdělání střední s maturitou a střední bez maturity. Následuje základní vzdělání v počtu 4 respondentů, pak vysokoškolské, 3 respondenti. Zbývající 3 respondenti navštěvují vyšší odbornou školu a postgraduální studium.

Obrázek 2: Vzdělání respondentů



Obrázek 3: Věk respondentů



5 Výsledky

5.1 Proces hagioterapie a společné prvky v prožívání

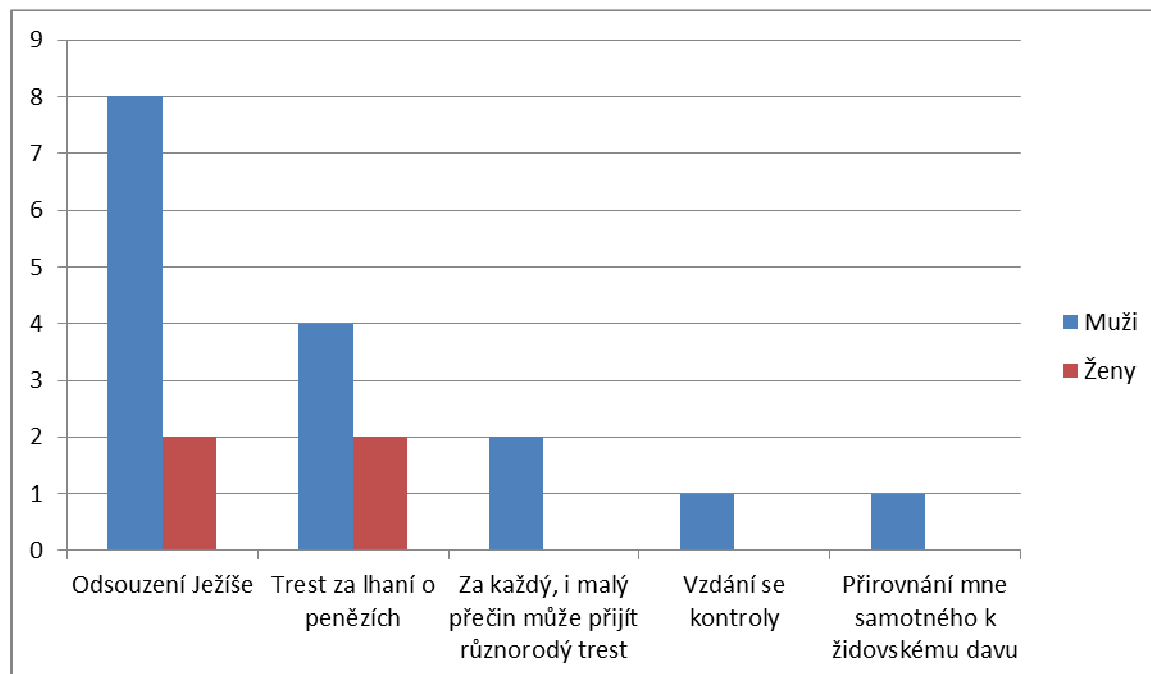
Prvním cílem mého výzkumu bylo zachytit a popsat proces hagioterapie a její společné prvky v prožívání klientů při hospitalizaci v psychiatrické léčbě v Bohnicích.

Stěžejní otázkou použitého dotazníku, která se snažila zachytit a popsat proces hagioterapie a její společné prvky v prožívání klientů při hospitalizaci byla otázka č. 10 – Popište:

- a) Jaká situace (příběh, téma) Vás při dnešním sezení nejvíce upoutala?
- b) Co pro Vás konkrétně tato situace znamená, co si z ní odnášíte?
- c) Jak jste se v té situaci cítil/a?
- d) Jak se cítíte právě teď při vzpomínce na onu situaci?

Otázka č. 10 je otevřená, takže dotazovaní na ni mohli odpovědět svými vlastními slovy. Dotazování odpovídali na probírané téma z Bible o rozsudku ukřižování pro Ježíše Krista.

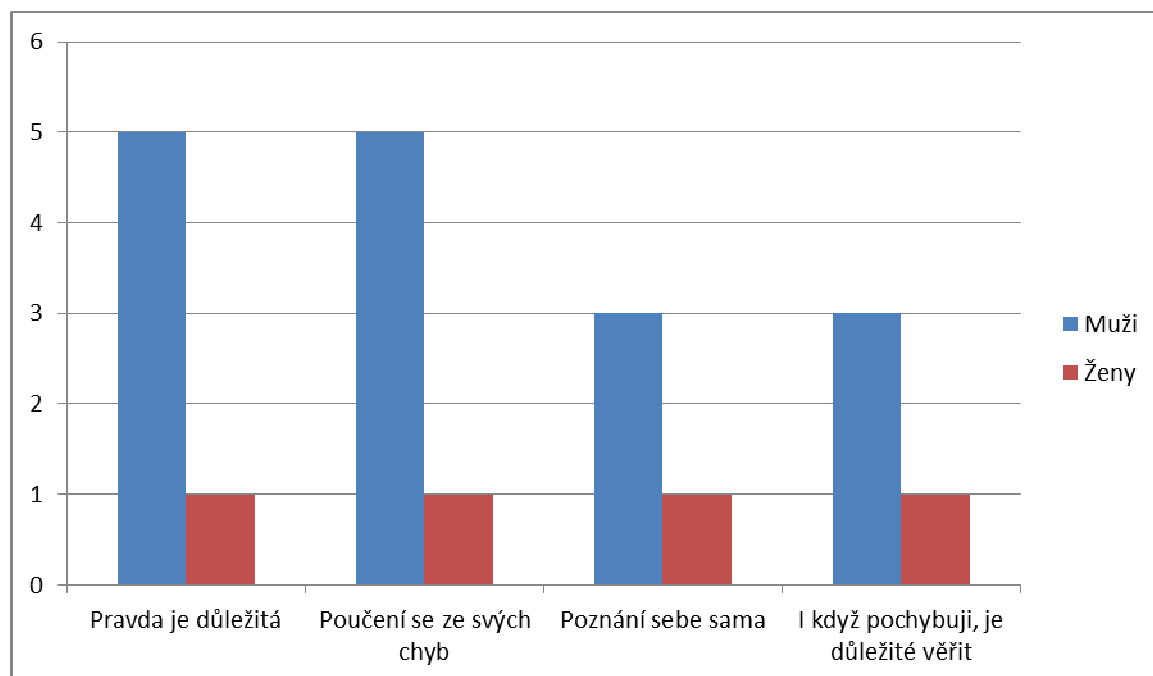
Obrázek 4: Jaká situace (příběh, téma) Vás při dnešním sezení nejvíce upoutala?



Z obrázku 4 vyplývá, že pacienty nejvíce zasáhla situace ohledně odsouzení Ježíše na smrt, dále pak trest za lhaní o peníze. Na tomto příběhu si někteří uvědomili, že i sebemenší nepravost se trestá a existují různé druhy trestů. Při četbě měli pacienti za úkol přirovnat se k nějaké postavě, která vystupovala v ději. Na výběr měli: Ježíš, Pilát, nebo Židovský lid.

