

**Univerzita Karlova  
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví  
Studijní obor: Adiktologie



**Iveta Miklasová**

Hagioterapie a její přínos z pohledu žen, které absolvovaly  
ústavní léčbu závislosti na alkoholu v Psychiatrické  
nemocnici Bohnice a nyní abstinují

Hagiotherapy and its benefits from the point of view of  
women who underwent alcohol addiction treatment in the  
Psychiatric Hospital Bohnice and are now abstaining

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. et Mgr. Prokop REMEŠ

Praha, 2018

## **Prohlášení**

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

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

V Praze, 11.10. 2018

Iveta Miklasová

## **Identifikační záznam**

Miklasová, Iveta. (2018). *Hagioterapie a její přínos z pohledu žen, které absolvovaly ústavní léčbu závislosti na alkoholu v Psychiatrické nemocnici Bohnice a nyní abstinují*. Praha, 2018. Počet stran 45, 1 příloha. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce MUDr. et Mgr. Prokop Remeš.

## **Poděkování**

Děkuji vedoucímu mé bakalářské práce MUDr. et Mgr. Prokopu Remešovi za vstřícný přístup, profesionální vedení při psaní práce a za cenné odborné rady a poznámky, bez nichž by tato práce nevznikla. Dále děkuji své rodině, partnerovi a přátelům, kteří mě při psaní práce podporovali.

## **ABSTRAKT:**

Tématem mé práce je hagioterapie a její přínos z pohledu žen, které absolvovaly ústavní léčbu závislosti na alkoholu v PN Bohnice a nyní abstinují. Hagioterapie je psychoterapeutická metoda, jejíž název je odvozen z řeckých slov „therapeia“ – péče, léčba, a „hagios“ – svatý, čistý, posvátný. Hagioterapie je formou biblioterapie, která používá Písmo svaté jako zrcadlo. Na rozdíl od běžné terapie slovem v rámci užívaných psychologických prostředků si v sobě nese také silný expresivní kontext, který plyne jak z paralel užitých biblických příběhů, ale i z osobnosti terapeuta nakládajícího s těmito příběhy a vhodně využívajícího situační rituály.

Cílem mé práce je zmapovat, jaký přínos může mít hagioterapie pro ženy závislé na alkoholu v procesu ústavní léčby, a zjistit, jestli hagioterapii reflektují jako přínosnou a efektivní i pro jejich život v abstinenci.

V teoretické části mé práci nejprve čtenářům objasňuji některé základní pojmy související se vnikem závislosti a její léčbou. Dále se práce zabývá terapeutickými metodami v léčbě závislosti na alkoholu a v neposlední řadě pak hagioterapií, která vychází z existenciálních směrů, a která má v terapeutickém procesu léčby žen závislých na alkoholu v PN Bohnice své místo a uplatnění již čtvrt století.

Praktická část popisuje proces samotného výzkumu. Jedná se o kvalitativní výzkum, založený na polostrukturovaných rozhovorech, výsledky jsou zpracovány metodou otevřeného kódování. Výše zmíněnou cestou byly získány tyto kategorie: 1. Hagioterapie versus jiné terapie v průběhu léčby; 2. Účinné faktory hagioterapie; 3. Přínos hagioterapie pro život v abstinenci. Rozhovory jsem zrealizovala v období říjen 2017 - květen 2018 s osmi ženami, které absolvovaly léčbu závislosti na alkoholu v Psychiatrické nemocnici Bohnice, a jejichž vyjádření názorů a pocitů považuji za relevantní. Všechny respondentky byly před rozhovory informovány o anonymitě a účelu dotazování.

Výzkumná část potvrzuje, že hagioterapie je přínosnou metodou v celkovém procesu, který probíhá v rámci léčby závislosti, tedy jak v ústavní léčbě, tak následně i v běžném životě po léčbě. Je možné konstatovat, že tuto metodu lze považovat za nástroj, který prostřednictvím sdíleného biblického příběhu může pomoci strukturovat a verbalizovat nejen aktuální problém, ale také jeho kořeny a případná řešení, což může mít podpůrný účinek k motivaci pro život v abstinenci po ukončení léčby.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Hagioterapie, alkohol, léčba závislosti, ženy, abstinence

## **ABSTRACT:**

The topic of my bachelor thesis is Hagiotherapy and its benefits regarded by women who underwent institutional alcohol addiction treatment in Psychiatric hospital Bohnice and who abstain now. Hagiotherapy is a psychotherapeutic method, its name comes from Greek “therapeia” – care, treatment and “hagios” – saint, pure, holy. Hagiotherapy is a form of bibliotherapy which uses Holy Scripture as a mirror. Unlike the speech-based therapy ordinarily used among psychological means it carries a strong expressive context consisting in parallels from chosen biblical stories and the therapy is also based on the therapist himself who uses those stories and appropriate situational rituals.

The aim of my thesis is to find the possible benefits of hagiotherapy for alcohol addicted women during their institutional treatment and our aim is to determine whether the women consider the method beneficial and effective in relation to their life in abstinence.

In the theoretical part we first clarify some basic terms connected with addiction and its treatment. Then we treat therapeutic methods in alcohol addiction treatment, including hagiotherapy, which makes part of the process of treating alcohol addicted women in Psychiatric hospital Bohnice for a quarter century.

The practical part describes the research process. It is a qualitative study based on semi-structured interviews and the results are processed by the method of open coding. This way we obtained four categories: 1. Hagiotherapy vs. other therapies in the course of the treatment; 2. Effective factors of hagiotherapy; 3. The benefits of hagiotherapy for the life in abstinence. The interviews were performed in the period from October 2017 to May 2018 with eight women who underwent alcohol addiction treatment in Psychiatric hospital Bohnice and whose opinions and feelings we consider relevant. All respondents were prior to the interviews informed about anonymity and the purpose of the interviews.

The research part confirms that hagiotherapy is an important part of the complex process during addiction treatment, that is to say in institutional treatment and the everyday life afterwards. It is possible to say that this method can be considered an instrument which, by the means of a shared biblical story, can help structure and verbalize not only a current problem, but also its roots and possible solutions. This can have a supportive impact on motivation for a life in abstinence after completing the treatment.

## **KEYWORDS**

Hagiotherapy, alcohol, addiction treatment, women, abstinence

## OBSAH

ÚVOD .....	8
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	9
<b>1. Závislost</b> .....	9
1.1 Návyk a návyková látka .....	9
1.2 Alkohol a vznik závislosti .....	9
1.3 Specifika závislosti u žen .....	11
1.4 Léčba závislosti .....	12
1.5 Bio – psycho – sociálně – spirituální model závislosti .....	14
1.6 Abstinence, relaps a recidiva .....	14
<b>2. Terapeutické metody v léčbě závislosti</b> .....	16
2.1 Psychoterapie .....	16
2.2 Existenciální psychoterapie .....	17
2.3. Individuální psychoterapie .....	17
2.4 Skupinová psychoterapie .....	18
2.5 Psychoterapeutický vztah .....	18
2.6 Osobnost psychoterapeuta .....	19
2.7 Cíle psychoterapeutického působení .....	20
<b>3. Hagioterapie</b> .....	21
3.1. Principy hagioterapeutického působení .....	21
3.2 Hagioterapeutické skupiny v PN Bohnice .....	22
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	24
<b>4. Metodika výzkumu</b> .....	24
4.1 Zaměření výzkumu .....	24
4.2 Metody tvorby dat .....	24
4.2.1 Příklady konkrétních otázek .....	25
4.3 Výzkumný soubor.....	25
4.3.1 Techniky výzkumného souboru .....	25
4.3.2 Popis tvorby dat a výzkumného souboru .....	26
4.4 Metody analýzy dat .....	27
4.5 Etika výzkumu .....	27
<b>5. Výsledky výzkumu</b> .....	28
5.1 Hagioterapie versus jiné terapie v průběhu léčby .....	28
5.2 Účinné faktory hagioterapie .....	29
5.2.1 Terapeutické prostředí .....	29
5.2.2 Osobnost terapeuta .....	30
5.2.3 Bible a spirituální prožitky .....	31

5.2.4 Otevírání emocí .....	32
5.3 Přínos hagioterapie pro život v abstinenci .....	34
5.3.1 Sebereflexe a sebehodnocení .....	35
5.3.2 Motivace k abstinenci .....	36
5.3.3 Hodnoty, odpovědnost a doléčování .....	37
<b>6. Diskuze</b> .....	<b>40</b>
<b>7. Závěr</b> .....	<b>42</b>
<b>8. Použitá literatura</b> .....	<b>43</b>
<b>6. Přílohy</b> .....	<b>45</b>

# ÚVOD

*“Závislost je nevyléčitelná nemoc.  
Co se vyléčit dá, jsou rány, které nemoc ušetřila  
a duševní zranění, jež chorobnou závislost způsobila”  
Heinz-Peter Röhr*

Hagioterapie patří pod zastřešující pojem psychoterapie, ale na rozdíl od běžné terapie slovem si v sobě nese silný expresivní kontext, který plyne jednak z paralel biblických příběhů, ale rovněž z osobnosti terapeuta, nakládajícího s těmito příběhy a vhodně využívajícího situační rituály. Hagioterapie může být ve své expresivní dimenzi nositelkou silných spirituálních prožitků, které mohou přinést nečekaný a někdy i zcela zásadní terapeutický efekt.

Téma mé práce jsem si vybrala ze dvou důvodů. Věřím, že příběhy obsažené v Bibli mají významný přesah i do dnešních dnů, mají moc oslovovat trpící a strádající a pomáhat jim. Tím druhým důvodem je můj dlouhodobý zájem o hagioterapii. Oslovilo mne, jak je s touto metodou pracováno v rámci léčby závislosti v PN Bohnice. Ženy závislé na alkoholu procházejí během léčby a doléčování náročným obdobím, které pro ně představuje komplexní změnu životního stylu. Změny nastávají ve všech oblastech kvality života, ať už jde o duchovní přerod, či fyzické znovuzrození. V průběhu práce s tématem mi vyvstala otázka, zda je možné bez reálných sebereflexí získat náhled na problematiku závislosti a jejích kořenů. K předpokladu těchto možných souvislostí mne vedlo nejen studium literatury, ale měla jsem také možnost vycházet z praxe. V letech 2012 – 2017 jsem se účastnila hagioterapeutických skupin pro ženy, které se léčí se závislostí na alkoholu v PN Bohnice v aktivní roli koterapeuta pod vedením MUDr. et Mgr. Prokopa Remeše.

V mé práci nejprve čtenářům objasňuji některé základní pojmy související se závislostí a její léčbou v kontextu bio – psycho – sociálně – spirituálního modelu závislosti. Pozornost věnuji také psychoterapii a důležitosti psychoterapeutického vztahu, jehož tvůrcem je terapeut a jeho osobnost. Dále pak seznamuji čtenáře s hagioterapií, která má v terapeutickém procesu léčby žen závislých na alkoholu v PN Bohnice své místo a uplatnění již čtvrt století.

Cílem této práce není poskytnout podrobný rozbor alkoholové problematiky ani hledat východiska z tohoto onemocnění. Práce je zaměřena zejména na jednu z forem psychoterapie, která léčbu závislostí doprovází. Ve své práci se snažím přiblížit metodu hagioterapie a na základě poznatků z výzkumu odpovědět na otázku, jaký přínos měla hagioterapie pro ženy závislé na alkoholu v průběhu léčby závislosti v PN Bohnice a jak je tento typ terapie ovlivnil. Specifickým cílem této práce je zjistit, jaký přínos má tato metoda v jejích nynějším životě v abstinenci.



# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Závislost

### 1.1 Návyk a návyková látka

Návyk je možné považovat za proces, který vrcholí v reflexu, a jehož součástí je příjem informace, její automatické zpracování a následná reakce na informaci. Jak uvádí Hartl a Hartlová (2000, s. 343) „představuje návyk opakováním získaný sklon k vykonávání určitého úkonu, činnosti v dané situaci na daný podnět s tím, že se jedná o jednání v podstatě zautomatizované“.

Návykovou látkou se rozumí „alkohol, omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky způsobilé nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování“ (Trestní zákoník č. 40/2009, § 130). Návyková látka je chemická látka, po jejímž požití se mění u jedince stav vědomí, a která přes návyk může vyvolat závislost, kdy se tato látka stává již významnou a určující složkou života jedince (Nešpor, 2011). Návyková látka biochemicky ovlivňuje systém mozkové odměny a její opakovaný účinek vede k rozvoji závislosti. Návykový potenciál látky má výraz v rychlosti rozvoje závislosti a v dosažení jejího stupně (Kalina, 2015). Za návykovou látku je považována látka, která se stává spouštěčem pro návykové chování, a jejíž odírání vyvolává craving (bažení) a v případě nedosažitelnosti této látky se dostávají odvykací projevy (Nešpor, 2011).

V mé práci představuje návykovou látku alkohol, který z hlediska účinku patří mezi tlumivé látky. Pozornost člověka k pohotové reakci na změnu situace a schopnost soustředění se snižuje již při malém množství zkonsumovaného alkoholu. Tato látka tlumí vnímání bolesti, může vyvolat pocit euforie a uvolnění. Alkohol povzbuzuje sebevědomí, avšak na druhou stranu snižuje sebekritičnost a kontrolu. Při vyšších dávkách se mohou objevovat problémy s koordinací, řeč se postupně stává málo zřetelnou, dále se přidává ospalost, žaludeční nevolnosti a zvracení (Radimecký, 2007).