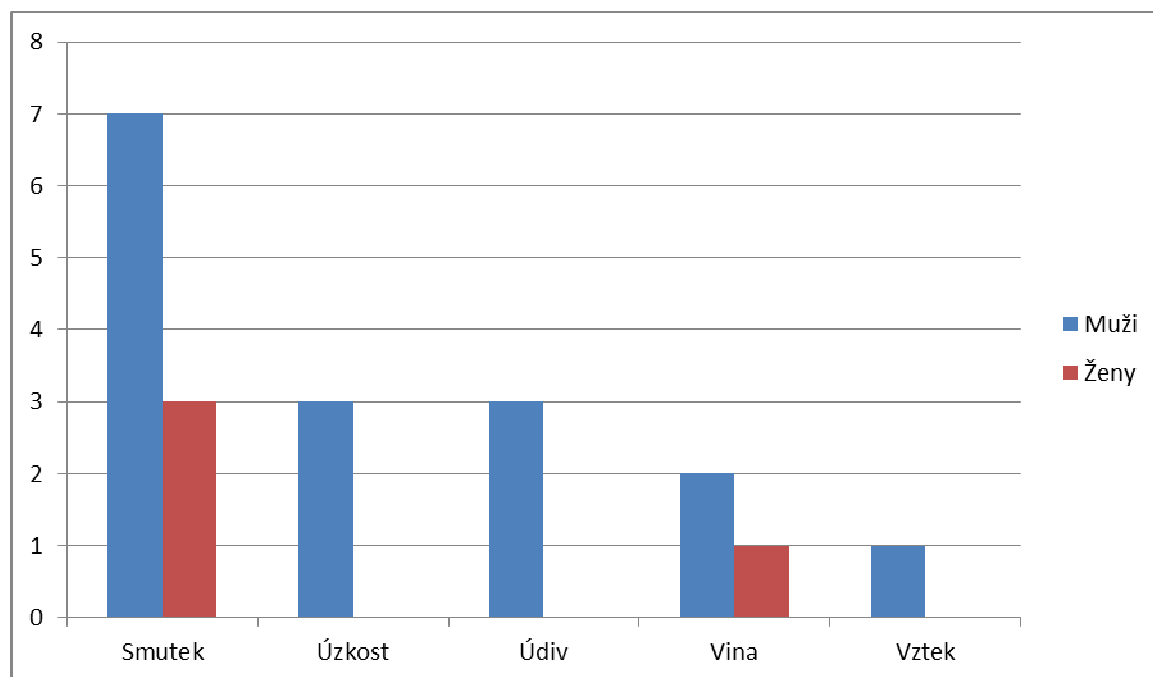
Dalším tématem sezení byla otázka pravdy, která se promítla i v následující otázce, na kterou 6 dotázaných odpovědělo, že je pro ně pravda důležitá. V rámci rozebrání postavy Piláta odpovědělo 7 dotázaných, že je pro ně důležité poučit se ze svých chyb. 4 respondenti poznali více sebe sama. A 4 respondenti si z příběhu odnesli, že v životě sice pochybujeme, ale je důležité si věřit.

Obrázek 5: Co pro Vás konkrétně situace znamená?



Další částí terapie bylo vyjádřit svůj první pocit, jak se cítíme v konkrétní situaci z příběhu, který jsme si dnes četli. Všichni respondenti se cítili špatně a popisovali situaci negativními emocemi, mezi které patřily: smutek, úzkost, údiv, vina a vztek.

Obrázek 6: Jak jste se v té situaci cítili?



V následující tabulce jsem se ptala respondentů, jak se cítí po proběhnuté terapii. Respondenti své emoce vyjádřili pomocí negativ a pozitiv. Mezi nejčastější negativní emoce s 11 odpověďmi zařadili smutek. Na druhém místě je vztek se 2 odpověďmi a poslední je špatné svědomí – 1 respondent. Nejčastější pozitivní emoci bylo, že se respondent ve 3 případech cítí dobře, v 1 smířeně a v klidu a ve 2 případech motivačně s potřebou změny.

Tabulka č. 2: Jak se cítíte právě teď?

Negativa	Muži	Ženy	Pozitiva	Muži	Ženy
Smutek	8	3	Dobře	2	1
Vztek	2	0	Smířeně a v klidu	1	0
Špatné svědomí	1	0	Motivačně a chci s tím něco dělat	2	0

Dále pak otázka č. 11 – Popište:

Pozorujete proti dřívější době (kdy jste se neléčili) změnu: (ohodnoťte podle čísel: 1 zhoršení, 2 beze změny, 3 zlepšení) schopnost koncentrace, sebezpoznání, sebejistota, motivace k abstinenci, vyrovnanost. Dotazovaní respondenti v 18 případech odpověděli, že vidí zlepšení ve schopnosti koncentrace, 19 z nich zlepšení v sebezpoznání, 13 zlepšení v sebejistotě, 20 zlepšení v motivaci k abstinenci, 17 zlepšení ve vyrovnanosti. Beze změny se cítí 2 ve schopnosti koncentrace, 1 v sebezpoznání, 7 v sebejistotě a 3 ve vyrovnanosti. Zhoršení nezaškrtil nikdo z respondentů. Je zajímavé, že na tuto otázku odpověděli všichni dotázaní, i když se terapie účastnili poprvé.

Tabulka č. 3: Pozorujete proti dřívější době (kdy jste se neléčil/a) změnu: ohodnoťte podle čísel

Pozorujete proti dřívější době (kdy jste se neléčil/a) změnu: ohodnoťte podle čísel	1 zhoršení	2 beze změny	3 zlepšení
Schopnost koncentrace	0	2	18
Sebezpoznání	0	1	19
Sebejistota	0	7	13
Motivace k abstinenci	0	0	20
Vyrovnanost	0	3	17