### 1.2 Alkohol a vnik závislosti

Jak uvádí Smolík (2002) alkohol představuje nejčastěji užívanou psychoaktivní látku v České republice. Soudě z vysoké spotřeby alkoholu ročně, která souvisí s počtem rizikových pijáků a lidí závislých na alkoholu, je počet těch, kteří mají problémy s alkoholem velmi vysoký (Skála, 1988). Závislost na alkoholu patří mezi nejrozšířenější typ závislosti v České republice. Počet lidí, kteří jsou závislí na alkoholu lze odhadovat na statisíce. Alarmující je také, nakolik stoupá počet žen závislých na alkoholu, které se dostávají do delirií a ohrožení života (Nešpor, 2011). Nebezpečí alkoholu je českou veřejností velmi podceňováno, alkohol často ani není za drogu považován, popřípadě jej lidé pokládají za méně nebezpečný ve srovnání s nelegálními drogami (Ganeri, 2001).

Závislost na alkoholu je nejrozšířenějším typem závislosti v České republice, neboť počet závislých na alkoholu převyšuje počet závislých na jiných drogách (Matoušek, 2003). Podle odhadů je počet pijáků a závislých na alkoholu minimálně desetkrát vyšší, než je celkový počet všech problémových uživatelů nelegálních drog v České republice (Popov, 2008).

Závislost z nejšířšího hlediska je *“stav, v němž se člověk není schopen obejít bez určité látky nebo činnosti. Má obvykle jak stránku fyzickou, tak psychickou a sociální”* (Matoušek, 2003, s. 270). Závislost je fenomén, který je vlastní veškeré fauně. Ve své práci se zabývám závislostí lidí, a pokud ji budu zmiňovat, tak o ní budu vždy uvažovat jako o patologickém fenoménu. Neexistuje nic, na čem by nebylo možno si vytvořit závislost. Závislost nezávisí na životní úrovni, stupni vývoje nebo kultuře jedince nebo společnosti, byť životní úroveň, socio – kulturní úroveň nebo příslušnost ke skupině může vytvářet příhodné a podpůrné podmínky pro vznik patologické závislosti. Pokorný, Telcová a Tomko (2002, s. 13) ji definují takto: *„Patologickou závislostí je míněna každá i původně užitečná resp. prospěšná závislost, jejímž důsledkem je utrpení (fyzické i duševní) jedince a jeho sociálního okolí, resp., v jejímž důsledku dochází ke snížení a ochuzení kvality života závislostí postiženého jedince či osob v jeho okolí a zprostředkovaně pak celého společenství.“*

Problém chorobné závislosti lze nalézt ve všech společenských vrstvách. Některé skupiny pak mohou být ohroženy silněji. Mohou k nim patřit nejen ti, kdo jsou na spodní příčce škály společenského uznání, ale také úspěšní a výkonní lidé. U závislosti nezáleží na inteligenci a může ohrozit každého (Röhr, 2015).

Jak uvádí Kalina (2015, s. 192-193) je definitivní stanovení diagnózy závislosti podle MKN – 10 možné pouze tehdy, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- *„Silná touha nebo pocit puzení užívat látku,*
- *potíže v kontrole při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky,*
- *somatický 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 zeslabit nebo odstranit odvykací příznaky,*
- *průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by uživatele bez tolerance zneschopnilo nebo i usmrtilo),*
- *postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a věnování zvýšeného množství času k získání nebo užívání*

*látky, nebo k zotavení se z jejího účinku;*

- *pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: například poškození jater nadměrným pitím, depresivní stavy vyplývající z nadměrného užívání látek nebo toxické poškození myšlení.“*

Existuje řada teorií, které se pokoušejí vysvětlit vznik a vývoj závislosti. Zprávy NIDA (Národní institut pro drogy a alkohol, USA) jich uvádějí více než čtyři sta (Řehan, 2007). Zkoumán byl také vliv vrozených rysů osobnosti, přičemž bylo zjištěno, že neexistuje nějaký specifický rys předurčující člověka k závislosti na alkoholu. Jak uvádí Skála (1988, s. 39) „*Nikdo není předurčen k tomu, aby se stal závislým na alkoholu, ale nikdo také nemá předem jistotu, že se jím nestane*“.

E. M. Jellinek v polovině 20. století vyslovil prognózu, že jednou bude objeven jistý faktor X, který podá vysvětlení závislosti (Jellinek, 1960). Ovšem dnes se adiktologové přiklánějí spíše k názoru, že faktorů ovlivňujících vznik závislosti může být více. Vznik závislosti je ovlivněn mnoha faktory, somatickými i psychickými vlastnostmi jedince a současně i vlivy vnějšího prostředí, především sociálního (Vágnerová, 2004).

Podle Csikszentmihalyiho (1996) může vznik závislosti souviset s prožitkem. Jestliže člověk není schopen vyhovět svým požadavkům, může si jako formu úniku vybrat něco neškodného nebo si jako formu úniku z reality zvolí právě alkohol. Je to tím, že některé prožitky nejsou v normálním životě dostupné, a tak si je hledáme mimo normální „morální“ život. Csikszentmihalyi (1996) ale také podotýká, že v podstatě každá aktivita přinášející radost se může stát návykovou v tom smyslu, že se pro nás stává postupně nutností, která nám překáží v jiných činnostech.

Mezi důležité rizikové faktory vzniku závislosti také patří přítomnost jiné psychické poruchy či nemoci, např. schizofrenie, deprese, úzkostné poruchy nebo poruchy osobnosti, které výrazněji zvyšují generalizované pocity nepohody, a zároveň vylučují mechanismy autoregulace. V tomto případě se hovoří o sekundárním alkoholismu (Vágnerová, 2004).

### **1.3 Specifika závislosti u žen**

Emancipace a postupné přibližování životního stylu mužů a žen v uplynulých letech přinesla kromě mnohých výhod také svá úskalí. Dlouhodobý trend poměru počtu závislých mužů k závislým ženám na území České republiky má bohužel výrazně zužující se charakter. Příčnou stoupající tendence může být i ta skutečnost, že dnešní ženy mají k alkoholu blíže, než tomu bylo dříve (Nechanská, 2013).

Důležitou roli při vzniku závislosti u žen mohou také hrát životní události či aktuální krize. Rozvod, ztráta či úmrtí partnera nebo rodičů, ale také známý „syndrom prázdného hnízda“ jsou nejčastějšími příčinami vzniku závislosti u žen, a to nejběžněji na alkoholu nebo na psychofarmakách (Skála, 1987). Jak uvádí Sobotková (2001), pro nadměrnou

konzumaci alkoholu žen mohou být typické také emoční důvody, například pocity nespokojenosti s vlastním prožíváním. Millerová (2005) uvádí následující možné příčiny vzniku alkoholové závislosti u žen:

- U závislých žen je pravděpodobnější, že alkohol užívají proto, aby byly schopny vyrovnat se s negativními emocemi.
- Ženy užívají alkohol jako prostředek samoléčby.
- Mnohé z žen, jež jsou problémovými uživatelkami alkoholu, byly někdy v minulosti vystaveny sexuálnímu zneužívání.
- Ženy bývají přehnaně zodpovědné, mají pocit, že jsou průvodkyněmi problémů, které způsobili jiní, popírají své potřeby a „zvnitřňují“ bolest.

Velmi důležité jsou ale i společenské faktory. U žen se mnohem častěji vyskytuje pití o samotě, což je zapříčiněno tím, že ženy více hledí na to, jak vypadají a působí na své okolí, které závislost žen na alkoholu a jiných návykových látkách odsuzuje více než u mužů, a tak ženy své pití více tají (Nešpor, 2011).

Ühlinger a Tschui (2009) uvádějí, že u žen, závislých na alkoholu, mohou být příčiny vzniku závislosti také v dávné minulosti. Odpovědi je možné vidět v náročném dětství a problematických vztazích s rodiči. Alkoholismus je pak opakujícím se jevem v alkoholové rodině nebo reakcí na dětství pod tíhou rodičovských pochybení. Zmíněný opakující se jev se pak dále může promítat i do komplikovaného partnerství.

## **1.4 Léčba závislosti**

V současné době je v České republice léčení závislostí zajišťováno širokou škálou mezioborových služeb, které podle typu rozlišujeme na ambulantní a rezidenční (ústavní, pobytová) a podle délky na krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou (Kalina, 2015). Rezidenční léčba snoubí dohromady více postupů, a proto bývá intenzivnější (Nešpor, 2006). Důležitou roli při ústavní léčbě hraje strukturovaný program s pravidly, prostředím, společenstvím, psychoterapie, volnočasové aktivity, pracovní terapie, edukace a také propustky, které jsou konzultovány a kontrolovány. Dodržování řádu sebou nese určité výhody či sankce (Dvořáček, In: Kalina, 2003).

Léčba závislosti je dlouhodobý proces. 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. Jedním z hlavních cílů léčby je změna životního stylu klienta, jehož součástí je hlavně abstinence od návykových látek. Další možné cíle léčby jsou následující:

- uvědomění si vedlejších problémů, které jsou spojeny se závislostí;
- přijetí a uznání závislosti jako svého problému;

- Mnohé z žen, jež jsou problémovými uživatelkami alkoholu, byly někdy v minulosti vystaveny sexuálnímu zneužívání.
- řešení důsledků vzniklých během závislosti;
- přetvoření motivace – z vnější motivace na vnitřní, kladně vyjádřenou;
- přijetí a uznání závislosti jako svého problému;
- rozeznání rizik relapsu a nalezení řešení jak tyto rizika minimalizovat;
- změna sebezpojetí a zlepšení prožívání (Kalina, 2003).

Jedinec závislý na alkoholu tedy potřebuje během léčby především znovu získat kontrolu nad svým životem a být za něj plně odpovědný. Během léčby se musí znovu učit jak žít bez alkoholu, jak žít odpovědně a svobodně. Během léčby by se měl naučit vnímat své emoce a pocity, učit se je adekvátně vyjadřovat, začít vnímat a rozpoznávat své opravdové potřeby a vhodným způsobem je uspokojovat. Léčba by mu měla pomoci získat náhled na svou situaci, nalézt si své místo ve společnosti, naučit se vytvářet zdravé mezilidské vztahy a najít nový smysl života (Kalina, 2008).

Závislost je chronické a recidivující onemocnění, a tak i její léčení je často dlouhodobým a opakujícím se procesem. Kalina (2003) v tomto smyslu pojednává o léčebném kontinuu, kterému se dostává své účinnosti ve třech základních složkách:

1. poradenství před nástupem léčby,
2. léčba,
3. následná péče.

Navazující následná péče je pak důležitá zejména pro udržení léčebného efektu, snížení rizika relapsu a integraci klienta do sociálního prostředí. Život v abstinenci pro jedince znamená začátek nového života, který přináší spoustu pozitiv v porovnání se životem v závislosti, ale také problémů, které si tyto lidé mohou nést z období svého předchozího života. Změna myšlení, dovednosti zvládání rizikových situací a stabilizace životního stylu jsou tři pilíře, které tvoří základní kostru všech aktivit v doléčování. Jedná se o základní stavební kámen, na kterém je jedinec schopen postavit principy a vnitřní nastavení pro spokojený život (Kalina, 2008). Samotní pacienti očekávají od léčby osvobození se od závislosti alkoholu, lepší sebeuvědomění, posílení sebehodnocení a získání dovednosti předcházet a zvládat relapsy (Schneider et al., 2005).

## **1.5 Bio – psycho – sociálně – spirituální model závislosti**

Jelikož zatím nebyly prokázány predispozice pro vznik závislosti, jsou příčiny vzniku závislosti komplexní. U někoho se projeví závislost v důsledku psychologických problémů, u někoho může být způsobena genetickými vlivy či vlivem sociokulturního prostředí. Nejčastěji je však příčina vzniku závislosti multifaktoriální. U závislého člověka dochází

k vytváření psychofyziologických stavů, které jsou ve své podstatě nevědomé a nedobrovolné. Tím, že žijeme ve světě vztahu protikladů, je třeba se při hledání kořenů závislosti zabývat také podstatou těchto životních dilemat. Zde lze pak obvykle nalézt hlubší lidské motivace a potřeby:

1. *„Potřebu vyhnout se bolesti, či nalézt zklidnění, ulevit si od bolesti fyzické i duševní na individuální či na kolektivní úrovni. Patří sem i bolest z prožívané nudy, z neuspokojení, bolest z pocitů odlišnosti od druhých, z nízkého sebehodnocení;*
2. *potřebu cítit se energický, výkonný, kompetentní, bezproblémový, zbavit se vnitřních zábran, dosáhnout euforie a radosti;*
3. *potřebu transcendence utrpení v zážitku splynutí nebo sebe překročení, jednoty se sebou samým a s druhými, jednoty s Bohem a podobně“* (Kudrle, In: Kalina, 2008).

Léčba závislosti by měla být komplexní co do metod a přístupů a vycházet vstříc potřebám pacientů. Kromě detoxifikace a farmakoterapie musí zahrnovat rovněž tzv. psychosociální terapie. Jednotlivé metody by měly být vzájemně provázané, což je možné realizovat pouze prostřednictvím týmové práce. Léčebné úsilí se neomezuje jen na jedince, ale zaměřuje se také na jeho rodinu, přičemž se využívá i nemedicínských přístupů, například reedukace, resocializace, právního poradenství a podobně. *„Pokud má léčba přesáhnout za pouhou stabilizaci abusu návykových látek, tzn. aspirovat na komplexní úzdravu jedince, pak musí obsahovat nástroje, metodiky, techniky, které působí na všech čtyřech úrovních“* (Kudrle, In: Kalina, 2008, str. 12).

## **1.6 Abstinence, relaps a recidiva**

Alkoholismus je považován za chronické onemocnění s výraznou tendencí k recidivě. Nejlepším lékem na alkoholismus je úplná abstinence (Nešpor, 2006). Abstinence je stav, kdy se člověk vědomě zříká alkoholu. Je potřeba brát na zřetel, že i po absolvování léčby tu máme osobu, která je zranitelná a potřebuje podporu a pomoc. Musí se vyhnout tlaku společnosti a prostředí, ve kterém se ocitla (Hartl & Hartlová, 2000). Léčba alkoholové závislosti nevede k úplnému vyléčení (tedy k návratu do stavu před vznikem choroby), ale pouze k úzdravě (tzn. vymizení příznaků choroby), pro udržení úzdravy je nutné *„důsledné a trvalé dodržování bezalkoholní diety, tzn. vzdání se konzumace alkoholických nápojů v jakkoliv malém množství a trvale po celý život“* (Heller & Pecinová, 2011, s. 121).