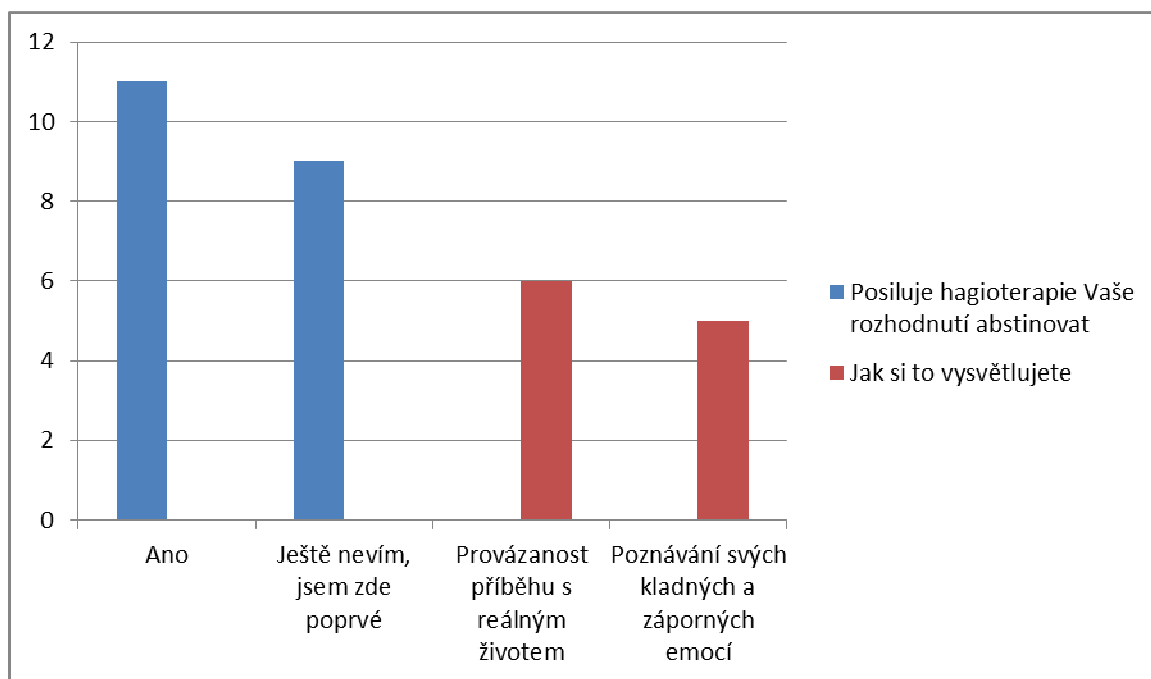
5.2 Místo a význam hagioterapie pro závislé pacienty v rámci léčby

Stěžejní otázkou použitého dotazníku, která se snažila zjistit, jaký význam má pro závislé pacienty hagioterapie v rámci léčby, byla otázka č. 12 – Popište:

Posiluje hagioterapie Vaše rozhodnutí abstinovat? Jak si to vysvětlujete? Na první část této otázky odpovědělo 9 respondentů, že ještě nevědí, protože jsou zde poprvé. Ostatních 11 se shodlo, že hagioterapie jim napomáhá při léčbě v abstinenci. Jako důvod většinou uváděli, že jim pomáhá provázanost samotných příběhů z Bible

s běžným životem a poznávání svých kladných i záporných emocí. Vyhodnocení vidíme na následujícím obrázku:

Obrázek 7: Posiluje hagioterapie Vaše rozhodnutí abstinovat a jak si to vysvětlujete?

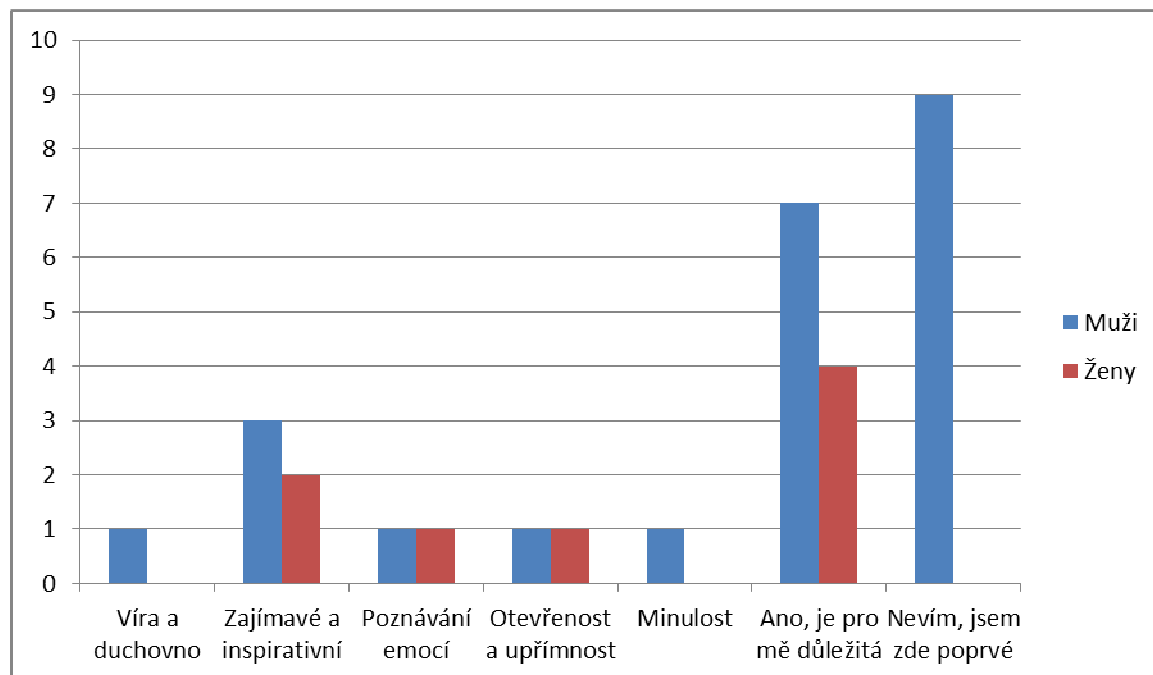


Dále pak otázka č. 13 – Popište:

Když srovnáte hagioterapii s ostatními terapeutickými prvky léčby, jak moc je pro Vás důležitá a proč?

13. otázka byla jedna z těch, na které neodpovědělo 6 respondentů. Pro 11 respondentů je terapie důležitá, protože je: o víře a duchovnu, zajímavá a inspirativní, poznávání emocí, řeší minulost a je zde otevřenost a upřímnost. 9 respondentů ještě neví, protože jsou zde poprvé.