Přechod mezi léčbou a reálným životem v abstinenci bývá mezníkem, kdy se teorie střetává s realitou, kdy je člověk závislý na alkoholu postaven před nelehký úkol – přejít od teorie k praxi. Často se po léčbě vrací do původního prostředí a musí se naučit žít život v abstinenci (Kalina, 2008).

Jak uvádí Vágnerová (2004), tolerance k alkoholu je v české společnosti velká, ale shovívavý postoj společnosti končí v momentě, kdy jedinec ztrácí schopnost své pití regulovat. Závislost tolerována není a role alkoholika sebou nese nízký sociální status, kdy jsou tito lidé často odmítáni. Závislost tak může přinášet sociální stigma a znehodnocení.

Představa trvalé abstinence bývá pro mnoho lidí, kteří se rozhodli v trvalé abstinenci žít velice skličující. Jedinec závislý na alkoholu se po léčbě setkává opětovně se situacemi, které dříve řešil alkoholem. Alkohol mají tito lidé spojen s určitými rituály a sociálním začleněním. Závislý člověk, který na léčbu nenaváže doléčováním, pak často není v tomto procesu schopen sebereflexe. Tyto situace pak snadno mohou vést k relapsu a recidivě. Zkušenosti z oblasti léčby závislostí mluví jasně. Relaps k léčbě závislostí jednoznačně patří. Klienti ale většinou relaps vnímají jako vlastní selhání, mají pocit, že zničili téměř vše, co po dobu své abstinence pracně budovali. Tradiční biomedicinský model viděl v relapsu fatální selhání klienta. Toto pojetí bylo ale v poslední době přehodnoceno (Kalina, 2008).

Relaps a recidiva jsou události, které se mohou dostavit v průběhu léčby, ale také po jejím ukončení. V terapeutickém procesu je nezbytné se na ně aktivně zaměřit a nepokládat je za totální selhání, ale za zvláštní příležitost k učení a pozitivnímu vývoji. Přikláním se k názoru, že při léčbě závislosti je velmi důležitá komplexní péče. Tato komplexnost by měla zabránit „fenoménu otáčivých dveří“ (Matoušek, Koláčková & Kodymová, 2005), který bývá důsledkem toho, že na léčbu nenavazuje následná péče v podobě doléčování. Prevence relapsu by měla být důležitá součástí tohoto procesu.

V praxi je nedílnou součástí procesu doléčování otázka „šťastné abstinence“, kdy už klient abstínuje, ale není v tomto stavu šťastný, objevují se u něj deprese, prázdno a ztráta smyslu abstinence. Pokud chceme člověka uzdravit i v existenciální rovině, je nezbytné koncipovat podle toho i program doléčování (Kalina, 2003). Samotná abstinence by měla být vnímána spíše jako prostředek ke zkvalitnění života. Tohoto stavu se však závislý člověk musí dopracovat v sobě (Jílek, 2008). Motivace ke změně vychází z vnitřních zdrojů, do úvahy také můžeme vzít fakt, že jedinci se mohou navzájem lišit v míře svého sebeúdravného potenciálu. Tento potenciál by měl zahrnovat alespoň základní schopnost důvěry, snášení frustrace či utrpení. Výsledkem cesty racionální dialogické komunikace se sebou i se svým okolím, by pak mělo být nalezení autentičtějšího, sebevědomějšího a pozitivnějšího životního stylu (Jeřábek, In: Kalina, 2008).

## **2. Terapeutické metody v léčbě závislosti**

### **2.1 Psychoterapie**

Psychoterapie je v dnešní době považována za nedílnou součást v léčbě u lidí závislých na psychoaktivních látkách. Můžeme říci, že v současné době má své hlavní uplatnění zejména ve dvou přístupech k psychologické pomoci člověku. První z těchto

přístupů lze označit jako objektivizující – přírodovědný, je užíván v současném lékařství. Dá se říci, že v tomto pohledu je psychoterapie jedním ze základních druhů léčby. Druhý přístup můžeme označit jako subjektivizující – antropologický, který je charakteristický pro humanitní vědní obory (Langmeier, Balcar & Špitz, 2010).

Vymětal (2003) psychoterapii vymezuje jako „zvláštní psychologickou péči poskytovanou potřebným lidem, přičemž je považována za samostatný obor s vlastní teoretickou a aplikační stránkou. Předmětem psychoterapie je duševní život člověka, jeho chování a projevy, které však nepovažujeme za optimální, a na přání a se souhlasem klienta je prováděn pokus o změnu tohoto chování. Změna je navozována prostřednictvím metod a ověřených postupů psychologické povahy. Psychoterapie je indikována při prevenci, léčbě i rehabilitaci poruch zdraví,“ (Vymětal, 2003, s. 11).

Podle příslušnosti k základním směrům se psychoterapie zjednodušeně dělí na tři odlišné orientace:

1. dynamická – vliv minulých zážitků a nevědomých procesů na současné chování;
2. kognitivně behaviorální – problémy se překonávají nově naučeným myšlením a chováním;
3. humanistická – rozvoj vnitřního prožívání a seberealizace (Kratochvíl, 2002).

Psychoterapii je možné rozdělit na individuální či skupinovou, které se účastní dvě a více osob zároveň (patří sem například i terapie rodinná). Psychoterapie nevyužívá pouze léčebného působení rozhovoru a mimoslovních technik, ale probíhá v sociální interakci, ve které jsou zpravidla přítomny verbální i neverbální složky (Vymětal, 2003).

Podle Hartla a Hartlové (2000, s. 488) je psychoterapie „*Léčení duševních chorob a hraničních stavů psychologickými prostředky, tj. slovem, gestem, mimikou, mlčením, případně úpravou prostředí a je jedním z účinných způsobů psychické pomoci, plánované, promyšlené a prováděné odborníky*“.

Kratochvíl (2002) vidí psychoterapii obdobně, ale zároveň širěji rozvádí, čím psychoterapie působí, na co působí, čeho má dosáhnout, co se při ní děje a kdo ji provádí:

- a) Psychoterapie je léčebné působení psychologickými prostředky, mezi které patří slova, rozhovor, neverbální chování, podněcování emocí, učení, vztahy a interakce. Využívání těchto prostředků je záměrné a plánovité.
- b) Psychoterapie je léčebné působení na nemoc, poruchu nebo anomálii. Působí na psychiku a prostřednictvím psychiky na celý organismus nemocného.
- c) Psychoterapie má svým působením odstranit nebo zmírnit potíže a podle možnosti nalézt a odstranit i jejich příčiny.



- d) V průběhu psychoterapie dochází ke změnám v prožívání a chování klienta, uplatňují se při tom procesy, jako je vytvoření kladného očekávání a získání naděje a odvahy, terapeutický vztah s terapeutem, sebeexplorace a sebereprojevení, konfrontace s problémy, získávání náhledu, zpětná vazba, korektivní emoční zkušenost, zkoušení a nácvik nového chování a učení se chybějícím sociálním dovednostem.
- e) Psychoterapii má provádět kvalifikovaná osoba, tedy osoba s ukončeným lékařským nebo psychologickým vzděláním.

## **2.2 Existenciální psychoterapie**

Existenciální psychoterapie je uspořádána kolem čtyř velkých témat lidského života, kterými jsou smrt, svoboda, existenciální izolace a nepřítomnost smyslu (Yalom, 2006). Můžeme ji definovat jako způsob psychologické léčby založený na setkání se s lidským bytím v perspektivě lidské konečnosti a smrti. Tuto psychodynamiku existenciální psychoterapie zdůrazňuje také Yalom (2006), který uvádí, že metoda existenciální psychoterapie je založena na konfliktu, který pramení z konfrontace člověka s podmínkami existence.

Významnou osobností, která stála u zrodu existenciální psychoterapie, byl Viktor Emanuel Frankl. Jeho cílem bylo obohatit tradiční psychoterapii o lidskou dimenzi duchovna (Frankl, 2011). Od ostatních psychoterapeutických proudů se existenciální psychoterapie odlišuje tím, že nehodnotí člověka jako produkt okolních vlivů, ale jako jedince, který může svůj život sám ovlivňovat a utvářet. Dnešní existenciální psychoterapie z Frankla vychází, jejím cílem je dopomoci jedinci, aby se ztotožnil se svým vnitřním světem, svým jednáním a názory, čímž pak může dojít k uskutečňování jeho opravdové osobní svobody (Vybíral & Roubal, 2010).

## **2.3 Individuální psychoterapie**

Terapie je zaměřena na práci s jednotlivcem a probíhá formou rozhovoru. Terapie probíhá formou několika sériových sezení v přítomnosti dvou osob, terapeuta a klienta (Kalina, 2003).

V systému léčebné péče o závislé je ovšem hlavní částí psychoterapeutické práce skupinová forma práce. Individuální psychoterapie často není pojmána za zcela samozřejmou, důvodem není jen spojitost některých problémů charakteristických pro okruh závislostí, vyžadující souvislost skupinové práce, ale také důvod větší nákladnosti na léčbu. Dalším důvodem je také to, že čas, který věnuje terapeut jednomu klientovi, je poměrně dlouhý, a díky tomu může mít terapeut jen omezený počet klientů (Kalina, 2003).

Úrovně a typy individuální psychoterapie rozdělujeme na několik základních rovin ve vztahu k potřebám klientů a aktuální situace:

1. Krizová intervence;
2. Podpůrná psychoterapie, která je zaměřena na zvládnání zátěže;
3. Motivační psychoterapie;
4. Systematická dlouhodobá individuální psychoterapie (Kalina, 2003).

## 2.4 Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie je ověřená účinná forma terapie, která se používá v bezpečném prostředí pro pacienty, kdy se tito učí pracovat s mezilidskými vztahy, zpětnými vazbami a vytváří si tak nové obzory a názory, které si pak přenáší do života (Kratochvíl, 2009). Během skupinové terapie mohou klienti diskutovat o svých problémech, dostávají zpětnou vazbu, každý má svůj prostor k vyjádření pocitů a obav. Mohou si tak uvědomit, že jejich příběhy jsou podobné, mají možnost vzájemné podpory, soudržnosti a empatie (Kalina, 2008).

Skupinová terapie je poměrně hodně využívána při léčbě závislostí, je však vhodná jen v určitých stádiích léčby. Mnohdy jí předchází individuální práce s klientem a to z důvodu motivace klienta a jeho adekvátní přípravy. Postup, jakým skupina pracuje, může být velmi odlišný, záleží na zaměření terapie nebo cíle, který si skupina stanovila (Kalina, 2003).

## 2.5 Psychoterapeutický vztah

Vztah mezi jedincem a terapeutem je velmi významný a tvoří podstatnou součást samotného léčebného působení v psychoterapii. „*Neustále se proměňující vztah mezi terapeutem a pacientem tvoří vlastní jádro veškeré psychoanalytické práce a hlavní nástroj duševní změny*“ (Horneová & Lanyadoová, 2005, s. 97). Psychoterapeutický vztah se odlišuje od ostatních vztahů z jedincova okolí tím, že není oboustranný. Terapeut s jedincem nesdílí svůj osobní a citový život, je ale vůči němu „*citově přístupný a přemýšlivě vnímatelný*“ (Horneová & Lanyadoová, 2005, s. 99).

Proces psychoterapie je primárně vždy ovlivněn volbou metody a terapeutického směru. Významnou podmínkou k tomu, aby byl proces úspěšný, je motivovanost jedince k psychoterapii a praxe terapeuta. Principem terapeutické práce je hledání a vytvoření efektivního terapeutického vztahu, nutností je empatické cítění (Vybíral, 2005).

Psychoterapeutický vztah by měl být založen na důvěře, zájmu a aktivní spolupráci pacienta s terapeutem (Vymětal, 2003). Pro skutečně úspěšně probíhající terapii závislých jedinců, je vybudování symetrického terapeutického vztahu nesmírně důležité. V tomto typu vztahu terapeut i pacient spolupracují, vzájemně respektují svoji osobnost a lidskou hodnotu. Postup terapie projednávají společně, pacient se s terapií ztotožňuje a aktivně se na ní podílí (Bruchová, 1997).

Za základ pozitivně nosného terapeutického vztahu je považována dobře zvládnutá komunikace, a to způsobem, který odpovídá jak etickému kodexu profese, tak osobnímu kodexu terapeuta. Komunikační dovednosti mohou přispět k navázání a rozvíjení kvalitnějšího vztahu s klientem. Jak ale poukazuje Beran (1996), nelze psychoterapeutický přístup redukovat jen na soubor komunikačních dovedností jako technických praktik. Pokud má komunikace směřovat k psychoterapeutickému přístupu, měl by být základem vztahu hluboký lidský postoj k druhému člověku.

## 2.6 Osobnost psychoterapeuta

Hartl a Hartlová (2000, s. 488) vnímají psychoterapeuta „jako člověka, který má výcvik a vzdělání, aby mohl léčit duševní a emocionální poruchy, případně z nich odvozené tělesné potíže prostřednictvím psychologických prostředků.“ Psychoterapeut, který pracuje se závislými klienty, by měl disponovat přirozenou autoritou, vlastní zkušeností v delší psychoterapeutické praxi, ve zralejším věku, disponující příslušnými schopnostmi, dovednostmi a zkušenostmi a se schopností jednat empaticky. Měl by být osobním vzorem pro pacienty, disponovat vysokým morálním a etickým kreditem, měl by jednat autenticky a přímo, být schopný sdělovat jasné zprávy jak kladné, tak i záporné. Měl by být schopen budovat účinný terapeutický vztah, otevřený, přímý a bez manipulací. Na úrovni všeobecné komunikace by měl vládnout těmito schopnostmi (Drapela, 2001):

- přesně pochopit smysl pacientových výroků i neverbálních signálů, tj. chápat nejen objektivní obsah výroku, ale i jejich emotivní zabarvení,
- aktivně naslouchat, tj. pozorně naslouchat a parafrázovat důležité pacientovy výroky,
- shrnout obsah pacientových výroků a opatrně interpretovat jejich smysl, pacient ovšem musí mít možnost tyto interpretace poopravit,
- dávat pacientovi přesné a srozumitelné informace, které potřebuje pro smysluplná rozhodování,
- vhodně zahajovat a končit terapeutická setkání a rozhovory a stimulovat pacienta k terapeutické spolupráci.

Specifické vlastnosti 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. Nesmíme však zapomenout, že pro osobnost terapeuta je nezbytná osobnostní zralost a vnitřní stabilita (Vymětal, 2003).

## 2.7 Cíle psychoterapeutického působení

Klíčovým cílem psychoterapeutického působení je pozitivní změna v prožívání a chování pacienta, která směřuje k odstranění nebo zmírnění potíží i jejich příčin a k obnově optimálního fungování (Kratochvíl, 2002). V procesu léčby žen závislých na alkoholu může být toto působení vnímáno jako soubor kroků, které vedou k „*reedukaci, resocializaci, reorganizaci, restrukturalizaci, rozvoji či integraci jejich osobnosti*“ (Kratochvíl, 2002, s. 17). V rámci reedukace je potřeba pomoci ženám nalézt primární zdroj jejich potíží, které je přivedly do závislosti, rozvinout jejich nevyvinuté osobnostní vlastnosti nebo je naopak pozměnit tak, aby je nedekompenzovaly. V rámci resocializace je potřeba jim pomoci připravit je na návrat do společnosti, ale za změněných subjektivních i objektivních podmínek. V rámci rozvoje a integrace jejich osobnosti je potřeba přivést je ke zjištění, že abstinence může být výhodná. Bergeret (1995) uvádí, že účinek léčby či terapie závislosti je trvalejší, pokud je alkohol nahrazen jiným vztahovým prvkem. Na podobném principu je postaven také program Anonymních alkoholiků, který směřuje k rozvoji spirituality závislého člověka takovým způsobem, který alkoholu postupně odejme ústřední význam v životní struktuře.

### **3. Hagioterapie**

Název je odvozen z řeckých slov „*therapeia*“ – péče, léčba a „*hagios*“ – svatý, čistý, posvátný. Tento termín se v psychoterapii užívá pro označení metody existenciální psychoterapie, která se provádí pomocí projektivní práce s biblickými texty. Hagioterapie se v České republice vyvíjela z metod pastorační terapie a duchovního poradenství. Provádí se v Psychiatrické nemocnici Bohnice v Praze, kde je vedena zakladatelem této terapie v České republice MUDr. et Mgr. Prokopem Remešem. Tato skupinová terapie se osvědčila při léčbě závislostí na psychoaktivních látkách. Její charakteristikou je to, že

spiritualitu považuje v léčebném procesu závislých osob za účinné doplnění bio – psycho – sociálního modelu. Nadstavbově pracuje s psychickými strukturami, které se s těmito třemi oblastmi propojují, ale které v původním trojmodelu nebyly dostatečně ošetřeny (Remeš, 1998).

Hagioterapie vychází z předpokladu, že projektivní práce s těmito strukturami napomáhá člověku k novému pochopení jeho životních příběhů a rovněž k objevování a osvojování si nových, méně destruktivních způsobů prožívání a chování. Hagioterapie nevychází z předpokladu existence Boha, ale z předpokladu všeobecné přítomnosti spirituálních struktur v lidské psychice. Každý z biblických příběhů představuje výzvu pro lidské svědomí k naplnění nějakého smyslu. Remeš a Halamová (2004) v této souvislosti uvádějí, že smysl může být mohutná síla, která může člověku pomoci při překonávání bolestí a těžkostí svého života. Hagioterapie pracuje s tím, co je v prožívání spirituality a existenciality pro každého člověka osobní, intimní a jedinečné.

### **3.1 Principy hagioterapeutického působení**

Hagioterapie je typ skupinové psychoterapie, která se ve svém působení opírá o symboliku biblických příběhů, pomocí kterých pacient hledá symptomy vlastních obtíží v hlubokých obsazích vlastního nevědomí (Remeš, 1998). Pokud pacient sám nebo s pomocí terapeuta objeví tento symptom, verbalizuje jej a zaujme k němu stanovisko, je možno předpokládat, že symptom zmizí. Symboly ve snech, arteterapeutické produkci nebo biblických příbězích obvykle poukazují na skryté významy související s pacientovými vztahy, hodnotami, životním stylem, smyslem života a smrtí v jakékoli podobě. Konfrontace se symboly a nalézání skrytých významů prostřednictvím hledání symptomů může pomoci pacientovi vstoupit na cestu uzdravy (Remeš, 1998).

Bezprostřední technikou hagioterapie je hlubinně a existenciálně analytická práce, která jedinci pomáhá orientovat se v sobě samotném, a to prostřednictvím odhalování patologických symptomů, pochopení symboliky biblických příběhů a schopností hovořit o svých obtížích například prostřednictvím metafor (Remeš & Halamová, 2004).

### **3.2 Hagioterapeutické skupiny v PN Bohnice**

Skupiny nejsou stálé, jsou obměňované a alternativně dobrovolné. Účastníci se k terapii scházejí v kostele sv. Václava v místnosti v prvním patře kostela. Sedají si do kruhu, uprostřed je stolek, na kterém jsou v misce položeny skleněné duhové kuličky a vonná lampa s kadidlem. Každý účastník si před usazením do kruhu vezme do ruky Bibli.

- Zahájení

Terapeut (Mudr. et Mgr. Remeš) zahajuje skupinu přivítáním účastníků. Vyzve všechny, aby se postupně představili křestním jménem. Nabídne jim

vzájemné tykání či vykání, jak je komu příjemné, jak to kdo cítí. Pak následuje reflexe postřehů z minulé skupiny a probírá se „domácí úkol“. Úkol terapeut zadává na konci předešlé skupiny. Úkolem obvykle bývá zamyšlení nad určeným tématem. Úkoly slouží k rozběhu komunikace a uvolnění. Následuje poučení terapeuta, které je zprostředkováno metaforou „lovců perel“. Terapeut přirovnává klienty k lovcům perel, kteří se potápějí do hlubin, kde hledají perly. Tak jako klienti by se měli ponořit do příběhu a najít zde svou perlu, kterou by měli vylovit uvnitř své duše. Všechno, co jim v příběhu připomíná něco z jejich života, jejich zkušenosti a zážitky, které vyvolávají emoce, mohou pak ve skupině vynést na hladinu svého vědomí ke sdělení a prodiskutování s ostatními členy skupiny.

- Seznámení se samotným biblickým příběhem

Terapeut představí příběh, kterým se bude ten den skupina zabývat. Přiblíží jeho dějinné pozadí, zmíní zajímavosti k příběhu. Poté jeden z účastníků přečte příběh. Terapeut znovu objasní případné nesrovnalosti nebo vysvětlí a zodpoví otázky. Následuje opakované čtení, opět účastníkem, ale jiným. Potřetí čte příběh sám terapeut, vyzve účastníky, aby se ponořili do příběhu, uvolnili se, zavřeli oči, příběh si představovali jako sen a vžili se do něj.

Účastníci se mají snažit o imaginativní prožití příběhu, stát se jeho součástí, aby byla zahrnuta jak rovina racionálního prožití, tak i rovina emočního prožitku. Přemýšlet o příběhu v obrazech je důležité i podle Grüna (1994), kdy Grün obraz chápe jako okno, kterým prosvítá celá pravda. Závěrem je pětiminutové ztišení, účastníci si mohou ještě sami přečíst příběh a nalézt nejpodstatnější osobní asociace inspirované příběhem, tak jak je prožívají tady a teď.

- Skupinová rozprava

Jedná se o nejdelší část skupiny, obvykle nejdynamičtější, provázenou nejsilnějšími emocemi. Nejprve každý účastník sdělí, jakou emoci v něm příběh vyvolal, pokračuje se reflexí aktuálního prožitku „tady a teď“. Příležitost dostává každý účastník, není však k výpovědi nucen. Terapeut vede nebo napomáhá otázkami typu: „*Co vás v tom příběhu nejvíc upoutává? ... Co vám tento příběh připomíná z vašeho života? ... Kdybyste prožili tento příběh jako sen, co by vám ten sen sděloval?*“ (Remeš, 2009). Každý účastník, který si bere slovo a chce ostatním cokoli sdělit, si bere do ruky velký dřevěný meč. Meč je významným rituálním symbolem, mluvčímu uděluje moc a přináší pozornost, což si účastníci uvědomují, a mají možnost si tím uvědomit i vážnost okamžiku a síly spirituálního prožitku.

Terapeut skupinu řídí a usměrňuje dění tak, aby nedocházelo k osobním útokům, znevážení názoru, ale zároveň ani k útěku od těžšího tématu, bagatelizaci, či zesměšnění. Podle konkrétního příběhu, momentální potřeby, zvýšení skupinové dynamiky nebo skupinové interakce zařazuje terapeut do kontextu skupiny

i terapeutické techniky nesoucí silný expresivní výraz – přehrání celého příběhu (psychodramatická etuda), části rozhovoru nebo události („sochání“ situace), umožnění potřebné abreakce (gestem, postojem, mimikou, užitím meče apod.)

Reflexe probíhají řízeně pod vedením terapeuta, ale diskuse skupiny a konfrontace osobního charakteru slouží k co nejhlubšímu ponoření se do tématu a do osobní autenticity jedince. Cílem konfrontací je zrcadlení dění z mnoha často velmi odlišných pohledů. Jelikož vyplývají z jednoho zdroje, v tomto případě daného příběhu, jsou zrcadlem individuality jedince a ukazují na vnitřní proměnné, které vnější postoje determinují.

- Ukončení

Mnohdy terapeuticky nejvýznamnější a nejsilněji působící část. Terapeut vyzve účastníky, aby si každý vzal jednu z duhových kuliček ze stolku uprostřed kruhu. Kulička symbolizuje jeho vlastní vylovenou „perlu“. Každý účastník sdělí ostatním, co ho nejvíce oslovilo a co si ze skupiny odnáší. V této části se již nediskutuje, ale je podpořen prožitek, autenticita a opravdovost. Po sdělení své „perly“ účastník kuličku vrátí na stolec. Poté terapeut zadá úkol na příští setkání.

Na závěr probíhá zklidnění a společné propojení, kdy se všichni v kruhu uchopí za ruce a terapeut shrne základní myšlenku příběhu v závěrečné výzvě (modlitbě). Hlavním úkolem terapeuta v této části skupiny je ošetření toho, aby nikdo neodcházel natolik zraněn, že by ho to mohlo přímo ohrozit.

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

V následujících kapitolách bych ráda představila svůj výzkum, popsala jednotlivé kroky a následně prezentovala jeho výsledky.

### **4. Metodika výzkumu**

#### **4.1 Zaměření výzkumu**

Cílem mé práce je zjistit, jaký přínos má hagioterapie pro ženy závislé na alkoholu v procesu ústavní léčby a jestli tyto ženy hagioterapii reflektují jako přínosnou a efektivní i pro jejich život v abstinenci. Pro potřeby zkoumání byly navrženy následující výzkumné otázky:

1. Jak respondentky reflektují přínos hagioterapie v průběhu své léčby závislosti v PN Bohnice?
2. Jaký přínos má hagioterapie pro respondentky po ukončení léčby pro život v abstinenci?

Ke zpracování tohoto tématu jsem se rozhodla využít **kvalitativní metodologický přístup** zejména proto, že cílem výzkumu má být reflexe subjektivní zkušenosti respondentek s hagioterapií. Strauss a Corbinová (1999, s. 11) definují tento přístup schopností *“odhalit podstatu něčích zkušeností s určitým jevem”*. Hendl (2005) spatřuje výhodu kvalitativního přístupu k získání hlubšího popisu případů, kdy nezůstáváme na povrchu, můžeme sledovat vývoj a zkoumat jednotlivé procesy, které mohou jedinci vnímat velmi odlišně. Výhodou kvalitativního přístupu je také jeho kontextuálnost, tedy možnost pohlížet na zkoumaný jev z pohledu jeho celkového kontextu.

## 4.2 Metody tvorby dat

Hlavní metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu tvoří naslouchání vyprávění, pokládání otázek zúčastněným a získávání jejich odpovědí (Miovský, 2006). Pro sběr dat jsem se rozhodla použít **metodu polostrukturovaného rozhovoru**, což v rozhovorech tvoří střední cestu, která se vyznačuje definovaným účelem, určitou osnovou a velkou flexibilitou celého procesu získávání informací. Respondent může také přinést zcela subjektivní pohledy a názory, vztahy a souvislosti (Hendl, 2005). Polostrukturovaný rozhovor přináší možnost nechávat rozhovor plynout a podněcovat u dotazovaného vyprávění, zároveň však pomocí předem stanoveného schématu držet rozhovor u zkoumaného tématu (Miovský, 2006). Snažila jsem se zachovat postupy, které jsou doporučeny pro vedení interview, např. směřovat rozhovor ke konkrétním zkušenostem a zážitkům respondentek, citlivá témata střídat s uklidňujícími nenáročnými tématy, vnímat průběh rozhovoru s jeho fázemi a respektovat tempo respondentek.

Připravila jsem si schéma jádra rozhovoru v podobě někdy více a někdy méně otevřených otázek, což mi umožnilo jistou flexibilitu a zároveň jsem měla možnost jít v rozhovorech do značné hloubky, ať již v racionálním nebo emocionálním kontextu.