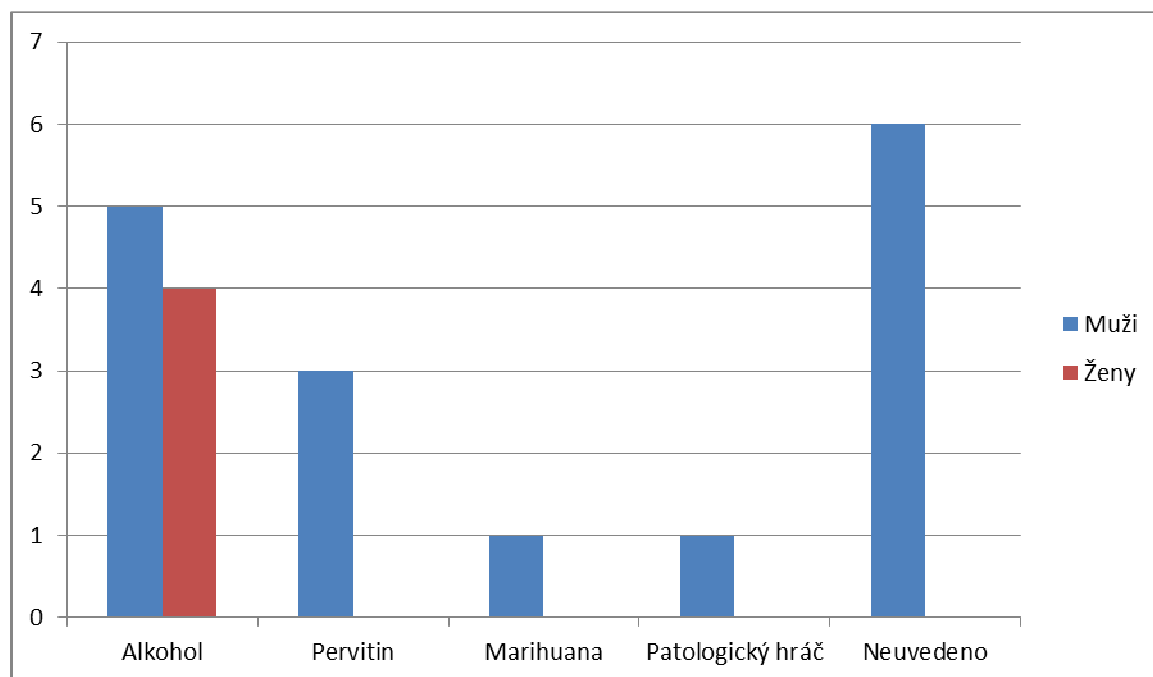
Obrázek 8: Srovnání hagioterapie s ostatními terapeutickými prvky léčby.



5.3 Ostatní otázky z výzkumu

U otázky číslo 4 nastal okrajový problém v přesném určení důvodů hospitalizace dotazovaných. Důvodem bylo interní označování pacientů v PL Bohnice, který je rozděluje na: alkoholiky, toxikomany a gamblery. U toxikomanie neuvádí přesný název návykové látky, na které je klient závislý. Dotazovaným bylo v průběhu vyplňování upřesněno, že v případě toxikomanie bych byla ráda, kdyby uvedli konkrétní návykovou látku, se kterou se zde léčí. Z grafu je tedy patrné, že ženy se zde léčí v počtu 4 ze závislosti na alkoholu. Muži jsou zde v počtu 5 pro závislost na alkoholu, 3 jsou zde kvůli závislosti na pervitinu, 1 uvedl marihuanu, 1 je patologický hráč a zbývajících 6 neuvadlo žádný důvod své hospitalizace.

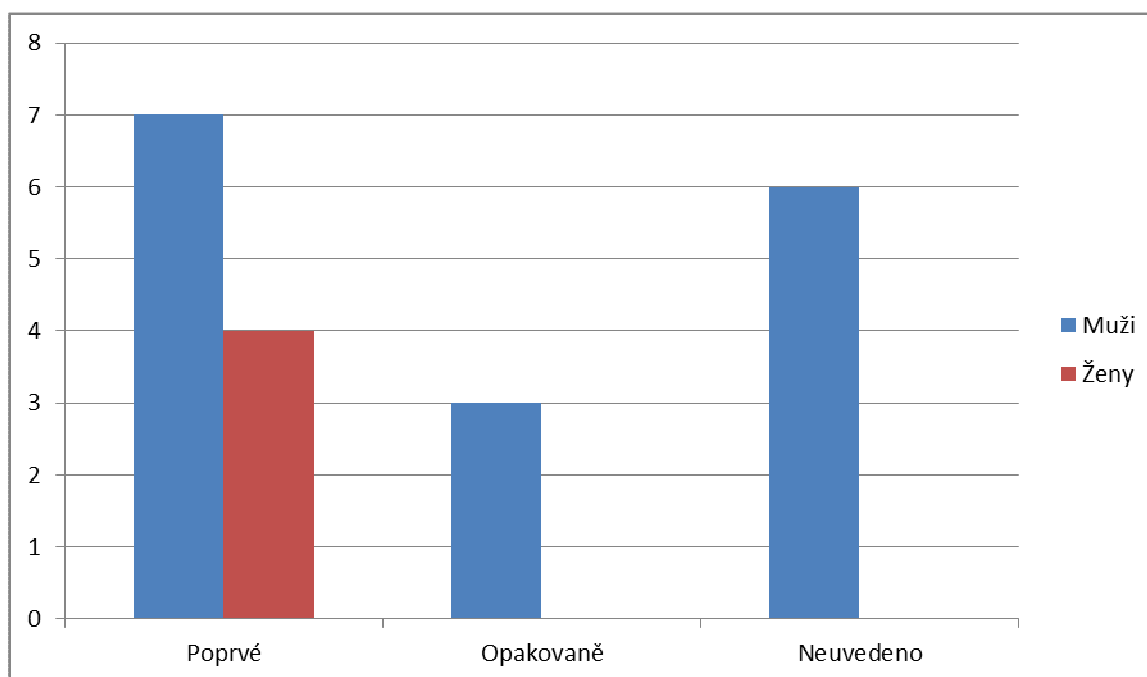
Obrázek 9: Důvod hospitalizace



Následující otázka č. 5 zjišťovala, po kolikáté se respondenti v PL Bohnicích léčí pro svou závislost, kterou uvedli v předchozím grafu. Všechny ženy uvedly, že se zde léčí poprvé. U mužů odpovědělo 7 poprvé, 3 opakovaně a z toho všichni 3x a 6 z nich neuvedlo nic.