### 4.2.1 Příklady konkrétních otázek

- Co Tě vedlo k tomu, že sis hagioterapii zvolila jako nepovinnou součást léčby?
- Co konkrétně Tě oslovilo na hagioterapii v průběhu léčby?
- Jaké změny se během léčby odehrály?
- Co tyto změny způsobilo?
- Hraje v tom roli hagioterapie?
- Pomohla Ti hagioterapie v průběhu léčby?



- Jaký byl pro Tebe návrat do běžného života po ukončení léčby v PN Bohnice?
- Jak se vyvíjely Tvé vztahy během závislosti a v abstinenci?
- Jaká je Tvá motivace k abstinenci?
- V čem ses osobnostně změnila, co tyto změny způsobilo?
- Co ovlivňuje závislost ve Tvém každodenním životě v abstinenci?
- Jak se změnila Tvé hodnoty v životě v abstinenci?
- Jak vnímáš omezení a hranice, které jsou součástí abstinence?
- Pomáhá ti hagioterapie v abstinenci i dlouhodobě?

Data jsem na základě písemného souhlasu fixovala formou audiozáznamu na diktafon. Délka rozhovoru se pohybovala v rozmezí šedesát až devadesát minut. Toto rozmezí bylo dáno jednak vyjadřovacími schopnostmi respondentek a také záleželo na jejich sdílnosti.

### 4.3 Výzkumný soubor

#### 4.3.1 Techniky výběru výzkumného souboru

Pro účel této práce jsem se rozhodla složit výzkumný soubor z žen, které splňovaly následující kritéria:

- absolvování ústavní odvykací léčby závislosti na alkoholu v PNB,
- účast na minimálně jednom hagioterapeutickém setkání,
- abstinence od ukončení poslední léčby až do doby konání rozhovoru,
- časová a místní dostupnost respondentky.

#### 4.3.2 Popis tvorby dat a výzkumného souboru

Respondentky byly vybrány prostým účelovým výběrem, jenž je vhodným pro malé výběrové soubory s dobrou dostupností jedinců souboru základního. Tento vychází z předem definovaných kritérií respondentů bez použití složitějších výběrových strategií (Miovský, 2006). Do výzkumu byly zařazeny respondentky, které splnily výše uvedená kritéria a zároveň vyslovily souhlas s účastí.

Výsledný výzkumný soubor tvoří 8 respondentek, se kterými jsem se seznámila v průběhu jejich léčby v PN Bohnice. O respondentkách jsem před samotným rozhovorem sesbírala základní anamnestické údaje, které uvádím v **tabulce č. 1** jako charakteristiky respondentek. Pro zachování anonymity byla respondentkám změněna jména. Délka závislosti je počítána i s obdobími abstinence, délka abstinence je uvedena v době realizace rozhovoru od poslední léčby. Sběr dat probíhal v delším časovém intervalu, od

října 2017 do května 2018. U všech respondentek byl primární drogou alkohol a u všech byla diagnostikována alkoholová závislost podle MKN – 10, nejmladší bylo 27 a nejstarší 54 let, spektrum vzdělání se pohybovalo od ZŠ až k VŠ (tři měly ukončeno vysokoškolské vzdělání, tři středoškolské, a dvě základní), časový úsek závislostního a sebedestruktivního chování se pohyboval v rozmezí šest až osmnáct let, doba abstinence v době realizace rozhovoru se od poslední léčby pohybovala v rozmezí 7 až 48 měsíců, celkový počet léčeb se pohyboval od jedné (2 respondentky), dvou (3 respondentky), tří (2 respondentky) a čtyř (1 respondentka).

Respondentka	Věk	Závislost	Délka abstinence	Délka závislosti	Vzdělání	Počet léčeb
Dana	27	alkohol	6 let	7 měsíců	ZŠ	jedna
Marie	36	alkohol	13 let	12 měsíců	SŠ	dvě
Petra	54	alkohol	18 let	8 měsíců	SŠ	čtyři
Magda	44	alkohol	10 let	24 měsíců	VŠ	tři
Zuzana	48	alkohol	18 let	48 měsíců	ZŠ	dvě
Andrea	31	alkohol	5 let	15 měsíců	VŠ	jedna
Zdena	45	alkohol	14 let	30 měsíců	VŠ	tři
Karla	42	alkohol	8 let	10 měsíců	SŠ	dvě

Tabulka č. 1 Charakteristika respondentek

#### 4.4 Metody analýzy dat

Zpracováním kvalitativních dat vznikl základní materiál, se kterým jsem dále pracovala. V tomto případě jsem zpracovávala zvukový materiál z rozhovorů. Data, která jsem získala z rozhovorů, byla zpracována za pomoci techniky **otevřeného kódování** (Strauss & Corbinová, 1999), abych mohla vysledovat, jaké kódy či kategorie v rozhovorech více vystupují. Rozhovory jsem nejprve doslovně přepsala do textové podoby, přičemž nebyla provedena žádná redukce dat. Následně byla provedena redukce prvního řádu, kdy jsem v prepisech selektovala a odstranila nepotřebné části. Následně byla společným jevům přiřazena klíčová slova, která jsem spojila do významových celků, takzvaných kategorií. Pro zajištění validity dat jsem provedla opakovaný poslech, což je technika, kdy se po ukončení přepisu (nejlépe s časovou prodlevou) prochází záznam opakovaně, a porovná se původní záznam s přepsanou verzí (Miovský, 2006).

Jednotlivé kategorie jsem následně porovnávala, abych našla vzájemné spojitosti a vazby. Výše zmíněnou cestou byly získány tyto kategorie:

1. Hagioterapie versus jiné terapie v průběhu léčby
2. Účinné faktory hagioterapie
3. Přínos hagioterapie pro život v abstinenci

## 4.5 Etika výzkumu

Všechny respondentky jsou bývalými pacientkami Psychiatrické nemocnice Bohnice. Do výzkumu vstoupily dobrovolně a všechny podepsaly informovaný souhlas, nacházející se v **příloze č. 1**. Jména jsou pozměněna. I když se jedná o bývalé pacientky PN Bohnice, vzhledem k dobrovolné účasti na výzkumu, podepsání informovaného souhlasu a skutečnosti, že nebylo nahlíženo do lékařské dokumentace, nebylo potřeba souhlasu etické komise PNB. Veškeré údaje, které byly selektovány z audio záznamů rozhovorů, byly zpracovány tak, aby byla dodržena ustanovení zákona na ochranu osobních údajů a zákona na ochranu osobnosti. Rozhovory byly prováděny mimo areál PNB. Informované souhlasy vyplněné respondentkami nejsou obsaženy v části Přílohy, a to z důvodu dodržení směrnice vztahující se k GDPR. Nahrávky rozhovorů jsou uchovány pod kódem každé z respondentek tak, aby byla znemožněna jejich identifikace. Terapeut a lékař MUDr. et Mgr. Prokop Remeš souhlasil se zveřejněním svého jména a citováním ve všech částech této práce.

## 5. Výsledky výzkumu

Výsledky jsou prezentovány formou jednotlivých kategorií, které vyplynuly z výše uvedeného postupu.

### 5.1 Hagioterapie versus jiné terapie v průběhu léčby

Všechny respondentky zmiňují výjimečnost hagioterapie ve srovnání s jinými terapiemi v léčbě. Důležitým momentem pro ně bylo, že se mohly každá vyjádřit konkrétně ze své osobní zkušenosti a sdělit své pocity. Byla pro ně důležitá upřímnost, přímocharost a schopnost být „sama sebou“.

*„Hagio je super v tom, že je to projektivní technika, že se pracuje s něčím jiným, než je racio, ty skupiny na pavilonu mi moc nedávaly, tady jsem cítila, že všichni jdou do sebe, do hloubky a i ten terapeut byl k nám upřímný a na nic si nehrál.“ (Petra)*

*“... jako jedna z nejlepších mi přijde v těch Bohnicích, měla nějaký smysl a pokud člověk fakt chtěl, i když třeba v tu chvíli byl v opozici, ale na nic jsem si nemusela hrát.” (Andrea)*

*„... pomáhá to k sebereflexi, ale pokud jsi v odporu, tak si to nechceš připustit.“ (Marie)*

*„Oproti jiné skupinové terapii byla hagio o mém prožitku, bylo to hodně o přemýšlení, byly to asi nejvýživnější skupinové terapie v léčbě.“ (Andrea)*

Některé respondentky také zmiňovaly, že jim v hagioterapii vyhovuje skupinová dynamika, že jim hagioterapie nabízí více témat k přemýšlení, čehož se jim v jiných skupinových terapiích moc nedostávalo. Oceňovaly také to, že se jim hagioterapie dala možnost lepšího sebepoznání, skrze příběhy ostatních.

*„Mně na těch skupinách na pavilonu hrozně vadilo, že se furt omílají dokola ty samé témata ... spouštěče, recidiva, rizikové chování ... “ (Zdena)*

*„V jiných terapiích to bylo jinak, půlku to bavilo, ale druhá půlka se nezapojovala, někteří spali, ale v hagio to bylo jinak, jeden za všechny, všichni za jednoho. Mohla jsem se podívat z jiného úhlu pohledu na to, co mně trápí.“ (Zuzana)*

*„Já nekritizuju skupiny na pavilonu, ale jsou velké, po dvaceti lidech, z toho 10 vůbec nemluví, postrádá to smysl pro ty lidi, kteří to zrovna potřebují.“ (Magda)*

*„... kdyby mi jen přikyvoval, tak by mně to nebavilo, Prokop prostě v tobě vyburcoval takovou tu dynamiku oproti jiným terapiím v Bohnicích.“ (Karla)*

*„Tam jsem se jako víc dostala sama k sobě, zjišťovala jsem, jak jsme na tom všechny podobně u těch bolestných témat a to mi dávalo sílu, to zjištění, že na tom ještě nejsem tak blbě.“ (Petra)*

Jedna respondentka se také zmiňuje o tom, že na skupinových terapiích mluvila tak, jak to chtěli terapeuti slyšet.

*„... já jsem to tam chtěla jenom ty tři měsíce vydržet, abych dostala štempl a nevzali mi děti, to byla motivace k tomu, abych to tam vydržela, takže jsem jim na těch skupinách říkala, co chtěli slyšet.“ (Magda)*

Jak vyplývá z výše uvedeného, v hagioterapii se respondentkám otevřela možnost nového pohledu na životní osudy ostatních, mohly k nim zaujmout přiměřený postoj a současně pak s ostatními v dialogu hledat vlastní řešení svých problémů a nejistot v životě. Všechny respondentky se shodly na tom, že pro ně tento typ terapie má velký smysl. Většina z nich ji hodnotí jako jednu z nejefektivnějších terapií na oddělení, proto si ji vybraly cíleně i při opakovaných léčbách.

## **5.2 Účinné faktory hagioterapie**

### **5.2.1 Terapeutické prostředí**

Z rozhovorů vyplynulo, že významnou roli v léčbě hraje terapeutické prostředí. Respondentky se shodovaly v tom, že jim vyhovuje klid a ticho, které v nich vyvolávaly pocit bezpečí.

*„Cítila jsem se bezpečně v tom prostředí, ten kostel, to bylo krásné, takové úžasné ticho tam bylo, působilo to na mně dobře.“ (Magda)*

*„Nějak posvátně to na mně ze začátku nepůsobilo, ale bylo tam klid a ticho. Kostel já jsem měla spojený s řádem a trestem, a ty tam jako přijdeš jako hříšník, ale pak už jsem se tam cítila už bezpečně, cítila jsem tam posvátno.“ (Karla)*

*„Na hagiu se mi moc líbilo i to prostředí, kostel na mně působil klidně a bezpečně, na rozdíl od pavilonu.“ (Zuzana)*

I když více než polovina respondentek není věřící, kladně hodnotily posvátnou atmosféru prostředí, kde se hagioterapie odehrávala.

*„... a ten kostel byl skvělý, takové posvátné to tam bylo. Ona tam byla vůbec zvláštní atmosféra, bylo tam bezpečné prostředí, při tom v Boha nevěřím.“ (Zdena)*

*“... to bylo krásné kostel, jako Genius Loci, sakrálnost, posvátnost, klid a ticho, ne ten šrumeček na pavilonu...” (Andrea)*

*„Nejsem věřící. Ale něco mezi nebem a zemí existuje, mně když bylo blbě, šla jsem si sednout do kostela, když tam nikdo nebyl. Vždy mně to uklidnilo.“ (Karla)*

*„Myslím, že to bylo tím místem, už na začátku jsme se na sebe napojili a sdíleli jsme se navzájem, to bylo super... spojení s tím, že to bylo v kostele, očista, odcházela jsem a něco ze mě spadlo.“ (Marie)*

### **5.2.2 Osobnost terapeuta**

Z výpovědí respondentek jednoznačně plyne, že to byla také osobnost terapeuta, co jim umožnilo prožít nevšední a někdy nečekanou možnost nahlédnout do svého vlastního nitra. Oceňovaly jeho otevřenost a schopnost rozpoutat skupinové dění do emocemi nabitě bouře.

*„Remeš byl pro některé holky až moc razantní, je ho plná místnost, on ty lidi prostě burcuje ... aby člověk prolomil ty zábrany, které v sobě má a ty 13. komnaty tam dokázal otevřít.“ (Petra)*

*„... už řadu lidí přivedl k pláči, ale ta katarze je prostě důležitá, a je možná jen přes tu bolest. Když se budeme jen plácet po ramenu, jak jsme dobří, že jsme se rozhodli pro léčbu, tak se nikam neposuneme.“ (Dana)*

*„Prokop je super v tom, že i když člověk nechce spolupracovat na skupině, tak on ho svým způsobem nějak donutí, že z tebe něco vypadne.“ (Karla)*

*„Ten terapeut to prostě umí, nastavit zrcadlo. Vždycky, když si na ty jeho skupiny vzpomenu, uvědomím si, že jsem byla v opozici a hádala se s ním, protože prostě přece já nejsem jako oni, ti druzí závisláci.“ (Marie)*

*„... dokázal v člověku vyvolat hodně vzteku. Jednou jsem se tam hodně rozbouřila, málem jsem ho tam zfackovala, to on umí vyvolat ty emoce, ale pak jsem si říkala, že to bylo dobře, že mě vyburcoval.“ (Zuzana)*

*„Já mám s muži docela problémy, mám na ně hodně vztek. Osoba terapeuta byla pro mne hodně důležitá a Remeš mi tak nějak zrcadlil ty muže, pomohlo mi, že jsem si to s ním mohla na rovinu vyříkat a že jsem mohla i trochu křičet v těch emocích.“ (Petra)*

Všechny respondentky se shodovaly v tom, že důležitým momentem byl pro ně také empatický, akceptující a nehodnotící postoj terapeuta vůči nim. Pomohlo jim to projevit naplno své emoce, ať již pozitivní, tak i negativní.