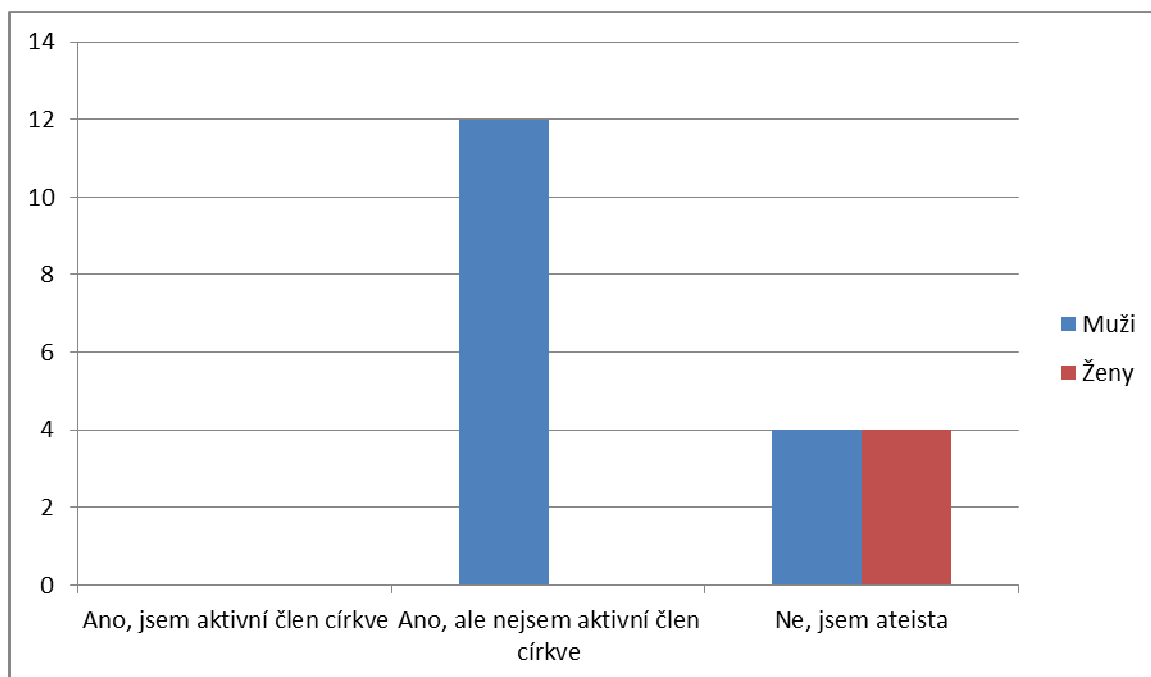
Obrázek 10: Počet léčeb v PL

Bohnicích



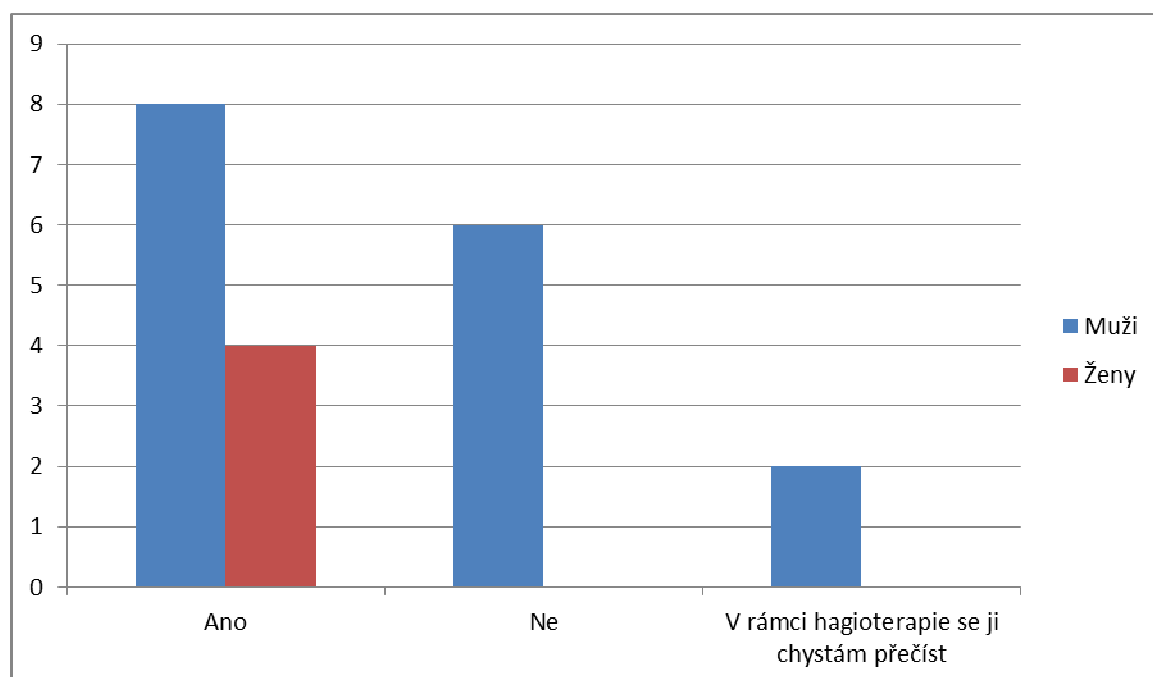
Otázka č. 7 měla odhalit, zdali hagioterapii, která je úzce spojena s vírou a náboženstvím, navštěvují lidé, kteří jsou aktivními členy nějaké církve či věřícími, ale nečleny církve nebo jsou ateisti. Nikdo z respondentů není aktivní člen církve, 12 mužů je věřících, ale nejsou členy církve. Ateisty jsou pouze 4 ženy a 4 muži.

Obrázek 11: Otázka ohledně víry a náboženství



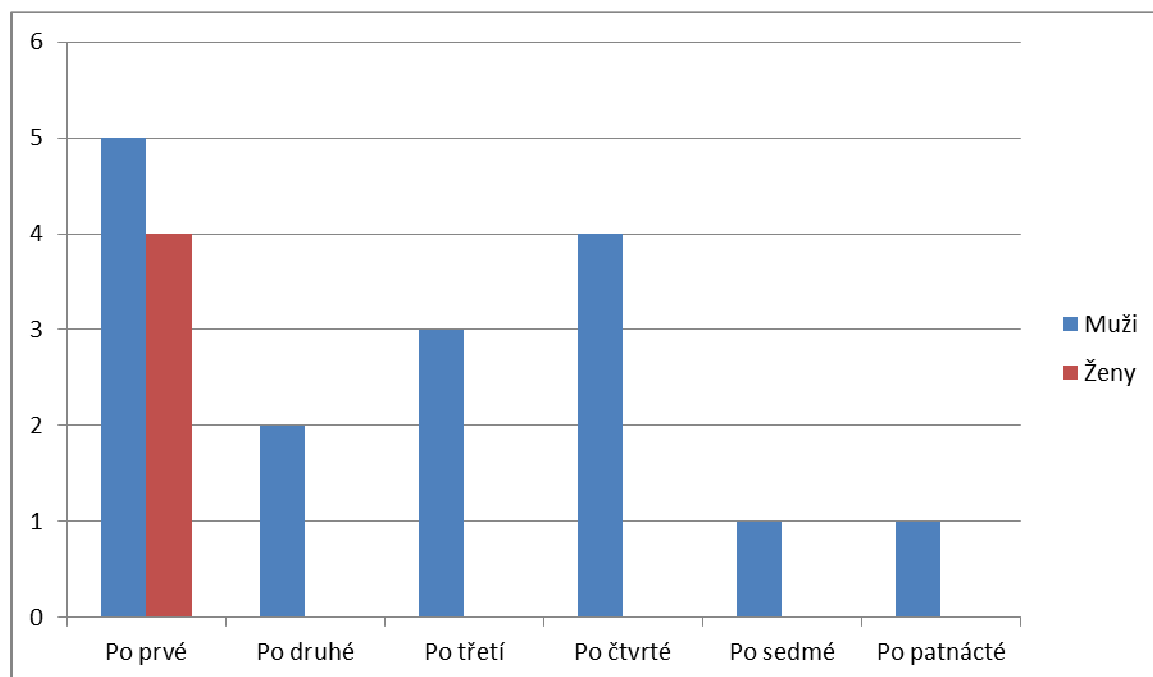
Vzhledem k tomu, že se Bible používá jako ústřední kniha při hagioterapii, zajímalo mě, kdo z respondentů si Bibli již přečetl nebo ho hagioterapie přiměla k tomu, že se ji chystá přečíst. Byla jsem překvapena, že v dnešní době převažuje počet těch, kdo si Bibli již přečetli. Kladně na tuto otázku odpovědělo 8 mužů a 4 ženy. Naproti tomu Bibli nečetlo 6 dotázaných mužů a díky docházení na hagioterapii si ji chtějí přečíst 2 muži.

Obrázek 12: Čtení Bible



Obrázek 13 nám ukazuje návštěvnost hagioterapie, která se koná jednou v týdnu v průběhu léčby dotazovaných pacientů. Zde je zajímavé, že 1 pacient uvedl, že hagioterapii navštívil již 15x. Z tohoto přehledu nelze určit, zdali je hagioterapie oblíbeným a často navštěvovaným léčebným programem, či nikoliv.

Obrázek 13: Účast na hagioterapii



IV. Diskuse

Cílem této bakalářské práce bylo zachytit a popsat proces hagioterapie a její společné prvky v prožívání klientů při hospitalizaci v psychiatrické léčbě v Bohnicích.

Výzkumný vzorek tvořilo 20 respondentů, z toho 16 mužů a 4 ženy. U tohoto výzkumného vzorku můžeme pouze předpokládat, že většina z nich by mohla být hospitalizovaná z důvodů závislosti na alkoholu, protože jich 5 odpovědělo, že ano. Bohužel jich 6 nevedlo žádný důvod. Zde můžeme spekulovat, zda šlo o špatně položenou otázku v dotazníku, nebo strach, ať už z jakéhokoliv důvodu. I když byli respondenti předem informováni o tom, že v případě nejasností jim otázky vysvětlím, objevil se stejný problém i u dalších dvou otázek. Stejný problém tedy pro respondenty představovala i otázka, která zjišťovala datum nástupu, a jedna ze stěžejních otázek pro tuto práci, která se ptala na srovnání hagioterapie s ostatními terapeutickými prvky léčby, jak moc je pro ně důležitá a proč. Lze tedy říci, že by bylo v případě dalšího vyplňování dotazníků vhodné použít ještě rozhovor s každým dotazovaným zvlášť, abychom dostali bohatší data, potřebné pro naši práci. Vzhledem k nedostatku času, který byl způsobem z hlediska specifického průběhu hagioterapie v daném zařízení, tak nebylo možné využít prvotní kvalitativní výzkum a získat tak dostatečně reprezentativní soubor dat.

Dalším důvodem pro nevyplnění některých otázek může být nedostačující čas, který respondenti na vyplnění měli. Respondenty mohl ovlivnit fakt, že se musí po hagioterapii přesunout do svých pavilonů na další program léčby a nemohou se tudíž dostatečně zabývat předloženým dotazníkem a řádně jej tak vyplnit.

Na vzorku respondentů se ukázalo, že mé výsledky korespondují s výsledky českého statistického úřadu, že z celkového počtu 3,3 milionu občanů hlásících se k církvi či k víře je jen 32,1 %. Český statistický úřad dále uvádí, že v případě náboženského vyznání stále platí, že religiozita žen je výrazně vyšší než mužů. Z mého výzkumu je patrné, že je tomu naopak. Všechny 4 ženy uvedly, že jsou ateistky, a tudíž nejsou věřící a ani členky žádné církve (ČSÚ, 2001).

Hagioterapie se zabývá nejen smyslem života, ale i jeho dalšími hlubšími hodnotami. Každý z nás je nucen v životě řešit vinu či nevinu, utrpení, dobro, zlo,

smrt, smysl a význam života a hagioterapie k tomuto pochopení vkládá do rukou bibli, která je jako projektivní zrcadlo vlastních pohledů na život a jeho smysl. Příběh z pohledu klienta může řešit analogickou situaci, v níž se sám nachází a nabízet mu nový pohled na sebe sama a alternativy řešení.

Při čtení Bible, která je ústřední knihou při hagioterapii, často býváme udiveni tím, jak velké množství všelijakých příkazů a zákazů tam je – nejen těch základních (např. typu Desatera), ale i velice detailních, např. o mytí rukou, o tom, zda se mohou vést hloupé a dvojsmyslné řeči (Ef 5,4) atp. Hovoří se tam však i o vině a odpuštění. Je tam dokonce v této souvislosti i řeč o smiřování! Není se co divit. Zasahují přece do stěžejního tématu křesťanského poselství světu. Vina a odpuštění musí patřit k sobě. Odpuštění bez viny nezná nikdo, je to nesmysl. Ale vinu bez odpuštění potkáme často. Je to stav, kdy ten, kdo ublížil, i ten, komu bylo ublíženo, žijí v něčem, co otravuje život, co nedovoluje prožít radost, co člověka zaměstnává v myslí a ničí vztahy.

Z výzkumu je patrné, že skupinová setkání jsou velmi oblíbená a po počáteční nedůvěře můžeme pozorovat nárůst touhy po zaobírání se vyššími hodnotově morálními, případně náboženskými podněty. Pacienti si na příbězích z Bible, které jsou velmi dobře vybrány, tak aby si jejich prostřednictvím u vědomí, kde ve svém životě udělali chybu a že to chtějí změnit. V průběhu terapie se však ukazuje, že lidé většinou velmi dobře vědí, co je vhodné a dobré, a nejlepší pomocí ke zdravému jednání a poučení v oblasti znalosti morálky. Potřebují ovšem posílit svou schopnost, aby se svobodně rozhodovali a jednali ve svém životě.

Hagioterapie je v tomto jedinečná, protože z psychologického hlediska, je terapeutická skupina inspirována biblickými příběhy, ve kterých se objevují morální konflikty a životní postoje. Zaměřuje se na zpracování názorů a postojů. Očekává se, že se každý účastník k tématům vyjádří, a to konkrétně a ze své osobní zkušenosti, že promluví o svých zážitcích a pocitech. Oceňuje se vysoce upřímnost, přímočarost a schopnost být „sám sebou“ v nejlepší slova smyslu, každá neupřímnost se „trestá“. To se týká nejenom klientů, ale i terapeutů.

V. Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala jednou z biblioterapeutických metod, hagioterapií. Hagioterapie, jak je praktikována v PL Bohnice, je zaměřena zejména na léčbu výše zmiňované závislosti na alkoholu. Okrajově se dotýká i návykových látek a patologického hráčství. Bible, kterou hagioterapie používá jako prostředku terapie, je užívána jako zrcadlo odkrývající vnitřní svět pacientů. Pestrost, variabilita a zároveň duchovní hloubka a moudrost biblických příběhů je zřejmá.

Příští výzkum na toto téma by měl být proveden na větším vzorku, který by měl být složen z respondentů z obou hagioterapeutických skupin, a to jak mužů, tak žen. Pro větší vzorek respondentů z řad žen.