*„Remeš se choval velice slušně, neměl žádný předsudek, že jako přišly ty alkoholičky. Bylo to fajn vyjít zas ven z toho pavilonu a pak to bylo příjemné, že se k nám nechoval nějak s nějakým despektem.“ (Zdena)*

*„Pro mne je důležitá osobnost terapeuta, nemá pro mne smysl, když mu nevěřím a necítím se s ním dobře v přítomnosti, necítím se uvolněně, nedokážu otevřeně mluvit, je pro mne důležitá empatie, že mne ten druhý chápe a rozumí.“ (Petra)*

*„Terapeut je fakt důležitý, a Prokop ví, co dělá, ví, proč to dělá, má takový ten statut, že mu důvěřuješ. Nekritizuje Tě a neshazuje, jako jiní terapeuti. Neměla jsem problém se na hagiu otevřít naplno.“ (Karla)*

Pro tři respondentky bylo také velmi důležitým momentem, že i když se terapeut nebál jít do konfliktu, přesto ze skupiny neodcházely „nešetřeny“.

*„Nebýt toho rituálu s kuličkama, že jsme to jakoby na konci uzavřeli a Prokop to tak nějak douhladil, probřečela bych pak asi ještě týden, jak mně to dostalo.“ (Dana)*

*„Ten terapeut ti to na konci umí tak hezky vysvětlit, dokáže tě navést k tomu, že se začneš mít víc ráda.“ (Andrea)*

*„Hagioterapie byla jiná tím rituálem ukončování, že jsme odcházely na pavilon ošetřené, že to bylo uzavřené, i když byla spousta témat k přemýšlení. Často jsem si psala do deníku to, co mě napadlo třeba ještě večer.“ (Magda)*

Z rozhovorů dále vyplynulo, že respondentky oceňují, že jim terapeut nabídne tykání, že si pamatuje jejich jména, a že se s nimi rozloučí podáním ruky.

*„Mně přišlo moc fajn, jak se s náma loučí, když odcházíme z terapie. To se nikde jinde neděje, přijde mi to, jakoby si nás vážil.“ (Petra)*

*„Remeš se prostě s námi bavil jako člověk, byl velice lidský. Možná to bylo i tím, jak nám nabídnul, že si můžeme tykat nebo vykat.“ (Zuzana)*

*„Já jsem strašně obdivovala, jak je schopný zapamatovat si hned naše křestní jména, přišlo mi to takové intimní, i to, že jsem mu mohla tykat, i když zpočátku mi to nešlo.“ (Karla)*

### **5.2.3 Bible a spirituální prožitky**

Nedílnou součástí hagioterapie je Bible, která může být zdrojem nadčasových příběhů, které jsou nám všem společné. Vyprávějí o pocitech, prožíváních, zklamání, milnících i konfliktech v našich životech. Tyto příběhy mohou pak působit jako zrcadlo životů respondentek, což jim pomáhá získat náhled na své osobnostní uspořádání.

*“Hned první příběh mně dostal, Judith a Holofernes, jak mu usekla tu hlavu, možná proto mně to tak od začátku chytlo. Úplně jsem v tom příběhu viděla sebe a svého manžela, že vlastně jsem ho strašně trápila tou mou závislostí. Před tím jsem si myslela, že za všechno může on.“ (Karla)*

*„Vzpomínám si na příběh, jak dal Ježíš milost ženě hříšnici, Viděla jsem v ní sebe, jak jsem ubližovala ostatním ... najednou jsem měla ale pocit, že musím hlavně odpustit sama sobě.“ (Petra)*

*“... pro mě byl silný zážitek ten příběh o odpuštění, uvědomila jsem si, že už se nemusím trestat za to, co jsem udělala v minulosti a to mně posunulo úplně nejlíc.“ (Andrea)*

Silné a kontroverzní momenty zmiňují dvě respondentky při vzpomínce na příběh o Lazarově vzkříšení, kdy zažívaly při vcítění se do pocitů uzdraveného (vzkříšeného) člověka spíše strach, bezmoc a obavu z vlastní budoucnosti.

*“Najednou jsem dostala hrozný strach. Říkala jsem si, že jsem vlastně nastoupila na léčbu, ale chci se vůbec uzdravit?“ (Magda)*

*„Měla jsem pocit vzteku, že je pro mě bezpečnější zůstat „v hrobě závislosti“, ale zároveň i radost, že záleží jen na mně, jestli vyjdu na světlo.“ (Zuzana)*

Tři respondentky také uvádějí, že jim v procesu léčby závislosti pomohla víra v Boha, z toho jedna se stala věřící v průběhu léčby, pro ostatní se víra stala jejich důležitou hodnotou a prostředkem očisty duše.

*„Hagioterapie mne přivedla zpět k Bohu, vede mně to k takové kontinuitě, že tu Bibli napsal někdo už před 2 tisíci lety a měl stejné problémy, že se ta lidskost táhne přes ty staletí... když vidíš, co řešili lidi už dávno, že se to můžu vyřešit i já, že existuje cesta, není ta situace úplně beznadějná.“ (Petra)*

*„Něco mezi nebem a zemí smysl má, určitě v něco věřím. Já jsem od malička všechno dělala pod tlakem. Byla jsem tlačena do těch nedělních mší, a když jsem pak mohla se rozhodnout sama, tak jsem přestala. Teď jsem ráda, že to můžu znovu zažívat a přicházím na ten smysl.“ (Zdena)*

#### **5.2.4 Otevírání emocí**

Respondentky uváděly, že v průběhu hagioterapie prožívaly silné emoční situace, často hovořily o zlomovém okamžiku v léčbě. Uvědomily si, že mohou do vlastních rukou převzít odpovědnost za vlastní život v minulosti, prožívání v přítomnosti i další budoucnosti.

*„Jak jsem dostala do ruky ten meč, do dneška je pro mě ten zážitek takový zlomový. Já jsem nad tím přemýšlela proč a je to takové, a je to ten pocit, že můžu, že to mám ve svých rukou, i tu abstinenci, můžu to řídit, dělat podle sebe.“ (Karla)*

*„Skupina je pro mě reálná konfrontace, můžu se připravit na takovou situaci, která nastane třeba v realu ... posiluje mě to a vidím to šířeji a mám to ve svých rukou.“ (Marie)*

*„... zažila jsem tam i rituál pálení hříchů a to bylo hrozně silné. Připadala jsem si pak hodně očištěná, že je mi vše odpuštěno, že s tím svým životem můžu něco dělat, že můžu jít dál a pokusit se odčinit ty špatné věci, které jsem dělala lidem, když jsem pila. Že ta šance pro mne tady prostě je a že Bůh mě má rád.“ (Zuzana)*

*„Najednou jsem si uvědomila, že teď mám ještě šanci něco změnit, něco se sebou udělat, žít jinak, to by mně dřív vůbec nenapadlo.“ (Zdena)*

V rozhovorech se opakovaně vyskytovalo také téma traumat, ať již z dětství, tak z průběhu života. V souvislosti s tím si většina respondentek uvědomila, že hlavním důvodem nadměrné konzumace alkoholu byly konkrétní události nebo stresory.

*“Matka dost pila a zanedbávala mne, všechny problémy řešila alkoholem, myslím, že i proto od ní táta odešel. A já jsem měla pocit, že jsem po ní a že je normální se takhle chovat. Neuměla jsem řešit problémy a utíkala jsem do alkoholu.“ (Marie)*

*„Ten život jsem si zařídila špatně, že nemám toho partnera doma, přijdeš domů pozdě, a musíš jít spát, tak si naliješ víno, abys usnula.“ (Andrea)*

*“Je to strašná zátěžovka to mateřství, podle mně velká pravděpodobnost, že ženská začne pít, je na mateřské. Protože jsi doma, dítě furt řve, nic nestíháš, připadáš si jako debil.“ (Marie)*

*„Já jsem si myslela, že táta odešel kvůli mně, že jsem zlobila, prostě jsem to nechápala. A pak ten její nový partner... my jsme vlastně celý život hráli hru, že je to otec. A tak jsem hrála i ty hru s alkoholem, vlastně že nejsem závislá, ale přitom jsem dávno věděla, že jsem.“ (Karla)*



Dvě respondentky v rozhovorech uváděly, že díky znovuprožití traumatizující situace v bezpečném prostředí a atmosféře přijetí, začaly mít pocit, že tyto situace mohou v budoucnu lépe zvládnout.

*„Já jsem neuměla pochopit proč pořád na to dítě myslí a trápí se tím, pochopila jsem to, až jsem sama potratila v pátém měsíci, že to musí být hrozná bolest. Nedokázala jsem vůbec pustit ven ty emoce, až tady ... cítím se volnější a vím, že už to nemusím řešit pitím.“ (Marie)*

*„Byla jsem pořád v roli oběti, neuměla jsem to jinak. Myslím, že si to nesu z dětství, jak mne matka týrala. Tady jsem si to mohla prožít znovu a jinak ... musím začít od začátku, už vím, že můžu dospět rozhodovat se podle sebe.“ (Karla)*

Respondentky často zmiňovaly, že se jim při hagioterapii dostávalo zážitku přijetí. To jim umožnilo lépe pracovat s vlastními emocemi, dokázat je popsat a přiznat je sobě i ostatním. Emoce, které respondentky pociťovaly, byly jak pozitivní – radost, nadšení, štěstí; tak i negativní – vztek, zloba. Pro většinu z nich to mělo zásadní význam ve smyslu hlubšího pochopení sama sebe.

*„... v bezpečí si i zabrečet, hlavně se to spojovalo s tím tátou, kterého neznám. Každá hagioterapie mne naplnila jinou emoci, prožitkem, ale vždy pocit extrémního vnitřního výbuchu - smutek, úzkost radost... každý ti tam pomáhá, Prokop i ti ostatní. Nevím, jestli to bylo tím místem, Prokopem nebo rituálem, ale už na začátku jsme se na sebe napojili a sdíleli jsme se navzájem.“ (Petra)*

Některé respondentky také zmiňují, že když byly konfrontovány s vytěsněnými zážitky, došlo sebexploraci. Negativní zážitky se odplavily a dostavila se úleva v podobě emočně korektivní zkušenosti.

*„Najednou se na skupině objevila ta bolest, mně se tam hodně vracelo dětství a najednou jsem tam jakoby prožívala emoce, které jsem v životě nezažila, bylo to hodně silné, prostě takové uzdravení kostlivců ve skříni pomocí emocí, uvědomila jsem si, že v tom nejsem sama a že si můžu říct o pomoc.“ (Andrea)*

*„... mně se hodně ulevilo, když jsem mohla mluvit o tom, jak mi zahýbal manžel, dokonce jsem mohla říct, že bych ho za to nejraději zabila ... chtěla jsem to skoncovat s životem sama ... ale teď chci mít z života pocit nějakého naplnění a ne že si to jen přetrpím.“ (Dana)*

*„... moje matka mi furt říkala, já jsem to zvládla, tak ty musíš taky, mně to strašně prudí, tady jsem si mohla dovolit říct, že ji vlastně za to nenávidím, protože jak jsem nedokázala být tak perfektní, řešila jsem to alkoholem ... já jí prostě už budu umět říct, že jsem unavená a že nemusím být perfektní... nebo že se s ní třeba nechci dnes vidět.“ (Petra)*

*“... a proto si myslím, že jsem pila, abych zahнала ten strach. Jsem v Bohnicích podruhé, pořád mám ten strach... on mě ten nevlastní otec zneužíval... teda takový to osahávání jenom. Já jsem se to strašně bála říct matce, bála pořád jsem se bála, nedokázala jsem to nikomu říct ... Prokop na mně pořád naléhal, až jsem se naštvála a konečně jsem to naplno řekla ... Hrozně se mi ulevilo, najednou jsem o tom mohla začít mluvit.” (Zuzana)*

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že hagioterapie v sobě nese několik účinných faktorů, jejichž vzájemné působení činí z hagioterapie nástroj vhodný pro přesnější strukturování a verbalizaci problému, pro aktivizaci a zvýšení motivace ke změně, a pro zvyšování realistického uvědomění sebe i svého okolí.

### **5.3 Přínos hagioterapie pro život v abstinenci**

Jak respondentky vnímaly prostředí, do kterého se vracely? Z jejich odpovědí vyplývá, že léčba závislosti je běh na dlouhou trať a absolvování ústavní léčby je jen první krok k uzdravě. Návrat do reality představoval pro všechny respondentky velkou zkoušku. Uvědomovaly si, že aby se mohly cítit vyléčeny, musí v těchto situacích obstát.

#### **5.3.1 Sebereflexe a sebehodnocení**

Jak vyplývá z rozhovorů, byla hagioterapie většině respondentek nápomocná při jejich sebereflexi. Pro některé z nich bylo důležité, že terapeut nezapomínal na uznání jejich snah, záměrů a pozitivních příspěvků již v průběhu léčby, což jim pomáhalo k nalezení jejich silných stránek a zvýšení sebevědomí. Tím byla posílena také motivace respondentek, pokračovat v doléčování a seberozvíjení i po ukončení léčby.