V samotném dotazníku by měla být upravena otázka číslo 4, tak aby respondenti věděli, že mají napsat přesný název návykové látky, se kterou se zde léčí. Výsledky této bakalářské práce by mohly sloužit jako podklady pro další podobné studie, které budou sledovat vliv hagioterapie v léčbě závislostí.

Dle mého názoru by se měla hagioterapie stát nedílnou součástí v léčbě závislostních poruch a měl by na ni být kladen větší důraz. Je to jiný druh léčebné terapie, který je vhodný pro přesnější strukturování a verbalizaci problému, pro aktivizaci a zvýšení motivace ke změně, pro zvyšování realistického uvědomění sebe i svého okolí.

Po vyhodnocení výzkumu se mi podařilo zjistit, že hagioterapie je mezi dotázanými respondenty příjemným zpestřením jejich léčby. Je to terapie, kde se pacienti nemusí bát říci svůj názor a mohou mluvit otevřeně. Dále jsem zjistila, že díky ní vidí jistý posun ve svém léčení a je pro ně z tohoto důvodu důležitá a často navštěvovaná.

VI. Použitá literatura

1. Bruchová, H. (1997). *Základy psychoterapie*. Triton. Praha.
2. ČSÚ (2001). *Náboženské vyznání obyvatelstva České republiky*. Český statistický úřad. Retrieved June 27, 2013, from http://www.czso.cz/csu/tz.nsf/i/nabozenske_vyznani_obyvatelstva_ceske
3. Dočkal, J. (2000). *Člověk a drogy*. Praha: Éthum.
4. Frankl, V. E. (2007). *Psychoterapie a náboženství – Hledání nejvyššího smyslu*. Brno: Cesta.
5. Frielingsdorf, K. (1995). *Falešné představy o Bohu*. Karmelitánské nakladatelství: Kostelní Vydří.
6. Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
7. Heller, J., & Pecinová, O. (1996). *Závislost známá a neznámá*. Praha: Grada.
8. Holm, N. G. (1998). *Úvod do psychologie náboženství*. Praha: Portál.
9. Jung, C. G. (1935/1993). *Analytická psychologie*. Praha: Academia.
10. Kalina, K. (2003). *Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog*. Kapitola 1/8 – strana 78 - 80. *Drogy a drogové závislosti 1 – Mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky.
11. Kalina, K. (2003). *Rozšiřování terapeutických možností*. Kapitola 7/3, s. 103-109. *Drogy a drogové závislosti 2 – Mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky.
12. Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
13. Kantor, J. Lipský, M., Weber, J. (2009). *Základy Muzikoterapie*. Praha: Grada.
14. Kaufman, E. Dostupné na: www.plbohnice.cz/nedor
15. Kohoutek, R. (2008). *Psychologie duševního vývoje*. Brno: MZLU.
16. Kratochvíl, S. (1997). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
17. Kruszewsky, T. (2008). *Biblioterapie – léčba četbou*. Čtenář: měsíčník pro knihovny [online]. roč. sv. 60 [cit. 2013-04-28].
18. Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie nemoci*. Praha: Portál.

19. Kudrle, S. (2003). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. Kapitola 2/1 – strana 91-93. In: Kalina, K. et al. Drogy a drogové závislosti 1 – Mezioborový přístup. Úřad vlády České republiky.
20. Kudrle, S. (2003). Psychopatologie závislosti a kodependence. Kapitola 2/3 – strana 107-109. In: Kalina, K. et al. Drogy a drogové závislosti 1 – Mezioborový přístup. Úřad vlády České republiky.
21. Machalová, J. Hagioterapie. *Inflow.cz* [online]. 2008, 6, [cit. 2013-03-05]. Dostupný z WWW: <http://inflow.cz/files/inflowpriloha/Priloha6_2008.pdf>.
22. Nešpor, K. (2004). Jak překonat problémy s alkoholem. Praha: Sportpropag.
23. Nešpor, K. (2004). Příručka pro život v 21. století. Praha: Sportpropag.
24. Nešpor, K. (2000). Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. Praha: Portál.
25. Nešpor, K., & Müllerová M. (1997). Jak přestat brát (drogy): svépomocná příručka. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
26. Nešpor, K. (2011). Jak překonat hazard. Praha: Portál.
27. Peschke, K. H. (2004). Křesťanská etika. Praha: Vyšehrad.
28. Presl, J. (2005). Drogová závislost. Může být ohroženo i Vaše dítě. Praha: Maxdorf.
29. Pokorný, V. et al. (2000). Patologické závislosti. Brno: Prevence.
30. Popov, P. (2003). Alkohol. Kapitola 3/1 – strana 151-153. In: Kalina, K. et al. Drogy a drogové závislosti 1 – Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky.
31. Remeš, P. (2006). Víra – ateismus- vliv na duševní zdraví. In: M. Kitta (ed): Český ateismus. Benešov: Eman a Spolek evangelických kazatelů, s. 83-86.
32. Remeš, P. (1998). *Hagioterapie – nový směr psychoterapie*. Česká a slovenská psychoterapie, roč. 4, s. 206-210.
33. Remeš, P. (2000). *Bible a psychoterapie*. Psychologie Dnes, roč. 2, č. 2., s. 22-23.
34. Říčan, P. (2007). Psychologie náboženství a spirituality. Praha: Portál.
35. Říčan, P. (2002). Psychologie náboženství. Praha: Portál.

36. Schovanková, L. (2006). Hagioterapie pro ženy v krizových situacích: se zaměřením na léčbu alkoholové závislosti v Psychiatrické léčebně Bohnice: diplomová práce. [online]. Brno: Masarykova univerzita. Retrieved June 27, 2013, from http://is.muni.cz/th/64718/ff_m/diplomova_prace.doc
37. Schneider, U., Kroemer-Olbrisch, T., Wedegärtner, F., Cimander, K. F., & Wetterling, T. (2004). Wishes and Expectations of Alcoholic Patients Concerning Their Therapy. *Alcohol and Alcoholism*, 39(2), 141-145.
38. Skála, J. (1988). ...až na dno? Praha: Naše vojsko.
39. Smolík, P. (2002). Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika. Praha: Maxdorf.
40. Šišková-Fabrice, J. (2008). Základy Arteterapie. Praha: Portál.
41. Šatavová, J. Hagioterapie. *Inflow.cz* [online]. 2008, 6, [cit. 2013-03-05]. Dostupný z WWW: <http://inflow.cz/files/inflowpriloha/Priloha6_2008.pdf>.
42. Valenta, M., Michalik, J., Lečbych et al. (2012). Mentální postižení. Praha: Grada.
43. Valenta, M. (2011). Dramaterapie. Praha: Grada.
44. Valašová, E. Hagioterapie. *Inflow.cz* [online]. 2008, 6, [cit. 2013-03-05]. Dostupný z WWW: <http://inflow.cz/files/inflowpriloha/Priloha6_2008.pdf>.
45. Vymětal, J. (2010). Úvod do psychoterapie. Praha: Grada.

VII. Přílohy

Příloha č. 1: Výzkumný dotazník

Dotazník k bakalářské práci

„Přínos hagioterapie v léčbě závislostí očima klientů“

Jmenuji se Magdalena Česneková a chtěla bych Vás vyplněním tohoto dotazníku požádat o pomoc při zpracování mé bakalářské práce v oboru adiktologie na 1. LF UK. Doufám, že mi pomůžete při objasňování významu hagioterapie v ústavní léčbě. Dotazník je anonymní a jeho vyplnění Vám zabere cca 10 minut. Dotazníky budou použity pouze pro potřeby bakalářské práce a nikdo kromě mě do nich nebude nahlížet. Upřímným a pravdivým vyplněním mi velmi pomůžete. Děkuji.

1. Jaké je Vaše pohlaví, jste:

a) muž

b) žena

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

a) základní

b) střední odborné bez maturity

c) střední odborné s maturitou

d) vyšší odborné

e) vysokoškolské

f) postgraduální

3. Jaký je Váš věk?

- a) 18–26
- b) 27–35
- c) 36–44
- d) 44–53
- e) 54a více let

4. Diagnóza Vaší hospitalizace (diagnóza Vaší závislosti – návykové látky, patologické hráčství, duální diagnóza)

5. Jste hospitalizován/a pro tuto diagnózu:

- a) poprvé
- b) opakovaně (zde uveďte i jejich přesný počet).....

6. Datum nástupu Vaši současné hospitalizace:

7. Jste věřící?

- a) ano, jsem aktivním členem církve
- b) ano, ale nejsem aktivním členem církve
- c) ne, jsem ateista

8. Četli jste někdy Bibli?

- a) ano
- b) ne

c) v rámci hagioterapie se ji chystám přečíst

9. Na hagioterapii jste dnes:

a) poprvé

b) po kolikáté.....(doplňte)

10. Popište:

a) Jaká situace (příběh, téma) Vás při dnešním tématu sezení nejvíce upoutala?

b) Co pro Vás konkrétně tato situace znamená, co si z ní odnášíte?

c) Jak jste se v té situaci cítil/a?

d) Jak se cítíte právě teď při vzpomínce na onu situaci?

11. Pozorujete proti dřívější době (kdy jste se neléčil/a) změnu:

(ohodnoťte podle čísel: 1 zhoršení, 2 beze změny, 3 zlepšení)

schopnost koncentrace:

sebepoznání:

sebejistota:

motivace k abstinenci:

vyrovnanost:

12. Posiluje hagioterapie Vaše rozhodnutí abstinovat? Jak si to vysvětľujete?

13. Když srovnáte hagioterapii s ostatními terapeutickými prvky léčby, jak moc je pro Vás důležitá a proč?

Příloha č. 2: Obrazová příloha

Seznam vyobrazení:

obr. 1 – Psychiatrická léčebna Bohnice

obr. 2,3 – Kostel sv. Václava, areál Psychiatrické léčebny Bohnice

obr. 4 – Terapeutická místnost

obr. 5 – Symboly hagioterapie – Bible, meč a perly

obr. 1





obr. 2 a 3

obr. 4



obr. 5



Příloha č. 3: Seznam biblických příběhů čtených na hagioterapeutických sezeních

Starý zákon

Genesis

1. Stvoření člověka a jeho pád (Gn 2,15-3,7)
2. Pád člověka a vyhnání z ráje (Gn 3,1-24)
3. Kain a Ábel, stavba babylónské věže (Gn 4,1-16 + 11,1-9)
4. Potopa světa (Gn 6,9-22 + 7,11-8,4)
5. Záchrana Lota (Gn 19,1-29)
6. Abraham, Hagar, Izmael a Izák (Gn 21,1-21 + 22,2-19)
7. Josef a jeho bratři (Gn 37,2-36)
8. Josef a Potífarova žena (Gn 39,1-23)

Exodus

1. Utrpení Izraele v Egyptě, Narození a příprava Mojžíše (Ex 1,15-2,21)
2. Přejít Rudým mořem (Ex 14,1-31)

Jozue

1. Vyslání zvědě, Pád Jericha (Joz 2,1-24 + 6,21-27)

Soudců

1. Soudce Gedeón (Sd 6,11-32)
2. Samsonova svatba, Samsonův boj (Sd 14,1-15,6)
3. Samsonův pád a triumf (Sd 16,4-31)

1. Samuelova

4. Povolání Saula za krále a boj s Amónovci (1 S 10,17-11,13)
5. Saul v Én-dóru a Saulova smrt (1 S 28,4-25)

2. Samuelova

6. David a Bat-šeba (2 S 11,21-27)
7. David, Nátan a trest za hřích s Bat-šebou (2 S 12,1-25)
8. Amnón a Támar, Abšalómova pomsta (2 S 13,1-33)

1. Královská

9. Nábotova vinice a smrt krále Achaba (1 Kr 20,1-20 + 22,29-38)
10. Naamonovo malomocenství, Elíša a Géchazí (1 Kr 5,1-27)

Jób

11. Bohabojný Jób, vystavení zkouškám, utrpení Jóba (Jb 1,6-2,13)

Jonáš

12. Jonáš a velryba (Jon 1,1-2,11)

13. Jonáš, Ninive, skočec a Hospodin (Jon 3,1-4,11)

Júdit

14. Judit a Holofernés (Judit 7,20-31 + 12,10-13,10)

Daniel

15. Daniel a krásná Zuzana (Da 13,1-64)

16. Daniel v jámě lvové (Da 14,3-42)

Nový zákon

Matouš

17. Narození Ježíše a mágové od východu (Mt 1,18-2,23)

18. Jan Křtitel a pokušení na poušti (Mt 3,1-4,11)

Marek

19. Utišení bouře a uzdravení posedlých Neraze (Mk 4,35-5,20)

20. Smrt Jana Křtitele (Mk 6,14-29)

Lukáš

21. Předpověď narození Jana Křtitele a Ježíše a jejich narození (L 1,5-45 + 57-66)

22. Ježíš a hříšnice v domě farizejů, farizeus a celník (L 7,38-50 + 18,9-14)

Jan

23. Uzdravení slepého (J 9,1-41)

24. Vzkříšení Lazara (J 11,1-44)

25. Mytí nohou, zrada apoštola Petra a Jidáše (J 13,1-11 + 18,1-27 + Mt 27,1-5)

26. Ježíš před Pilátem (J 18,28-19,16)

27. Ukřižování a Ježíšova smrt (J 19,17-42)

28. Prázdny hrob, Marie Magdalská a apoštol Tomáš (J 20,1-29)

29. Zjevení v Galileji (J 21,1-23)

Skutky apoštolské

30. Petr a Jan před radou, znamení a divy, pronásledování církve (Sk 4,32-5,11 + 8,26-40)

31. Obrácení Saula (Sk 9,1-30)

32. Herodovo pronásledování (Sk 12,1-24)

33. Pavlovy misijní cesty (Sk 16,6-40)