*„Už se tolik nestavím do opozice proti všemu, dokážu víc poslouchat názory jiných, jestli na nich třeba něco není. Ale hlavně jsem si v té hagioterapii uvědomila, že jsem tak jako nějak víc dospělá, že mám větší schopnost sebereflexe a že jsem se začala mít víc ráda. Já jsem si sama sebe před tím moc nevážila, ale teď už je to jiné, dokážu se ocenit a i pochválit...mám pocit, jakoby mně poprvé v životě vlastně pochválil až Prokop na skupině, a teprve pak to šlo i mně samotné.” (Marie)*

*„... byla tam sebereflexe v tom, jak ho bůh potrestal ... týkalo se to i mně, mojí mámy a mého vztahu k ní. Hagioterapie mně pomohla se od toho oprostit a říkala jsem si, že tímhle měla projít i ona.” (Andrea)*

*„Asi jsem si tam něco vyřešila ohledně toho dítěte, v léčbě jsem to jakoby uzavřela, odpustila jsem si a nepronásledují mne tolik pocity viny, které jsem zaháněla*

*alkoholem. Mám pocit, že ta sebereflexe a sebezpřijetí mně mohly posunout k abstinenci, jak tak, že abstinuju teď kvůli sobě a kvůli nikomu jinému.“ (Zuzana)*

Jedna respondentka se zmiňuje o tom, že jí sebereflexe pomohla se zorientovat v partnerském životě.

*„Já jsem si při hagio skupině uvědomila díky Prokopovi, že mi bývalí partneři nahrazují otce. Já jsem po nich chtěla jinou lásku, tu lásku toho otce, který mi celý život chyběl a myslím si, že se to zlomilo právě díky této terapii a teď teda mám partnera, který je stejně starý jako já.“ (Dana)*

Téměř ve všech rozhovorech se také objevovalo téma sebehodnocení. Respondentky se vyjadřovaly v tom smyslu, že v procesu léčby závislosti poznaly pozitivní i negativní stránky své osobnosti a dokázaly se začít přijímat i s chybami. Následně si začaly vážit samy sebe, kým jsou a jak žijí, což pro ně znamenalo velkou podporu pro život v abstinenci. Posílení sebeúčinnosti a sebehodnocení je považováno za jedno z nejdůležitějších témat pro léčbu závislostí. Kalina (2008) uvádí jako jedny z nejčastějších problémů jedinců v léčbě závislosti nedostatek sebeúcty, nízkou sebedůvěru a necitlivost k vlastním emocím.

*„Naplňuje mně můj život a moje rodina, která byla před léčbou až na posledním místě.“ (Zdena)*

*„Víc si vážím sama sebe, baví mně něco dobrého si uvařit, sednout si na pohovku a užívat si pohodu, před tím jsem žila ve velkém stresu a stále jsem se chtěla za něco trestat.“ (Zuzana)*

*„V léčbě jsem se naučila přemýšlet sama nad sebou, přišla jsem na to, kdo jsem, dokážu mít ráda sebe i druhé a vím, že jsem osobnost.“ (Petra)*

*„Léčebna mi pomohla to stopnout, začala jsem si víc vážit sama sebe, našla jsem tam chuť a elán do života, ale když jsem vyšla ven, tak jsem si musela zas hledat ty malé radosti, které mi dávaly smysl.“ (Dana)*

### **5.3.2 Motivace k abstinenci**

Všechny respondentky se ve svých odpovědích zmiňují o tom, že prožitky z hagioterapie jim pomohly otevřít cestu k hledání motivace pro život v abstinenci, že jim byly nápomocné pro jejich rozhodnutí abstinovat. V některých výpovědích se objevovalo i téma víry.

*„Pro mě bylo hrozně důležité, si po léčbě si najít si takové nějaké svoje síly, jako co tě drží nad vodou, když je zle. Našla jsem jich asi čtyři nebo pět a právě ta víra je tam zásadní. Ale sama bych na to asi nepřišla, až skrz hagioterapii, která byla součástí procesu léčby, skládá se to do mozaiky. Mně se líbí ta moje šťastná abstinence, ne abstinovat jen ze strachu se napít. (Karla)*

*„Hagioterapie mi moc pomohla, začala jsem se i modlit, snažím se odpustit všem, ale hlavně sama sobě. Měla jsem výčitky, teď už tolik ne ... zjistila jsem, že mi to ubírá energii... sešla jsem z cesty, ale jsem na ní zpět, udělala jsem tlustou čáru za tím špatným.“(Marie)*

*„Jedna věc je o tom mluvit a druhá si to prožít... když si vážím sama sebe, že i tomu Bohu na mně záleží, bez ohledu na to, jestli mám jedničky nebo jsem super matka nebo super manažer.“ (Andrea)*

*„Hagio mi přímo abstinovat nepomáhá, ale byla to pro mě zajímavá zkušenost, já jsem se i po léčbě vrátila k Bibli a pročetla jsem si příběhy, a tak nějak mi to pomáhá se orientovat v životě, a proč chci vlastně abstinovat. Občas zajdu i do kostela, abych si připomněla tu atmosféru a Prokopa“. (Zdena)*

S hledáním motivace k abstinenci úzce souvisí i otázka smyslu života, podle respondentek to kým jsou a jak žijí, musí dávat smysl. Během závislosti byl na prvním místě alkohol, o kterém věděly, že je ničí, ale nedokázaly bez něj žít.

*„Když mi v léčebně řekli, že do smrti už musím abstinovat, musela jsem si najít nějaký svůj důvod ... smysl, proč nepít. Všechno o psychice, pokud se sama nepřijmeš a nebudeš na sobě pracovat, tak stejně k tomu alkoholu dojdeš. Alkohol je totiž nejlevnější a nejschůdnější prostředek k zapomení, k okamžitému řešení problémů. A vůbec Ti nedochází, že tím nic nevyřešíš, že je to cesta do pekel.“ (Zdena)*

*„Já si myslím vůbec, že léčení závislosti musí být založeno na tom, že člověk musí chtít s tím něco dělat, musí mít nějakou motivaci a vědět, že život má nějaký smysl. Když nechce, tak proti jeho vůli těžko někdo někoho vyléčí ze závislosti, kdybych chtěla pít dál, tak mně nikdo nezastaví“. (Dana)*

*„To je nejideálnější, když si člověk přijde sám na to, proč chce přestat pít, pro mě bylo důležité, že jsem mohla přiznat, že jsem závislá, teď už věřím, že můžu abstinovat. Často si říkám ... věř a víra tvá tě uzdraví... musíš si ale nejdřív přiznat svoje chyby. (Petra)*

Některé z respondentek také uváděly, že jim k abstinenci pomáhá také pocit, že mohou být něčím užitečné druhým.

*„... když nad tím tak přemýšlím, tak určitě moje dcera, spravily se nám hodně vztahy. Já jsem jí neříkala, že přestávám pít, ona to poznala sama. Teď mě potřebuje, pomáhám jí s bakalářkou, ona u mě nebydlí, bydlí u svého otce, ale často mě navštěvuje.“ (Petra)*

*„Mám teď skvělou práci, po léčbě jsem úplně změnila profesi ... jsem ráda, že můžu pomáhat druhým a přitom zvládám i sama sebe, nejsem nikomu na obtíž.“ (Karla)*

### **5.3.3 Hodnoty, odpovědnost a doléčování**

Otázku smyslu života nelze zevšeobecnit, a není rovněž možné vytvořit objektivní kritéria pro obsah životních hodnot a cílů, které dávají smysl. Snažila jsem se však nalézt v odpovědích respondentek odpovědi, jak se k hodnotám a cílům ve svém životě vztahují. Respondentky v rozhovorech hovořily o tom, že až abstinence jim ukázala, co je v životě důležité. Pro většinu z nich je to rodina a vztahy, pro některé také víra. Většina respondentek uvádí, že došlo ke zlepšení vztahů s jejich blízkými v kontextu vzájemné komunikace a důvěry.

*„Zásadní změna po Bohnicích byla, že jsem se osekala aktivity a lidi, kteří mně stahovali dolů, a začala se soustředit spíš na svou rodinu, před tím mi to bylo jedno, ale oni mně v léčbě strašně podpořili ... i teď v životě v abstinenci mi rodina moc pomáhá to zvládat, mám pocit, že někam patřím.“ (Marie)*

*„S mámou, která mně zamykala opilou v mém pokoji a která se několikrát nervově zhroutila, jsme teď nejlepší kámošky. Ale musela jsem si k ní najít cestu, nešlo to hned, napřed jsem si musela přiznat, jak moc jsem jí tím svým pitím ubližovala.“ (Petra)*

*„Když máš čistou mysl, vychází ti víc věcí. Fakt je to o té rovnováze, zákon kosmické energie, když budu ubližovat druhým, bude se mi to vracet a budu se chtít zas potrestat... mám se tak nějak víc ráda v té abstinenci. Dřív to bylo o tom, že jsem ten život jen přežívala, teď ho žiju a jsou pro mě důležitější jiné věci, než dřív. Třeba to, že můžu obejmout svou dceru a ona ze mě necítí alkohol.“ (Zuzana)*

*„Když se člověk nesnáší, tak mu nevyjde nic, ani ta abstinence, já nechci být takový ten suchar, co ho netěší život. Někteří lidi to cítí jako nespravedlivost, proč zrovna já nemůžu pít, ale dobro a zlo je v každém z nás a záleží jen na nás, co zvítězí.“ (Andrea)*

*„Myslím, že mně před recidivou zachránila víra, prostě jsem věřila, že mně Bůh nenechá na holičkách a že to má celé nějaký smysl.“ (Petra)*

Z rozhovorů dále vyplynulo téma odpovědnosti, tři respondentky hovořily o tom, že po léčbě dostaly druhou šanci, že ji vnímají jako možnost vzít odpovědnost za svůj život do svých rukou.

*„Já myslím, že jsem dospěla, že už nejsem taková holčička a že jsem vzala zodpovědnost za svůj život, dostala jsem v životě druhou šanci, jak žít líp a bez alkoholu.“ (Zdena)*

*„Když si vzpomenu, kde jsem byla před rokem a kde teď ... cítím strašnou vděčnost za tu druhou šanci, baví mně makat na sobě a nebát se řešit věci, před kterými jsem dřív utíkala.“ (Marie)*

*„Já jsem se dřív bála té zodpovědnosti, bála jsem se, abych se nerozhodla blbě, teď to mám tak, že se prostě rozhodnu a případné následky pak budu řešit, i když to bude negativní, řešit to musím.“ (Karla)*

Pokud jde o udržení navozených změn a upevnění pozitivních návyků získaných během léčby respondentky uvádí, že jim pomáhá doléčování. Většina respondentek tuto možnost následné péče ve větší, či menší míře využívá, buď formou individuálního nebo skupinového poradenství, jedna respondentka dochází do svépomocné skupiny AA.

*„Chodím k doktorce na individuály i na skupiny pravidelně a zjišťuju, že prostě nechci do toho dávat tu energii do toho pití, že ji můžu využít pro jiné věci.“ (Zdena)*

*„Doléčování je pro mě dost důležité nebo aspoň teda bylo po ukončení léčby, důležité jsou zpětné vazby, které dostávám od ostatních.“ (Andrea)*

*„Přestala jsem chodit do Almy, ale po čase mi to chybělo ... myslela jsem si, že jsem frajerka, že nikoho nepotřebuju. Tak jsem se zas přihlásila a dává mi to ještě víc, než před tím, je to takové upevnění ... pevný bod v životě.“ (Dana)*

*„Velký význam pro mě mají ty opakovačky v Bohnicích, mám z toho takový fajn pocit, že můžu něco předat druhým o životě v abstinenci.“ (Marie)*

*Chodím pravidelně do těch Áček, jezdíme i na víkendy, to můžem i celá rodina, s nima a to je hrozně fajn, jsou tam super lidi. prostě mi ty Áčka fakt sedly. (Petra)*

Tři respondentky zmiňují, že jim hagioterapie v rámci doléčování chybí a že by rády dále docházely na skupiny i po skončení léčby.

*„Chodím jen k té psychiatrice na individuální pohovory, jiné skupiny mně nebaví. Je mi líto, že nemůžu docházet na skupiny i po léčbě, líbila by se mi nějaká doléčovací hagio skupina.“ (Zdena)*

*„V léčbě jsem si uvědomila, jak je pro mě hagioterapie důležitá ... Že se můžu na věci dívat i jinak, chybí mi to teď v životě, že nedostávám ty zpětné vazby od Prokopa a holek.“ (Dana)*

*„Ty pravidelné úterky s hagioterapií mi chybí, myslím, že by v Bohnicích mohla být i nějaká doléčovací hagio skupina, musel by se určitě dělat pořadník, protože zájem by byl velký.“ (Andrea)*

## 6. Diskuze

Tato práce je založena na výzkumném souboru s celkem osmi respondentkami, se kterými jsem se seznámila v průběhu jejich léčby v PN Bohnice, a které se účastnily hagioterapeutických setkání. Částečným nedostatkem výzkumného souboru je jeho malý rozsah. Uvedené výsledky tedy nelze považovat za zobecňující pro všechny ženy, které v průběhu léčby závislosti navštěvovaly hagioterapii a nyní abstinují. Původně s rozhovorem souhlasilo dvanáct mnou oslovených žen, ale pouze osm z nich v průběhu realizace rozhovoru plně abstinovalo. Choulostivým tématem bylo to, že jsem neměla možnost stoprocentního ověření faktu, že respondentky nyní abstinují, spoléhala jsem se pouze na jejich vyjádření. Veškeré získané údaje jsem pokládala za pravdivé, citlivé a důvěryhodné. Respondentky se výzkumu zúčastnily dobrovolně a ze své vlastní vůle, tudíž jejich vyjádření pocitů a názorů považuji za relevantní. Žádná z respondentek nepřerušila rozhovor ani nepožádala o následnou péči z důvodů psychické nepohody. Vzhledem ke skutečnosti, že se účastním hagioterapie jako koterapeut, dbala jsem na to, abych v rozhovorech nevystupovala jako terapeut, ale jako výzkumník. Etické náležitosti byly po celou dobu rozhovorů zachovány.

Zvolená kvalitativní metoda se ukázala pro tento typ výzkumu velmi příhodná. Polostrukturovaný rozhovor přináší možnost nechávat rozhovor plynout a podněcovat u dotazovaného vyprávění, zároveň však pomocí předem stanoveného schématu držet rozhovor u zkoumaného tématu. Snažila jsem se držet postupů, které jsou doporučeny pro vedení rozhovoru, citlivá témata střídat s uklidňujícími nenáročnými tématy, vnímat průběh rozhovoru s jeho fázemi a respektovat tempo respondentek.

Na tomto místě bych se ráda zamyslela nad výsledky, které vyplynuly z mého výzkumu.

Pokud jde vnímání hagioterapie v průběhu léčby v PN Bohnice, všechny respondentky se shodovaly ve svých odpovědích v tom, že je hagioterapie výjimečná oproti jiným skupinovým terapiím, vnímají ji jako prostředek k uskutečnění osobnostních změn. Jak respondentky uváděly, otevřela se jim možnost nového pohledu na životní osudy ostatních, mohly k nim zaujmout přiměřený postoj a současně pak s ostatními v dialogu hledat vlastní řešení svých problémů a nejistot v životě. Z toho tedy vyplývá, že prostřednictvím hagioterapeutických setkání lze hlouběji rozvíjet strukturu, o které Fromm (2009) hovoří jako o duchovním svědomí. Charakteristický je přitom především postoj k vlastnímu životu a budování autentického systému hodnot, ve kterém více než vlastní potřeby, zaujímají nejvyšší příčky jiné hodnoty. Některé respondentky uvádějí, že jim v procesu léčby závislosti pomohla víra, z toho jedna se stala věřící v průběhu léčby, pro ostatní se stala víra důležitou hodnotou a prostředkem očisty duše.

Samostatnou kapitolou jsou účinné faktory hagioterapie, které mají svůj význam v samotném procesu léčby, ale zároveň mají přesah i do života respondentek po jejím ukončení. Jak vyplývá z odpovědí respondentek, hagioterapie v sobě nese několik účinných faktorů. Respondentky zmiňovaly terapeutické prostředí, kdy oceňovaly zejména klid, ticho a posvátné prostředí kostela, které v nich vyvolávalo pocit bezpečí. Všechny respondentky se shodly na otevřeném přístupu terapeuta, zejména pak oceňovaly jeho empatii, akceptující a nehodnotící postoj vůči nim. Některé respondentky také oceňovaly terapeutovu schopnost vyvolání silných emocí, což jim umožnilo, nahlédnout do svého vlastního nitra. Respondentky kladně hodnotily také využití biblických příběhů, na základě kterých získaly náhled na své osobnostní uspořádání. Ve dvou případech konfrontace reality s příběhem pacientkám ukazovala, že sice nastoupily léčbu, ale pociťují spíše strach a obavu z budoucnosti. Důležitým faktorem byla pro většinu respondentek možnost otevřít své emoce. Uvědomily si, že mohou zodpovědnost za svůj život převzít do vlastních rukou, což pro některé z nich znamenalo zlomový okamžik v léčbě. Konfrontace s prožitými traumaty jim pomohla v nalézání kořenů své závislosti. Přijetí, kterého se jim dostávala během skupin a následné zpracování emocí, mělo pro ně zásadní význam ve smyslu hlubšího pochopení sebe sama. Z výše uvedeného vyplývá, že všechny tyto faktory vzájemně působily na spirituální složku respondentek. Silné prožitky respondentky zasáhly nejen v průběhu léčby, ale následně jim pomohly nasměrovat jejich další kroky na cestě k abstinenci.

Pokud jde o návrat respondentek z léčení do původního prostředí, ukázalo se, že respondentky vnímají ústavní léčbu jen jako první krok uzdravě. Léčebna nepředstavuje přirozené prostředí, mnohem důležitější tedy je, jak se následně respondentky vyrovnají s nároky každodenního života po skončení léčby a návratu do běžného života. Všechny respondentky se ve svých odpovědích zmiňují o tom, že jim je hagioterapie nápomocná



pro jejich rozhodnutí abstinovat. Prožitky z terapie jim pomohly otevřít cestu k sebereflexi a následnému zvýšení sebehodnocení. Pro všechny respondentky je přínosné, že jim hagioterapie pomohla také hledat cestu k motivaci pro abstinenci. Všechny respondentky rovněž uváděly, že hagioterapii vnímají jako důležitou součást procesu léčby závislosti, a to jak v samotné ústavní léčbě, tak i v životě v abstinenci.

## 7. Závěr

Má práce se skládá ze dvou částí, teoretické a praktické. V teoretické části seznamuji čtenáře s pojmy návyková látka, závislost, léčba, psychoterapie a hagioterapie.

Cílem praktické části bylo zjistit, jakou zkušenost s hagioterapií mají ženy závislé na alkoholu v průběhu léčby závislosti v PN Bohnice a jak je tento typ terapie ovlivnil. Specifickým cílem této práce bylo zjistit jaký přínos má tato metoda ve vztahu k jejich nynějšímu životu v abstinenci.

Na základě kvalitativních výstupů lze říci, že respondentky vnímají pozitivní přínos hagioterapie jak v samotném procesu léčby, tak i pro život v abstinenci. Většina z nich ji hodnotí jako nejefektivnější terapií v léčbě, přičemž osobnost terapeuta a terapeutický vztah, do kterého terapeut vstupuje s respondentkami, je možné považovat za nosné pilíře úspěšného hagioterapeutického působení v PN Bohnice. Pokud jde o oblasti, kde je pro ně hagioterapie přínosná, je to oblast sebepoznání a sebehodnocení. Nezkoumala jsem hloubku sebepoznání, ale z výsledků je zřejmé, že začíná již v procesu léčby v PN Bohnice, kdy dochází k restrukturalizaci osobnosti a způsobu života. Dosažení náhledu a motivace ke změně následně respondentkám pomáhá orientovat se nejen v sobě, ale i ve svých primárních potížích. S rozhodnutím abstinovat souvisí touha získat širší náhled na vlastní závislost a její kořeny, což může být nápomocné při konstruktivním řešení problémů běžného života a změně dosavadních dysfunkčních vzorců chování. Nejlepší cestou k udržení navozených změn a upevnění pozitivních návyků získaných během léčby se jeví následná péče ve formě doléčování a většina respondentek tuto možnost následné péče ve větší či menší míře využívá.

Vzhledem k rozsahu a hloubce studie pro bakalářskou práci je nutné podotknout, že výsledky nelze zevšeobecnit a aplikovat na všechny ženy, které absolvovaly léčbu závislosti v PN Bohnice a nyní abstinují. Je důležité brát do úvahy také možnost

psychického a fyzického rozpoložení, osobnostních znaků respondentek i jejich motivační faktory. I přes tento fakt z výsledků vyplývá, že hagioterapii lze považovat za nástroj, který prostřednictvím sdíleného biblického příběhu může pomoci strukturovat a verbalizovat nejen aktuální problém, ale také jeho kořeny a případná řešení, a že hagioterapii lze vnímat jako podpůrný prostředek k abstinenci.

## 8. Použitá literatura

1. Beran, J. (1996). *Psychoterapeutický přístup v klinické praxi*. Praha: H&H.
2. Bergeret, J. (1995). *Toxikomanie a osobnost*. Praha : Victoria Publishing.
3. Bruchová, H. (1997). *Základy psychoterapie*. Praha: Triton
4. Csikszentmihalyi, M. (1996). *O štěstí a smyslu života: můžeme ovládat své prožitky a ovlivňovat jejich kvalitu?* Praha: Lidové noviny.
5. Drapela, V., J. (2001). *Přehled teorií osobností*. Praha: Portál.
6. Frankl, V., E. (2011). *Bůh a člověk hledající smysl*. Brno: Cesta.
7. Fromm, E. (2009). *Cesty z nemocné společnosti*. Praha: Earth Save.
8. Ganeri, A. (2001). *Drogy. Od extáze k agónii*. Praha: Amulet.
9. Grün, A. (1994). *Hlubině psychologický výklad Písma*. Praha: Česká křesťanská akademie.
10. Hartl, P. & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
11. Heller, J. & Pecinová O. (2011). *Pavučina závislosti, alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga.
12. Hendl, J. (2005): *Kvalitativní výzkum, základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
13. Horneyová, A. & Lanyadoová, M. (2005). *Psychoterapie dětí a dospívajících: psychoanalytický přístup*. Praha: Triton.
14. Jílek, J. (2008). *Ze závislosti do nezávislosti: (spoluzávislí a nešťastní)*. Praha: Roční období.
15. Kalina, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti mezioborový přístup 1*. Praha: Úřad vlády České republiky. Dostupné z:

[www.drogy-info.cz/data/obj\\_files/1648/743/drogy\\_a\\_drog\\_zavislosti\\_dil2.pdf](http://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1648/743/drogy_a_drog_zavislosti_dil2.pdf)

16. Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
17. Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.
18. Jellinek, E. M. (1960). *The Disease concept of alcoholism*. Dostupné z: <http://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.39015056545786;view=1up;seq=3>
19. Kratochvíl, S. (2002). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
20. Kratochvíl, S. (2009). *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén.
21. Langmeier J., Balcar, K. & ŠPITZ, J. (2010). *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál.
22. Matoušek, O. (2003). *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.
23. Matoušek O., Kodymová, P. & Kolářková, J. (2005). *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál.
24. Millerová, G. (2005). *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén.
25. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
26. Nechanská, B. (2013). *Péče o pacienty užívající psychoaktivní látky (alkohol a jiné drogy) hospitalizované v psychiatrických lůžkových zařízeních v ČR v roce 2012*. Dostupné z: [http://www.uzis.cz/system/files/ai\\_2013\\_46.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/ai_2013_46.pdf)
27. Nešpor, K. (2006). *Zůstat střízlivý: praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké*. Brno: Host.
28. Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál.
29. Pokorný, V., Telcová, J. & Tomko, A. (2002). *Patologické závislosti*. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky.
30. Popov, P. (2008). *Kdo nepije, není Čech!?* Dostupné z: [https://www.lidovky.cz/nazory/kdo-nepije-neni-cech.A080131\\_103426\\_In\\_nazory\\_nev](https://www.lidovky.cz/nazory/kdo-nepije-neni-cech.A080131_103426_In_nazory_nev)
31. Radimecký, J. (2007). *Prevence a adiktologie pro odborníky pracující v ústavní výchově a preventivně výchovné péči*. Praha: K Efekt.
32. Remeš, P. (1998). *Hagioterapie - nový směr existenciální psychoterapie?* In *Česká a slovenská psychiatrie*, 94(4), 206 – 211. Dostupné z: <http://www.hagioterapie.cz/?p=75#more-75>
33. Remeš, P. & Halamová, A. (2004). *Nahá žena na střeše*. Praha: Portál.
34. Röhr, H. P. (2015): *Závislost*. Praha: Portál.

35. Řehan, V. (2007). *Adiktologie 1*. Olomouc: Univerzita Palackého.
36. 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. Dostupné z: <https://academic.oup.com/alcalc/article/39/2/141/141967>
37. Skála, J. (1987). *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum.
38. Skála, J. (1988). *...až na dno!?: Fakta o alkoholu a jiných návykových látkách*. Praha: Avicenum.
39. SMOLÍK, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf.
40. Sobotková, I. (2001). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.
41. Strauss, A., & Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert.
42. Trestní zákoník č. 40/2009. Dostupné z: <https://zakony.kurzy.cz/40-2009-trestni-zakonik/paragraf-130/>
43. Ühlinger, C., & Tschui, M. (2009). *Když někdo blízký pije: rady pro rodiny osob závislých na alkoholu*. Praha: Portál.
44. Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
45. Vybíral, Z. (2005). *Psychologie komunikace*. Praha: Portál.
46. Vybíral, Z. & Roubal, J. (2010). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.
47. Vymětal, J. (2003). *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada.
48. Yalom, I. D. (2006). *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál.

## 9. Přílohy

### **Příloha 1:** Informovaný souhlas a informace o studii

Cílem práce je popsat možný přínos hagioterapie pro zvýšení kvality života a udržení abstinence z pohledu žen, které absolvovaly ústavní léčbu závislosti na alkoholu v Psychiatrické nemocnici Bohnice.

Účast ve výzkumu znamená časovou náročnost asi jedné hodiny, realizované v jednom setkání. Použitou výzkumnou metodou bude polostrukturované interview. Rozhovor bude nahráván. Autorka práce se zavazuje, že nahrávka neposlouží ke komerčním ani jiným než výzkumným účelům, bude zpracována objektivně. Po zpracování bakalářské práce bude nahrávka smazána.

Účastníkům studie nehrozí žádné zdravotní, bezpečnostní ani jiné riziko.

Účastník prohlašuje svým podpisem, že se rozhodl/a zúčastnit výzkumu, který je součástí bakalářské práce „Hagioterapie a její přínos z pohledu žen, které absolvovaly ústavní léčbu v Psychiatrické nemocnici Bohnice a nyní abstinují“, a to svobodně, po vlastním uvážení a poučení autorkou.

Účastník studie dále svým vlastnoručním podpisem potvrzuje, že autorka práce, která poskytla poučení, osobně vysvětlila vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu. Účastník prohlašuje, že shora uvedenému poučení plně porozuměl/a, a souhlasí s účastí ve studii.

Tento informovaný souhlas se vyhotovuje ve dvou provedeních, z nichž každá smluvní strana obdrží po jedné kopii a nabývá platnosti a účinnosti dnem jejího podpisu oběma smluvními stranami.

Datum:

Jméno a podpis účastníka studie:

Jméno a podpis autorky: