

UNIVERZITA KARLOVA

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

**Význam hagioterapie při léčbě závislostí pohledem
abstinujících osob, dříve závislých**

Importance of hagiotherapy in the treatment of addictions
abstinent person, previously addicts

Diplomová práce

Vedoucí práce:

Mgr. Barbora Racková

Autor práce:

Bc. Silvie Příbylová, DiS.

Praha 2019

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí práci **Mgr. Barboře Rackové** za její odborné a trpělivé vedení práce, díky němuž jsem práci odevzdala práci i přes všechny mé osobní komplikace. Za rychlé a vstřícné jednání, když výzkumnou část zkomplikovala pandemie s Covid-19 a její ochotu vést rozhovory, aby byly v té nejvyšší kvalitě. Také děkuji za odborné konzultace **Mgr. Bc. Janu Kaňákovi, Ph.D.** s výzkumnou částí práce, nasměrování a zorientování při výběru výzkumné metody a za jeho velice podnětné poznámky ke zvýšení odbornosti práce. Děkuji také všem respondentům, že věnovali svůj čas pro tvorbu rozhovorů.

Nedílnou součástí poděkování je mé rodině za trpělivost, schovívavost a ochotu hlídat mi dceru, abych mohla práci dokončit.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci „Hagioterapie u abstinujících/závislých klientů“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

Jméno autora
(podpis autora)

Anotace

Cílem práce bylo zjistit, zda je hagioterapie účinný psychotherapeutický nástroj při práci s klienty s drogovou minulostí, a zda jim dostatečně pomáhá při jejich dlouhodobé abstinenci. První kapitola slouží pro zakotvení tématu v oboru sociální práce. Druhá kapitola popisuje druhy drog, sociální práci se závislým klientem a její principy, prevenci závislosti a sociální služby pro klienty se závislostí. Třetí kapitola je věnována abstinenci. Popisuje propojení spirituality s abstinencí, prevenci abstinence, práci s nejčastějšími emocemi během abstinence a rizikové faktory pro klienty v abstinenci. Primárně se soustředím na klienty, kteří abstinují od alkoholu. Čtvrtou kapitolou je samotná hagioterapie. Úvodní kapitoly práce se věnují širšímu pohledu na psychoterapii - popisují různé přístupy, motivaci klienta. Další kapitoly pak přecházejí k hagioterapii jako takové. Popisují její kořeny, zakladatele, cíle a nástroje a věnují se bibli jakožto hlavnímu nástroji hagioterapie. Ve výzkumné části práce je popsána metoda a principy, které jsou využity v poslední části práce. Tou je ilustrativní šetření, které proběhlo formou rozhovorů, a takto získaná data byla zpracována interpretativní fenomenologickou analýzou.

Klíčová slova

Drogy, drogová závislost, abstinence, emoce, sociální práce se závislými, následná péče, psychoterapie, hagioterapie, bible, klient, skupinová psychoterapie

Annotation

The goal this thesis is to determine whether hagiotherapy is an effective psychotherapeutic tool in working with clients with a drug history, and whether it sufficiently helps them in their long-term abstinence. The first chapter serves to embed the topic in the specialization of social work. The second chapter describes the types of drugs, social work with an addicted client and its principles, addiction prevention and social services for addicted clients. The third chapter is devoted to abstinence. It describes the connection of spirituality with abstinence, prevention of abstinence, work with the most common emotions during abstinence and risk factors for clients in abstinence. I primarily focus on clients who abstain from alcohol. The fourth chapter is hagiotherapy itself. The introductory chapters are devoted to a broader view of psychotherapy - they describe different approaches, motivation of the client. The next chapters then move on to hagiotherapy as such. They describe its roots, founders, goals and tools, and deal with the

Bible as the main tool of hagiotherapy. The research part of the thesis describes the method and principles that are used in the last part of the thesis. This is an illustrative survey, which took place in the form of interviews, and the data obtained in this way were processed by interpretive phenomenological analysis.

Keywords

Drugs, drugs addiction, abstinence, emotions, social work with addicts clients, aftercare, psychotherapy, hagiotherapy, bible, client, group psychotherapy

Obsah:

Úvod:	9
Teoretická část	11
1 Zasazení tématu do oboru sociální práce	11
2 Drogová závislost	13
2.1 Definice závislostí podle Americké psychiatrické asociace	13
2.2 Rozdělení a účinky návykových látek	14
2.3 Sociální práce se závislým klientem.....	19
2.3.1 Cílová skupina klientů pro sociálního pracovníka.....	19
2.3.2 Principy sociální práce s klienty se závislostí	19
2.4 Prevence závislostí	20
2.5 Sociální služby pro klienty se závislostí	22
3 Abstinence	24
3.1 Spiritualita a abstinence	25
3.2 Prevence recidivy a relapsu.....	26
3.2.1 Emoce při recidivě/relapsu	28
3.2.2 Rizikové faktory u abstinujících osob pro recidivu/relaps	28
3.2.3 Odmítnutí drogy.....	29
3.3 Abstinence od alkoholu	30
3.3.1 Anonymní alkoholici a sesterské organizace.....	31
3.4 Následná péče o závislé klienty v ČR.....	32
3.4.1 Vymezení pojmu.....	33
3.4.2 Hlavní složky programu následné péče.....	34
3.4.3 Sociální pracovník ve skupinové práci.....	36
4 Hagioterapie	41
4.1 Psychoterapie	41
4.1.1 Matching.....	41

4.1.2	Motivace klienta v psychoterapii.....	42
4.1.3	Spiritualita v psychoterapii.....	42
4.1.4	Religiozita ve vztahu s psychologií člověka.....	43
4.2	Pojem hagioterapie	44
4.2.1	Kořeny hagioterapie.....	45
4.2.2	Osobnost MUDr. et Mgr. Prokopa Remeše.....	45
4.2.3	Cíle hagioterapie	46
4.2.4	Nástroje hagioterapie	46
4.2.5	Hagioterapeut.....	46
4.3	Bible jako terapeutický nástroj.....	47
4.4	Průběh terapeutického sezení/terapeutické skupiny	48
	Výzkumná část.....	51
5	Vliv hagioterapie na pacienty během léčby	51
5.1	Psychiatrická nemocnice Bohnice.....	51
5.1.1	Oddělení léčby závislosti.....	51
5.2	Metodologie šetření	52
5.2.1	Metoda sběru dat.....	52
5.2.2	Výběr a oslovení respondentů	53
5.2.3	Etické zásady	53
5.2.4	Limity mého šetření	53
5.2.5	Výzkumná otázka.....	54
5.2.6	Způsob analýzy dat	55
6	Témata v hagioterapeutických skupinách.....	57
6.1	Konkrétní témata očima klientů	58
6.2	Shrnutí.....	64
	Závěr.....	66
	Seznam literárních zdrojů:.....	68
	Seznam internetových zdrojů:	70

Seznam zkratk:

CNS – centrální nervová soustava

WHO – světová zdravotnická organizace (World health organization)

AA – Anonymní alkoholici

NA – anonymní narkomani

Úvod:

„Dvě velké evropské drogy: alkohol a křesťanství.“

- Friedrich Nietzsche německý filozof, spisovatel 1844–1900

Úvodní citát spojuje zcela výstižně hlavní témata této diplomové práce. Během mého profesního profilování studia mé zájmy nejvíce směřovaly k rodinám s dětmi a závislým klientům. Vzhledem k tomu, že již absolventská i diplomová práce se věnovala první skupině, rozhodla jsem se u této práce více prohloubit znalosti z práce s druhou skupinou, závislými klienty.

I když při nástupu na fakultu jsem jako ateista vůbec nečekala, že mě nějakým způsobem křesťanství osloví, vzbudilo ve mně zájem. Přišlo mi zajímavé sledovat celý jeho historický vývoj, to, jak bylo v historii vnímáno, jak ovlivňovalo dějiny, kolik osobností světové úrovně ke křesťanství vzhledlo. A při prvním kurzu u MUDr. Remeše se mi propojily tyto zájmy.

Práce je rozdělená do dvou hlavních částí. První je teoretická, obsahuje tři hlavní kapitoly – Drogy, Sociální práce se závislými klienty a hagioterapie. Druhá část je praktická, jsou zde zpracovány rozhovory s klienty, kteří prošli abstinenční léčbou ve FN Bohnice. Práci uvádí kapitola, která kotví toto téma do sociální práce. Jsem si vědoma, že práce přesahuje i do psychoterapie, ale v textu několikrát vysvětluji a i dokládám, proč jsou při práci se závislými klienty tyto obory neodmyslitelně spojené.

V České republice je téma drogové závislosti stále tabu. Lidé, kteří projdou léčbou, mají nový vstup do života velmi těžký. Povětšinou ještě docházejí, nebo by měli docházet, do různých neziskových organizací, které se zabývají následnou péčí, navštěvují psychoterapeutické skupiny a jiné. Bible v sobě skrývá příběhy všedních dní, starostí, problémů i stresů. Pomocí těchto příběhů lidé mohou snáze najít odpovědi na své otázky. Avšak následná péče pro tyto klienty v ČR není příliš na vysoké duchovní úrovni, většina úsilí je soustředěna na vytvoření sociálního zázemí klienta (bydlení, zaměstnání apod.). To je samozřejmě nedílná a důležitá součást, nicméně duševní vyrovnanost a možnost sdílení je minimálně stejně důležitá, a proto by různé druhy psychoterapie neměly být doplňkovou složkou, ale jednou ze stěžejních.

Cílem mé diplomové práce je zjistit, jaký vliv měla hagioterapie na klienty, kteří prošli protialkoholní nebo protidrogovou léčbou. Jak využít hagioterapii jako podporu pro úspěšnou abstinenci. Zjistit, zda může hagioterapie pomáhat během následné péče.

Hlavní výzkumnou otázku jsem položila **Jak pomáhá hagioterapie klientovi během abstinence?** Můj názor je, že psychoterapie a sociální práce by měly být u těchto klientů neoddělitelně propojeny. Na ověření správnosti této myšlenky byly zrealizovány 3 rozhovory, které zjišťují, jak hagioterapie konkrétně pomáhá při dlouhodobé abstinenci. Výsledky tohoto průzkumu najdete v šesté kapitole práce.

Teoretická část

1 Zasazení tématu do oboru sociální práce

Obor sociální práce i přes všechny své definice, které se snaží jej vymezit, stále nemá jasně dané hranice, kam až může sahat. Přesněji řečeno, v čem všem mohou sociální pracovníci být nápomocni nejen klientům, ale i mezioborovým vztahům (př.: právo, volnočasová pedagogika, ošetrovatelství, aj.).¹

Podíváme-li se na sociální práci z hlediska toho, jak k ní přistupují sociální pracovníci na různých pracovištích, nalezneme určitou rozdílnost. Sociální pracovnice na úřadu práce svou práci vykonává převážně z administrativního pohledu, kdežto sociální pracovníci v komunitních centrech mají pohled spíše filantropický. Proto je nutné si uvědomit, že tyto různé pohledy dávají pracovníkům i rozdílné potřeby a možnosti práce s klienty. Nesmíme opomenout i fakt, že tyto rozdílné potřeby s sebou nesou i určitou zodpovědnost ve vzdělávání pracovníků. Samozřejmě máme u nás velké množství doplňkových kurzů od několika hodinových, až po ty, co nám zaberou několik let.

Nutné je si i uvědomit, kde končí sociální práce a začíná jiný obor, avšak tyto hranice se časem posouvají: *„Na jedné straně dnes lidé s označením „sociální práce“ spojují nabídku mnohem pestřejší škály typů pomoci a služeb než třeba v roce 1990. Nad tím se můžeme radovat. Na druhé straně se domnívám, že tato pestrost je tak bezbřehá, že se v ní sociální práce ztrácí jako v mlze.“*²

Diplomová práce stojí na pomezí sociální práce a psychoterapie. Nabízí určitou možnost využití psychoterapeutických prvků v následné péči klientů, kteří prošli závislostí. Tento pohled mi přijde celistvý a dodává sociálním pracovníkům s psychoterapeutickým výcvikem větší portfolio možností, jak pracovat s klientem nejen v krizi, ale i třeba během léčby závislosti, po recidivě či relapsu, a celkově během abstinence.

Sociální pracovník napomáhá klientům hlavně v praktických otázkách života, jako je zajištění bydlení, obstarání nového zaměstnání, pomoc při vyřizování agendy na úřadech apod. Může být ovšem i nápomocný z hlediska psychické podpory klienta, př.: Klient má

¹ Sociální práce. Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci [online]. *Různorodost pojetí, nejasná nabídka a kontrola výkonu „sociální práce“*. 2008/2. Českých Budějovicích: Asociace vzdělavatelů v sociální práci. Od r. 1998 [cit. 1. 7. 2020]. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/soubory/2008-2-130102145614.pdf>

² Tamtéž.

ze své minulosti obavy z komunikace s úředními pracovníky. Terapeut by měl tuto obavu rozklíčovat a naučit klienta s ní pracovat a překonat ji. Sociální pracovník spíše klienta připraví prakticky na situaci na úřadě, případně jej na úřad sám doprovodí, a tak klientovi pomůže jeho obavy překonat.³

Vztáhnu-li výše popsané rozdělení k hlavnímu tématu práce z praktického hlediska věci, představuji si následující situaci. Klient docházející k psychoterapeutovi v rámci abstinování jeví určité známky a varovné signály blížícího se relapsu/recidivy, avšak psychoterapeut je vázán mlčenlivostí vůči klientovi, nemůže tedy na tyto signály upozornit sociálního pracovníka, který zpravidla s klientem tráví více času v rámci intervencí. Může varovat pouze klienta samotného. Sociální pracovník by přitom při znalosti těchto informací mohl podniknout určité kroky, které by mohly odvrátit recidivu, nebo alespoň minimalizovat škody.

Již v praxi se setkáváme s určitými prvky psychoterapie v práci sociální práce, jako:

- „a) využívání různých terapeutických konceptů u jednoho přístupu – např. psychosociální rehabilitace*
- b) psychoterapie je součástí intervencí vedle sociální práce v rámci jednoho systému péče – např. časná intervence*
- c) jeden terapeutický koncept ovlivňující organizaci celého systému péče – např. otevřený dialog“⁴*

Jedním z dalších cílů práce je nastítnit, jak by mohla hagioterapie (tedy jedna z druhů psychoterapií) být nápomocná během následné péče o klienty s drogovou závislostí. Právě tedy propojení psychoterapie a sociální práce.

³ Sociální práce. Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci [online]. *Využití psychoterapie v oboru sociální práce*“. Českých Budějovicích: Asociace vzdělavatelů v sociální práci. Od r. 1998 [cit. 1. 7. 2020]. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=1&clanek=990>

⁴ Tamtéž.

2 Drogová závislost

Drogová závislost se podepisuje na zdraví i kvalitě života nejen uživatele, ale i jeho rodiny, přátel a v celkovém důsledku na celé společnosti. Užívání drog má negativní vliv na mnoho stránek lidského života – zdravotní, sociální, ekonomické. Uživatelé se mění životní hodnoty, ztrácí vůli, narušuje si mezilidské vztahy, které mnohdy končí až rozkladem rodiny, ohrožuje veřejné zdraví a bezpečnost.⁵

droga = z arabského slova durana, které označovalo lék. WHO označila za drogu jakoukoliv látku, která po vpravení do organismu mění jednu nebo více funkcí organismu

drogová závislost = je abnormální až patologický stav vyvolaný častým užíváním drog

2.1 Definice závislostí podle Americké psychiatrické asociace

Podle Americké psychiatrické asociace pro diagnózu závislosti uživatel musí splňovat tři ze sedmi příznaků za posledních 12 měsíců. Tyto příznaky jsou téměř totožné s těmi, které uvádí WHO.

1. růst tolerance (je potřeba navyšovat dávku drogy, aby splňovala požadovaný efekt)
2. uživatel jeví odvykací příznaky po vysazení drogy
3. užívání drogy déle nebo větším úmyslu, než bylo původně plánováno
4. opakované nebo dlouhodobé pokusy o ovládnutí užívání drogy
5. trávení času okolo drogy (užívání, zajišťování, „dojezdy“)
6. omezení nebo úplné ukončení sociálních, pracovních či rekreačních aktivit právě z důsledku užívání drogy
7. přecházení varovných problémů v důsledku užívání drogy (zdravotní, sociální, aj.)⁶

⁵KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6, str. 25

⁶NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6, str. 21 - 22

2.2 Rozdělení a účinky návykových látek

Kapitola se bude zabývat stručným rozdělením návykových látek a jejími účinky na konzumenta látky. Kapitola je v práci obsažená, protože v praktické části práce povedu rozhovory s klienty závislími na různých látkách.

Existuje celá řada možností, jak dělit drogy a drogovou závislost. Všeobecně se uvádějí drogy legální a nelegální. Nejen v ČR se mezi legální drogy řadí alkohol a tabákové výrobky. Snadná dostupnost pak způsobuje, že závislost na těchto drogách se řadí na přední příčky závislostí nejen v ČR, ale i celosvětově. Podle míry závislosti dělíme drogy na měkké a tvrdé. Pro účely práce využijeme dělení drog, tak jak jej uvádí Kamil Kalina ve své knize Drogy a drogové závislosti.

Alkohol

Alkohol vzniká chemickým procesem z kvašení sacharidů z ovoce nebo z polysacharidů z obilovin či brambor. Alkohol byl vyráběn již od počátků civilizace, jak dokládají mnohé archeologické nálezy. Byl používán při rituálech, obřadech léčení, a i jako pouhý nápoj. V současnosti se může využívat jak ve farmakologii, tak i lidové medicíně. Lze však předpokládat, že jak je dlouho znám alkohol, tak stejně dlouho s ním jsou spojené i jeho negativní důsledky, a to nejen ty zdravotní. Nadměrná konzumace alkoholu se označuje jako „alkoholismus“, termín prvně oficiálně užil M. Huss v r. 1849. Od roku 1951 jej WHO užívá jako oficiální medicínský termín.⁷

„Nadměrná pravidelná konzumace alkoholických nápojů se u nás týká přibližně 25 % dospělé mužské populace a 5 % žen.“⁸

„Poruchy vyvolané nadměrným užíváním alkoholu jsou v MKN- 10 uvedeny v oddílu F10.“⁹

Účinky

Psychoaktivní účinky alkoholu jsou dány množstvím požitého nápoje, na výsledný efekt má vliv biologická složka (zdravotní stav, váha, ...), psychologická složka (psychické rozpoložení uživatele, ...) a sociální složka (prostředí kde se droga užívá,

⁷KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6, str. 151

⁸ Tamtéž.

⁹KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6, str. 151

působení okolních lidí,...). Při počátku konzumace dochází k stimulaci (zvýšené sebevědomí, agrese, mnohomluvnost, ...), při rychlé konzumaci dochází k útlumu. Může však vést až k akutní intoxikaci CNS, kde dochází k únavě, spánku, bezvědomí až k smrti.¹⁰

Vývoj závislosti

Mezi užíváním alkoholu a alkoholismem je poměrně tenká hranice, která se překročí zpočátku velmi nenápadně. Jedná se o postupné změny, jako je zvyšování tolerance na alkoholu, změny v myšlení (zpočátku také velmi nenápadné) a chování, které se mohou i uchytit v osobnosti uživatele. *„Jedná se vlastně o adaptační mechanismus, kterým alkoholik reaguje na konflikty, vznikající při konfrontaci s realitou stále častějších a výraznějších problémů, vyvolaných jeho pitím. Tyto změny myšlení a z nich vycházejícího chování se označují jako „alkoholické obrany“. Alkoholik jimi zpočátku zakrývá, později vysvětluje a obhajuje („racionalizuje“) pití.“*¹¹

Dalším stádiem mohou být první ranní doušky, ztráty paměti. Později dochází ke snížení toleranci. V praxi to znamená, že se konzument napije velmi málo, ale chová se jako velmi opilý, tělo totiž přestává metabolizovat alkohol.¹²

Opioidy a opiáty

Opioid – v lékařství se využívají pro tlumení bolesti, či jako léky proti kašli. Jedná se o analgetika a antitusika.¹³

Opiát – šťáva z nezralých makovic máku setého. Lze získat morfium, kodein, aj.¹⁴

Účinky

Somatické účinky opiátů a opioidů jsou velmi rozsáhlé. Napadají CNS – působí na emocionální složku a bolest, tlumí dýchací centrum, snižují tělesnou teplotu. Působí na

¹⁰KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6, str. 152

¹¹KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6, str. 153

¹²Tamtéž.

¹³KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6, str. 159

¹⁴ Wikipedie: Opium. In: www.wikipedia.org [online]. Praha, 2017. [cit. 2018-08-30]. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Opium>

krevní oběh – rozšiřování cév, bradykardie, hypotenze, ve vyšších dávkách dochází k obrně mozkových center a tím srdeční zástavě.¹⁵

Stimulancia

Jedná se o látky, které mají budivý efekt na CNS. Řadíme sem kokain, extázi, amfetamin, aj.

Účinky

Zvyšuje psychomotorické tempo a bdělost, urychluje myšlení, zkracuje se spánek, vyvolávají euforii, pocit energie, nechutenství. Působí na organismus – vzestup tlaku krve. Při odeznívání přichází vyčerpání, bolesti kloubů, není výjimkou i několikadenní spánek s buzením pouze na jídlo. Dlouhodobý účinek látek vyvolává pouze psychickou závislost, která se však považuje za mnohem závažnější než fyzická závislost.¹⁶

Halucinogenní drogy

Jsou často zkoumané vědci a lékaři, a to pro svou nevyzpytatelnost a tajemnost účinnosti. Můžeme je dělit do 3 skupin – přírodní halucinogenní drogy přírodního původu, přírodní halucinogenní drogy živočišného původu a syntetické.

Nejčastější je LSD, psilocybin, a další halucinogeny.¹⁷

Účinky

Zpočátku se objevuje latence, chvění, neovladatelnost pohybů, nevolnosti, závratě – tyto příznaky poté odezní (v řádu několika minut, hodiny). Poté se objevují pseudohalucinace, citlivost k vnímání barev, prostoru, euforie, dobrá nálada, občas však přichází deprese. Vysoké dávky však mohou působit velmi negativně na psychiku člověka, dochází k poruchám myšlení, paranoia, snížená schopnost úsudku a pozornosti. Může i výjimečně dojít k depersonalizaci. Avšak se jedná o zcela nevyzpytatelnou skupinu drog, kdy je možné se setkat s velmi různými a odlišnými reakcemi uživatelů.¹⁸

¹⁵KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6, str. 159-160

¹⁶KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6, str. 164

¹⁷KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6, str. 169-170

¹⁸KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6, str. 170–171

Konopné drogy

V dnešní době se začíná konopí využívat i v lékařství, a to hlavně při potlačení symptomů při léčbě rakoviny nebo AIDS. Velké naděje se vkládají při léčbě roztroušené sklerózy, migrén či Parkinsonovy choroby.¹⁹

Účinky

Mezi nejčastější a nejrozšířenější účinky patří sucho v ústech, pocit hladu, zkreslené vnímání času, hmatové či zrakové iluze, nepřestávající smích, euforie, depresivní rozpady. Může dojít až ke zvracení, úzkostné stavy. Při dlouhodobém užívání dochází ke zhoršení kognitivních funkcí (krátkodobá paměť, paměť), hlubokým depresím, poruchám emocí. Konzument vlastně nikdy neví, kolik pozře účinné látky a v tomto tkví velké riziko této drogy.²⁰

Těkavé látky

„Skupina návykových látek uvedených v MKN – 10 pod označením F 18 – prchavé látky se častěji označuje jako těkavé látky nebo inhalační drogy. Patří mezi ně některá rozpustidla, ředidla a lepidla, ale i plynné látky, například éter a rajský plyn. Jednotlivé těkavé látky se od sebe liší chemickým složením, způsobem účinku a klinickým obrazem.“²¹

Mezi nejznámější těkavé drogy patří toluen, benzin, éter, aceton, aj.

Účinky

Pocit euforie, poruchy vnímání, barevné halucinace, útlum až spánek, poruchy vědomí. Při velkém požití látky může dojít k bezvědomí až kómatu, kdy může nastat srdeční zástava. Při dlouhodobém užívání dochází k poruchám emotivity a chování (labilita, agrese, ...), látky napadají mozkovou tkáň a nastává „hloupnutí“. Tvoří se zejména psychická závislost.²²

¹⁹KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6, str. 175

²⁰KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6, str. 176–177

²¹KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6, str. 193

²²KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6, str. 194–195

MDMA

Počátky MDMA (extáze) jsou v r. 1912, kdy byla látka patentována jako lék na hubnutí. Nikdy však nedošlo k jejímu velkému prodeji. Látka byla posléze využívána v psychoterapii do doby, než se prokázala její neurotoxicita a poté byla spíše zakázána. Avšak se ojediněle stále vyskytuje.

Účinky

Působí hlavně na CNS na uvolňování dopaminu, serotoninu, a dalších látek. Dochází k neklidu a zmatenosti, poté nastává klid a mizí stres a nastává zlepšení nálady. U mužů způsobuje oddálení ejakulace. Může nastat bolest svalstva, nejčastěji žvýkacích svalů, snižuje se chuť k jídlu a potřeba spánku. Několik dní po vyprchání látky dochází ke zhoršení nálady.²³

Tabák a tabákové výrobky

Nikotin je jediná návyková látka v tabáku, který obsahuje až 5 000 složek. První tabák pěstovali Indiáni, ale používali jej spíše k rituálům. V dnešní době se jedná o nejrozšířenější světovou drogu.

Účinky

„Akutní účinky nejsou tak podstatné: lokální podráždění sliznic, nauzea, bolesti hlavy, průjem.“²⁴

²³KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6, str. 201–202

²⁴KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6, str. 206

2.3 Sociální práce se závislým klientem

Klient závislý at' na alkoholu, omamných látkách nebo hráčství je v péči mnoha odborníků, jsou to zdravotníci, pedagogové, psychologové, psychiatři a mimo jiné i sociální pracovníci. Vzhledem k cíli diplomové práce se budu věnovat primárně práci s klientem z pohledu sociální práce.

2.3.1 Cílová skupina klientů pro sociálního pracovníka

Pro sociálního pracovníka může být klientem každý uživatel drog. udává Míra závislosti na droze se odvíjí od frekvence užívání. Lze ji rozdělit do 5 skupin:

- a) experimentální užívání – užívání je spíše ze zvědavosti a zcela nahodilé a výjimečné
- b) příležitostné užívání – neužívají více jak 1x týdně, droga je spojená s životním stylem, druhem zábavy, aj.
- c) pravidelné užívání – užívají alespoň 1x týdně a objevují se první zdravotní/psychické/sociální problémy
- d) problémové užívání – užívá se často, ovlivňuje již člověka a droga je užívána nebezpečným způsobem
- e) závislost – uživatel již podřizuje droze svůj život, postupně se navyšují dávky, aby se dosáhlo cíleného efektu²⁵

2.3.2 Principy sociální práce s klienty se závislostí

Principy sociální práce s klienty s drogovou závislostí vycházejí z *Národní strategie protidrogové politiky na období 2005–2009*. Hlavním úkolem je snižování poptávky, dostupnosti a rizik.

Jedním z hlavních a účinných přístupů v práci s uživateli drog je motivační rozhovor/motivační trénink. Jedná se o komunikační strategii a dovednosti, které cíleně

²⁵MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X, str. 212

vyvolávají změny v myšlení a chování uživatele. Více o motivačním rozhovoru budu psát dále v práci.²⁶

2.4 Prevence závislostí

„Příčiny alkoholismu a drogové závislosti jsou velmi komplexní. Zatím nebylo potvrzeno nic, co by jednoznačně prokazovalo predispozice pro vznik závislosti. Neznáme predisponovanou alkoholickou osobnost. U někoho se tedy rozvíjí závislost na základě excesivního pití pro psychologické problémy, jinde převažují genetické, vrozené dispozice anebo sociokulturní vazby na alkohol a rituály spojené s požíváním alkoholu nebo jiných omamných látek.“²⁷

Z výše uvedené citace je zcela zřejmé, že při plnohodnotné prevenci je potřeba se zabývat všemi stránkami jedince. Tedy jeho biologickou, psychickou, sociální i spirituální stránkou. Všeobecně se v literatuře uvádí třístupňový systém prevence a v každém ze stupňů je potřeba se zabývat všemi uvedenými stránkami.

Primární prevence

Jedná se o prevenci, která působí na lidi, kteří se závislostí nemají ještě zkušenost, má podporovat zdravé zrání jedinců. Provádí se např. ve školách.

Biologická stránka – správné stravování, zdravý pohyb, prevence úrazů a jejich léčba, rehabilitace, hlídání užívání některých návykových léků (analgetika, aj.)

Psychologická stránka – trávení volného času, posilování zdravého sebevědomí, pěstování koníčků a zájmů, pozitivní zážitky

Sociální stránka – péče o sociálně potřebné a vyloučené skupiny, u jednotlivce může jít o vyčlenění z party nebo naopak fixace na špatné skupiny lidí, prevencí je tedy rozvoj prosociálních dovedností, dobročinnost, empatie

²⁶MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X, str. 213–214

²⁷KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6, str. 91

Spirituální předpoklad – dodání mystičnosti, rozvoj pokory a smyslu života, poznání světa a jeho okolí, dodat určité rituály pro vnitřní krásu a obohacení se²⁸

Sekundární prevence

Prevence je již adresovaná skupině, jedinci, kteří jsou bezprostředně či zprostředkovaně ohrožení.

Biologická stránka – může jít o změnu medikace při dlouhodobé léčbě, cílené ovlivnění nemoci, potlačení odvykacích stavů

Psychologická stránka – v celkové anamnéze hlavně pátráme, kdy se závislost začala vytvářet, co bylo jejím spouštěčem a co již závislost způsobila. Zjištěním a následnou léčbu se zabývají odborníci na psychoterapii.

Sociální stránka – využívá se spolupráce se sociálními pracovníky, kteří vytvářejí prognózu a zmírňují dopady závislosti a snaží se klienta začlenit zpět do společnosti

Spirituální stránka – využívá se v rámci léčby, skupiny AA/NA, program 12 kroků a jakékoliv další skupiny otevřené duchovním/náboženským či jinak spirituálním diskusím²⁹

Terciární prevence

„Pod pojmem terciární prevence rozumíme předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog.“³⁰

Biologická stránka – většinou jde o omezení přenosu vážných nemocí (př.: výměna jehel), poskytování informací o „bezpečném“ užívání drog, zlepšení zdravotního stavu uživatele.³¹

V některých výzkumech se objevují biologické faktory, jako průběh těhotenství matky, pokud matka během těhotenství užívala návykové látky, a tedy kdy se plod setkával již v prenatálním období s účinky látky, někteří odborníci zastávají i názor, že může mít vliv samotný porod (využití tlumících látek, stres, aj.) a také psychomotorický vývoj po porodu, přítomnost nemocí, traumat atd.

²⁸KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6, str. 146

²⁹KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6, str. 147

³⁰ Tamtéž.

³¹KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6, str. 148

Jediná ověřená skutečnost ovšem je, že děti alkoholiků mají vyšší toleranci vůči alkoholu, a tedy pro potřebu opítí se, potřebují více množství, což vede k jistým rizikovým faktorům.³²

Psychologická stránka – poradenství, motivační rozhovory, rodinné terapie

Sociální stránka – chráněné bydlení, chráněné dílny, poradenství

Spirituální stránka – zde se propojuje s psychologickou stránkou, časté téma bývá smrt a její příprava na ni, otázky okolo stavu závislého, hodnoty, pocity viny, smysl života a mnoho dalších témat.³³

2.5 Sociální služby pro klienty se závislostí

Terénní programy – služba poskytující péči o klienta v jeho přirozeném prostředí (doma, na ulici, v jeho zaměstnání, aj.). Klientovi se poskytují nejen informace o užívání drog, ale probíhá i výměna stříkaček a jehel, distribuce kondomů a nutná první pomoc. Mimo jiné programy působí i jako prevence a poskytují informace o dostupných službách pro klienty, péči a případnou léčbu. Konkrétně službu poskytují např.: Magdaléna o.p.s., Progressive o. p. s., Renarkon o. p. s., Sananim, aj.

Nízkoprahová kontaktní centra – poskytují stejné služby, jako terénní programy, a navíc mohou pomáhat i s distribucí potravin. Je zde možná dlouhodobější spolupráce s klientem a tím pádem lze lépe a více klienta motivovat. Centra mohou také zprostředkovávat nástup do léčby. Konkrétně: Společnost Podané ruce, K-centra, aj.

Ambulantní péče – je poskytována různými zařízeními. Služba již klade na klienty určité nároky, vytváří individuální plán práce s klientem. Například: Prev-centrum, Magdaléna o. p. s.

Denní stacionáře – intenzivní služba. Klient dochází ideálně několikrát týdně do programu po dobu 2-3 měsíců. Např.: Sananim, aj.

³²KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6, str. 91 -92.

³³KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6, str. 148

Psychiatrické léčebny – pobytová služba na dobu 3-6 měsíců, ve třech fázích s jasnými pravidly. Práce s klientem probíhá formou terapií. Příklad: Psychiatrická nemocnice Bohnice.

Terapeutické komunity – pobytová služba na 6–18 měsíců. Jedná se o strukturovanou a intenzivní léčbu. Hlavní důraz se klade na intenzivní psychoterapeutický proces a komunitní způsob života. Příklad: Krok, Fides, aj.

Doléčovací centra – služba pro následnou péči a prevence relapsu uživatelů drog. Program trvá 6–12 měsíců. V rámci centra se nabízí poradenství, terapie, pomoc se zařazením do běžného života (bydlení, zaměstnání atd.). Příklad: P-centrum, D-centrum, aj. Téma doléčovacích center je pro práci stěžejní, tudíž se mu více budu věnovat v samostatné podkapitole.

Substituční programy – služba pro uživatele opiátových drog, jejímž klientům je podávána náhražka za drogu. Využívá se hlavně metadon a subutex. Služba poskytuje prevenci v kriminální činnosti uživatelů, snahu o stabilizaci klienta v jeho fyzickém i psychickém životě. Příklad: eDekontaminace

Právní poradna – spíše ojedinělá služba, nabízí však právní pomoc klientům, kteří se dostali do konfliktu se zákonem. Poskytuje také poradenství zaměstnancům služeb. Příklad: Prev-centrum.³⁴

³⁴MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X, str. 215–216

3 Abstinence

*„Odnaučit se kouřit je nejsnadnější věc pod sluncem. Já sám jsem se o to pokusil
aspoň tisíckrát“*

- Mark Twain

Hlavním cílem práce je zjistit, jak pomáhá/může pomáhat hagioterapie při abstinenci. Z toho důvodu je samostatná kapitola pojednávající o abstinenci více než důležitá.

Léčba drogové závislosti není jednoduchý proces a už vůbec ne krátkodobý. Mnohdy to bývá běh na dlouhou trať, kde je potřeba i počítat s problémy a přešlapy. Není však nutné hned považovat klienta za opět závislého z pohledu pracovníka, i když o sobě klienti sami velmi často hovoří, jako o závislých osobách, protože si uvědomují tuto svou slabou stránku. Mnohé občasné návraty k droze nám mohou ukázat zdroj potřeby sáhnutí po droze. A jak zvládat úspěšně abstinenci, jak se poučit z recidivy, to se pokusím popsat v této kapitole.

Zpočátku je nutné si vysvětlit rozdíl mezi těmito pojmy, se kterými budu v práci dále pracovat:

Abstinence znamená zdrženlivost, jedná se o odpírání nějaké látky/činnosti.

„Abstinence při existující závislosti na látce nebo činnosti může vyvolat obtíže zvané abstinenci příznaky (fyzické, psychické nebo jejich kombinaci). Liší se podle druhu chybějící látky nebo prožitku. Nedodržení abstinence po protialkoholním léčení a po léčení drogové závislosti znamená návrat k závislosti.“³⁵

*„**Recidiva** – u závislosti se tím míní návrat k návykovému chování po určitém čase abstinence. Recidivu je správné co nejrychleji zastavit a psychoterapeuticky zpracovat, aby posloužila jako zkušenost.“³⁶*

„Recidiva je definována takto: návrat k nemoci, která již byla vyléčena nebo u ní zmizely příznaky.“³⁷

³⁵ Odborný slovník [online]. Praha: *Abstinence* [cit. 23. 5. 2020]. Dostupné z: <http://www.ped.muni.cz/wsedu/mu.old/drogy/bm/odbor.htm>

³⁶ Tamtéž.

³⁷ KUDA, Aleš. *Relaps a prevence relapsu*. IN. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6, str. 117.

„**Relaps** – časný (např. do půl roku) či pozdní (např. po roce) návrat, znovu vzplanutí závady, poruchy či příznaků nemoci, která byla v klidu (remisi)“³⁸. Bývá dlouhodobý a má následky.

„Relaps je popisován jako nejběžnější výsledek intervencí u závislého chování“³⁹

Lapsus – jedná se o krátkodobou recidivu, daří se jí vcelku rychle zastavit a je bez následků.

3.1 Spiritualita a abstinence

„Je to duchovní, mimosmyslová, mimozkušnostní oblast lidské existence, nejčastěji zjednodušení konkretizována jako zakotvení člověka v řádu bytí.“⁴⁰

„Alkohol a drogy mají za následek poškození nejen biochemie a neurobiologie buněk a tkání, ale také poškození duchovní oblasti člověka, což se projevuje především v jeho prožívání, hodnocení a chování, které dokládá postupný úpadek osobnosti. Pacientům závislým na drogách postupně uniká smysl a hodnota života. Prožívají nudu a prázdnotu, mají poruchy nálady, životní prožitek a perspektiva je vztahovaná pouze ze dne na den. Nuda a prázdnota mívá za následek potřebu náhrady tzv. adrenalinových vzrušení a zážitků, což droga ne vždy poskytuje.“⁴¹

Spiritualita může být i jedním z předpokladů pro vznik závislosti. Pocit nenaplnění smyslu života, bloudění v otázkách o bytí a nevyváženost mezi duchovním a materiálním životem člověka může vést k náhradě v podobě drogy..

Spiritualita je součástí podstaty člověka. Spiritualita spolu s náboženstvím jsou v dnešní době jakýmiisi nositeli etiky a morálních hodnot více než institucí. 14. dalajláma TandzinaGjamccha tvrdí, že bychom se o duchovnu a etice měli naučit přemýšlet bez

³⁸ Slovník cizích slov [online]. Praha: *Pojem relaps*[cit. 23. 5. 2020]. Dostupné z: <https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/relaps>

³⁹ KUDA, Aleš. *Relaps a prevence relapsu*. IN. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6, str. 117.

⁴⁰ Klinika adiktologie [online]. Praha: *Příspěvek ke studiu vlivu spirituality na vznik a rozvoj závislosti na drogách a na následné změny identity postižených osob a možné způsoby léčby*. [cit. 14. 8. 2020]. Dostupné z: <https://www.addictology.cz/wp-content/uploads/2018/10/riesel-1.pdf>

⁴¹ Tamtéž.

vazeb na náboženství a církev. Spiritualitu nacházíme i v jednom z 12 pravidel AA, které nám říká, že bychom se měli navrátit k bohu ve svých myšlenkách.⁴²

Spiritualita člověka je neoddělitelná součást každého z nás. Pokud chceme mít během léčby a následné léčby obsažené všechny složky jedince, se kterými se musí pracovat, je třeba si uvědomit, že na určité úrovni a v určitém rozvoji má každý duchovní život, ve kterém se může zrcadlit mnoho z našeho života. „*U mnoha lidí vrcholí nadměrné pití a užívání drog v intenzivních pocitech odcizení, izolace, prázdnoty a ztráty smyslu a účelu života*“⁴³Z tohoto výroku je jasné patrné, že pro úplné zahojení klienta musíme pracovat i s touto dimenzí. A jedna z terapií, která umí zrcadlit náš život a pracuje právě s duchovním životem člověka, je hagioterapie.

„*Úspěšným léčením poruch spirituality je míněna úzdrava, což je stav, kdy se člověk naučil žít s omezením, případně se svou anomalií či slabostí ega, pokud neusiluje o změnu, o posílení svého já.*“⁴⁴

3.2 Prevence recidivy a relapsu

Samotné uvažování a přemýšlení nad recidivou či relapsem je pozitivní, protože klienti si mohou dopředu promyslet, jak se tomu ubránit a vytvořit si „únikový plán“.

- 1) Snížení motivace – abstinující zapomíná, jak bolestné bylo drogu přestat užívat, výhody, které mu přináší abstinence si nespojuje se střízlivostí nebo je vůbec nevidí, ke snížení motivace mohou přispívat i známí, přátelé, místa atd.

Obrana – ke zvýšení či udržení motivace pomáhá soustavné léčení, svépomocné skupiny (př.: AA), psychoterapeutické skupiny.

- 2) Popření návykové nemoci – tzn.: závislý se přestane považovat za závislého, může si myslet, že již nad závislostí vyhrál, nebo že je na něj krátká.

Obrana – pojmenovávání se. Př. V AA se vždy představují: „Jsem alkoholik jméno“

⁴² Klinika adiktologie [online]. Praha: *Příspěvek ke studiu vlivu spirituality na vznik a rozvoj závislosti na drogách a na následné změny identity postižených osob a možné způsoby léčby*. [cit. 14. 8. 2020]. Dostupné z: <https://www.addictology.cz/wp-content/uploads/2018/10/riesel-1.pdf>

⁴³ ROTGERS, Frederick. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-836-9, str. 21-22.

⁴⁴ Klinika adiktologie [online]. Praha: *Příspěvek ke studiu vlivu spirituality na vznik a rozvoj závislosti na drogách a na následné změny identity postižených osob a možné způsoby léčby*. [cit. 14. 8. 2020]. Dostupné z: <https://www.addictology.cz/wp-content/uploads/2018/10/riesel-1.pdf>

- 3) Zdánlivě nevýznamné rozhodnutí – pro zdravého člověka naprosto bezvýznamné rozhodnutí, ale pro závislého může představovat velké nebezpečí, př.: účast na vánočním večírku, káva ve vinárně atd.

Obrana – vytvořit si pozitivní rozhodnutí (opačné), raději zůstat doma.

- 4) Setkání se spouštěčem – podnět, který vyvolává bažení, může to být vnější (telefon od dávného přítele s kterým užívali drogu) nebo vnitřní (únava, nuda...).

Obrana – přerušit spouštěč. (položít hovor, najít si činnost, ...)

- 5) Recidiva – „*efekt porušení abstinence*“ – vyvolává pocity viny, obavy a další silné emoce + bažení po látce. Zde již nelze spoléhat sám na sebe.

Obrana: při recidivitě dlouhodobé, tedy relapsu se doporučují 3 kroky:

- Zastavit relaps pomocí 3. osob/y (svépomocné skupiny, psychoterapeutické skupiny, terapeut aj.)
- Zintenzivnit léčbu
- Souběžně s tím zjistit, co nás vedlo k recidivě a vzít si ponaučení (k tomu nejčastěji dochází při individuálních či skupinových psychoterapiích).⁴⁵

Při léčbě závislosti a jejímu následnému doléčovacímu procesu se každý pracovník setkává denně s relapsem či recidivou u svých klientů a je otázkou, jak na celou věc nahlíží. Pohledy mohou být dva.

V prvním pohledu se díváme na celou problematiku jako trvalý stav relapsování, což je velmi demotivační, jak pro klienta, tak i pracovníka. Vycházíme z toho, že jsme odborníkem na léčbu a klienta stavíme do role pacienta a tím jej zbavujeme jeho schopnosti pomoci si sám. Kdežto druhý pohled je už přínosnější, sleduje totiž klienta v komplexnějším měřítku. „*Teorie PR (prevence relapsu) vychází z bio-psycho-sociálního chápání závislosti. Vznikla v podstatě jako kritická reakce na tradiční medicínský model závislosti (pojetí závislosti jako nemoci).*“⁴⁶ Díky tomu se předpokládá, že klient je ochotný a hlavně, že chce sám sobě pomoci a pracovník je spíše jeho průvodcem na jeho cestě abstinence.

⁴⁵ Dr. Nešpor [online]. Praha: *Jak vznikají recidivy návykových nemocí a jak jim předcházet*. [cit. 23. 5. 2020]. Dostupné z: <http://drnespor.eu/addictcz.html>

⁴⁶ KUDA, Aleš. *Relaps a prevence relapsu*. IN. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6, str. 117.

3.2.1 Emoce při recidivě/relapsu

„Při silných emocích dochází k měřitelným tělesným změnám. K jejich dalším charakteristikám patří pocity libosti nebo nelibosti. Emoce navíc ovlivňují chování a jedinec pod jejich vlivem má tendence se přibližovat nebo vzdalovat od určitého předmětu nebo osoby. Výše uvedený popis emocí se velmi dobře hodí i na bažení (craving). I při něm totiž dochází k tělesným změnám a je zde patrná tendence se přibližovat k předmětu bažení. Podobně jako silné emoce i bažení zhoršuje kognitivní funkce. To se projevuje nesoustředěností, horším rozhodováním a zúžením vědomí.“⁴⁷

Silnými emocemi v tomto kontextu rozumíme strach, úzkost, deprese, vzrušení, velkou radost, vášně aj. při nich dochází k oslabení kognitivních funkcí. Kognitivní funkce pomáhají s koncentrací, jednáním, myšlením, a proto je jejich oslabení pro abstinující nebezpečné. Příklad: časté sledování sportovních utkání a jejich velké prožívání může vést k častějšímu užívání alkoholu. Vzhledem k oslabeným funkcím si člověk těžko uvědomí, že tento stav je povětšinou krátkodobý a že pomine a tím se mohou stát spouštěčem bažení.

Existují i emoce, které naopak podporují kognitivní funkce, a tudíž mohou napomáhat při abstinenci, dokonce snižují riziko sebevražedného jednání, emoce lze navodit například: meditací, relaxací, smíchem, fyzickou aktivitou aj.⁴⁸

3.2.2 Rizikové faktory u abstinujících osob pro recidivu/relaps

Faktory pro recidivu jsou velice individuální a v čase proměnné u každého klienta. Pro předejití neuváženého podlehnutí je potřeba pečlivě zmapovat všechny situace a proměnné, které předcházely recidivě. Klient velice často může celou situaci chápat jako své selhání, ale je nutné si uvědomit, že každý takový přešlap nám dává varovné signály a říká nám, co je pro nás rizikový faktor a tudíž, jak se jej příště vyvarovat, a nebo být připraven a nepodlehout. Výčet níže jsou pouze všeobecné, nejčastější záležitosti, které mohou vést k recidě, ani zdaleka to není výčet všech faktorů, myslím si, že takový ani není reálný.

- návrat ke špatnému životnímu stylu
- stres

⁴⁷ Dr. Nešpor [online]. Praha: *Bažení (craving) a emoce*. [cit. 23. 5. 2020]. Dostupné z: <http://drnespor.eu/addictcz.html>

⁴⁸ Dr. Nešpor [online]. Praha: *Bažení (craving) a emoce*. [cit. 23. 5. 2020]. Dostupné z: <http://drnespor.eu/addictcz.html>

- potřeba uniknutí reality
- stereotyp
- pocit selhání a nízké sebevědomí
- bažení (angl. craving) – silná touha až puzení po droze
- negativní emoční stavy – deprese, úzkost, frustrace atd.
- společenský nátlak (nejčastěji bývalé party se kterou uživatel drogu užíval)
- vztahové problémy
- neumění drogu odmítnout, nedůslednost v odmítání
- potřeba euforie/“rauše“

Vysoce rizikové faktory se dají rozdělit i do 3 základních skupin, které nemusí obsahovat všechny faktory, avšak jsou odborníky, kteří se opírají o studie a statistiky, nejčastěji zmiňované:

„1) negativní emoční stavy – nalézáme je až u 35% všech relapsů ... mezi nejčastější patří frustrace, vztek, úzkost, deprese či nuda.

2) Interpersonální konflikty – jsou příčinou 16 % všech relapsů. Patří sem vztahy s partnery, přáteli a členy rodiny. Další skupinou interpersonálních konfliktů jsou konfrontace v zaměstnání či v jiných sociálních situacích.

3) Sociální tlak – vyskytl se u 20 % všech relapsů.“⁴⁹

3.2.3 Odmítnutí drogy

Odmítnutí drogy se může pro člověka, který neprošel závislostí může zdát, jako něco samozřejmého a zcela přirozeného. Přijde mi, že dnešní doba, která říká, že vyzkoušet se má všechno, ani nemyslí na lidi abstinující. Ve společnosti je to téměř tabu téma, a proto na to okolí není připraveno, neví, jak reagovat a o to je to těžší pro klienty v abstinenci. Krom samotného odmítnutí drogy musí čelit i samotné společnosti, která na ně hledí skrz prsty. Sama jako celoživotní abstinents se setkávám s nepochopením společnosti, a i několikrát měsíčně slyším větu: „však jedna sklenička nikoho nezabije“. A bohužel v krajním případě může být tato věta zcela chybná. Jak ovšem tedy odmítnout drogu?

- Převedení řeči jinam

⁴⁹ KUDA, Aleš. *Relaps a prevence relapsu*. IN. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6, str. 118.

- Umění říct „NE“
- MUDr. Nešpor doporučuje techniku porouchané gramofonové desky
- Vyhýbání se rizikovým situacím/místům
- Odmítnutí gestem (zavrtění hlavy, ruky) – je snazší než vyslovení

Syndrom porušení abstinence

Po porušení abstinence se klientovi může stát, že jej zavalí pocity viny, selhání, méněcennosti, které směřují nejen proti klientovi, ale i pracovníkovi, zařízení, se kterými spolupracoval. I když se může zdát tento akt jako ztráta času, očerňování sebe i druhých, tak z pohledu léčby je nezbytný.,... *je onou křížovatkou na cestě k úzdavě, kdy se rozhoduje, zdali se jedinec vrátí na původní úroveň závislého chování nebo bude pokračovat dál v pozitivní cestě.*⁵⁰

3.3 Abstinence od alkoholu

Hagioterapie pracuje s lidmi s různými závislostmi, ve velké míře však převládají klienti se závislostí na alkoholu. Z toho důvodu se jim budu v práci věnovat o něco více.

V roce 2016 mohl alkohol za 7,2% úmrtí lidí pod 69let a 13,5 % ve věku 20 - 39let. Proto lékaři doporučují úplnou abstinenci jako jedinou možnou léčbu alkoholismu.

Osoba, která se rozhodne pro abstinenci od alkoholu by o tom měla informovat své okolí. Informovanost okolí přináší výhody:

- Menší vystavování zbytečnému riziku, blízké okolí bývá chápavé
- Vyslovení abstinence nahlas je znak sebevědomí a motivuje k dodržení
- Pokud někdo toto nerespektuje, je lepší se s ním nevídat⁵¹

Pravidla pro úspěšnou abstinenci:

- Vyhýbat se místům, kde je pravděpodobná konzumace (večírky, oslavy, aj.)
- Stravovat se spíše z vlastních zdrojů (omezit návštěvy hospod, restaurací)
- Pravidelně navštěvovat svépomocné či psychoterapeutické skupiny
- Změnit prostředí, které nás svádí k napití se

⁵⁰ KUDA, Aleš. *Relaps a prevence relapsu*. IN. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6, str. 120.

⁵¹ Dr. Nešpor [online]. Praha: *Abstinence od alkoholu: Kdy a proč*. [cit. 23. 5. 2020]. Dostupné z: <http://drnespor.eu/addictcz.html>

- Najít si nové zájmy, které nám mohou vyplnit nudné okamžiky
- Nabídnout jinou alternativu (procházka v parku)
- Vyhýbat se příjemným vzpomínkám spojených a alkoholem
- Vysvětlit si proč abstinuji, připomenout si výhody
- Převedení myšlenek jinam
- Autogenní trénink („Žiji zdravě“)
- Definitivní přijetí abstinence jako samozřejmosti a trvalého stavu⁵²

3.3.1 Anonymní alkoholici a sesterské organizace

„Svépomocné skupiny plynule propojují přirozeně a uměle sestavené skupiny, protože je vytvářejí klienti sami. Jejich historie začala v roce 1935, kdy byla založena dosud největší svépomocná skupina na světě, hnutí Anonymních alkoholiků.“⁵³

Nejslavnější švýcarský psychoterapeut C. G. Jung stojí za zrodem organizace Anonymních alkoholiků. Jung byl přesvědčen, že za mnohými závislostmi stojí nenaplnění spirituálních a duchovních potřeb uživatelů. Jednomu ze svých pacientů, který se opakovaně neúspěšně léčil, nabídl účast na tzv. Oxfordských kroužcích, kde se probírala primárně duchovní témata. C. G. Jung se domnívá, že právě tento krok může za úspěšné vyléčení jeho pacienta.

Případ Jungova pacienta inspiroval mnohé jiné alkoholiky, kteří se poté začali scházet, telefonovat si a povídali si o svých stavech, emocích atd. Byli přitom překvapeni, že poté již nemají chuť na alkohol. Tyto konkrétní příběhy se již vážou k oficiálnímu vzniku Anonymních alkoholiků v r. 1935.⁵⁴

„Doba vzniku je důležitá z více důvodů. Anonymní alkoholici vznikli dlouho před tím, než se objevily první terapeutické komunity, i před tím, než se začala při léčbě návykových nemocí šířející používat skupinová terapie. Bez nadsázky lze říci, že Anonymní alkoholici předběhli svoji dobu a tím lze také vysvětlit nepochopení ze strany odborné veřejnosti, jemuž byli zpočátku vystaveni.“⁵⁵

⁵² Státní zdravotní ústav [online]. Praha: *Způsoby zvládnání závislosti* [cit. 23. 5. 2020]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/zpusoby-zvladani-zavislosti>

⁵³ MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2, str.166

⁵⁴ NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6, str. 101

⁵⁵ *Tamtéž.*

3.4 Následná péče o závislé klienty v ČR

Následná péče je určena klientům, kteří prošli některým léčebným procesem, ať ambulantním či pobytovým. Jsou to různé doléčovací programy, svépomocné skupiny, AA, které z velké části provozují neziskové organizace.

Protidrogová politika v ČR je dle odborníků na vysoké úrovni, například v článku pro časopis Sociální práce uvádí Mgr. Jindřich Vobořil, Pg. Dip.: *„Když srovnám Českou republiku s ostatními východoevropskými zeměmi nově přijatými do EU, jsme na tom dobře. Je zde vytvořena určitá síť různých sociálních služeb. V 90. letech nastal veliký rozvoj. V důsledku systematické spolupráce neziskového sektoru sociálních služeb, zdravotních služeb a státní správy jako koordinačního orgánu se podařilo vytvořit funkční síť, a tím se stabilizovala i drogová problematika. V oblasti problémových uživatelů drog zůstala stabilní dosud.“*⁵⁶A když ještě přiložím citaci z webových stránek české vlády, o protidrogové problematice: *„Politika v oblasti závislosti (protidrogová politika) je komplexní a koordinovaný soubor opatření společnosti zaměřený na problematiku legálních i nelegálních návykových látek a patologického hráčství. Jedná se o opatření preventivní, vzdělávací, léčebná, sociální, regulační, kontrolní a další, včetně vymáhání práva. Jejich konečným cílem je co nejvíce snížit sociální, zdravotní a další škody a rizika, která s sebou užívání návykových látek a hazardní hráčství nese jak pro jednotlivé občany, tak i pro společnost jako celek.“*⁵⁷Zjistíme ale, že ani v jednom ze zdrojů se nehovoří o následné péči. V České republice, se věnuje hodně pozornosti prevenci a léčbě samotné, ovšem o tom, co se s klienty děje poté, se již příliš nemluví. Samozřejmě jsou organizace, které mají určité doléčovací programy (např.: P-centrum, Magdalena, o.p.s., aj.), ovšem není jich mnoho. Na téma následné péče u závislých klientů je těžké najít odkaz v odborných knihách či článcích. Proto bych ráda v této diplomové práci na toto téma upozornila a zmapovala, zda má nebo měla hagioterapie své místo v následné péči o klienty v abstinenci.

⁵⁶ BAJER, P. Ze strany státu není jasno, na co se chce zaměřit v drogových službách, konstatuje předseda Podaných rukou. Sociální práce. Asociace vzdělavatelů v sociální práci. České Budějovice, 2007, č. 2, str. 3-6, ISSN: 1213-6204

⁵⁷ Vláda České republiky. [online]. Praha: *Politika v oblasti závislostního chování*. [cit. 20.8. 2020]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/protidrogova-politika-180471/>

3.4.1 Vymezení pojmu

Klient, který odchází z léčby má před sebou celou paletu dalších sociálních služeb, které může využít pro svou integraci do života. Ty nejzásadnější uvádím, avšak různé organizace nabízí dílčí služby. Je nutné, aby měl sociální pracovník nabídku možností a služeb zmapovanou a mohl tak klienta adekvátně odkázat.

„Následná péče tvoří poslední fázi procesu změny závislého, patří sem tedy všechny intervence, které se již navozené změny snaží udržet. Ambulantní doléčovací programy, jako samostatný článek v procesu léčby závislosti, jsou tvořeny několika typy základních programů.“⁵⁸

Zákon definuje následnou péči, jako: *„Služby následné péče jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly lůžkovou péči ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstínují.“⁵⁹*

„Pokud následná péče bezprostředně navazuje na léčbu, zvyšuje se tím účinnost absolvované léčby a schopnost klienta udržet stav abstinence.“⁶⁰

„Jádrem a páteří všech služeb následné péče je doléčovací program, bez jehož existence nelze smysluplně provozovat žádný z následujících programů, které v takovém případě není možné považovat za součást doléčování dle Standardů. Dalšími programy jsou chráněné bydlení/byty a chráněné/podporované zaměstnání.“⁶¹

Mnoho organizací, které pracují s lidmi se závislostí nabízí několik sociálních služeb, z toho důvodu, aby mohly o své klienty pečovat celistvě a všestranně. Pro klienty samotné je to mnohem jednodušší a pohodlnější. Navázat vztah klient – pracovník, aby byl založený na vzájemné důvěře, není jednoduché a u těchto klientů to platí dvojnásobně. Pověštinou sami upřednostňují spolupráci s jednou organizací a jedním pracovníkem z těchto důvodů.

⁵⁸ ADIKTOLOGIE, 2019 [online]. Praha: *Popis sítě služeb následné péče*[cit. 30.4.2020]. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/popis-site-sluzeb-nasledne-pece>

⁵⁹ Zákon č. 118/2006 Sb. O sociálních službách

⁶⁰ MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-x, str. 223

⁶¹ ADIKTOLOGIE, 2019 [online]. Praha: *Popis sítě služeb následné péče*[cit. 30.4.2020]. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/popis-site-sluzeb-nasledne-pece>

3.4.2 Hlavní složky programu následné péče

Následná péče je velice specifická mezioborová činnost, kdy je potřeba kooperace mnoha osob. Tak jako drogy mají za následek rozklad více (ne-li všech) částí klienta, tak následná péče je průvodce, pro opětovné složení. Jedná se o tým lidí, kteří mají společný cíl, spoléhají na sebe i jeden na druhého v rámci plnění svých závazků, panuje mezi nimi důvěra a respekt a každý má jasně stanovené pravomoci.⁶²

Psychoterapie – během následné péče se můžeme u klienta setkat s tématy z doby předešlé (doby kdy užíval drogy, dětství aj.), která nebyla řešena během léčby, nebo si klient myslel, že má již tento problém vyřešen, avšak jeho plný rozsah se ukázal až později. Je důležité říct, že v rámci následné péče nelze klientovi poskytnout hlubokou psychoterapii, jedná se pouze o podpůrný model psychoterapie. Nezbytné je klienta zavčas předat případnému odborníkovi do další péče.

Prevence relapsu – po návratu z léčby jsou nejtěžší první týdny, kdy klient odolává mnoha nástrahám a vše je nové. Hlavním úkolem je klienta vybavit dovednostmi a vědomostmi, abychom zvýšili jeho sebekontrolu. „*Samotná prevence relapsu stojí na 3 pilířích: kognitivní intervence, dovednosti zvládnání a stabilizace životního stylu.*“⁶³

Sociální práce – hlavním úkolem je stabilizace životního stylu

Práce, chráněná pracovní místa a rekvalifikace – klienti se závislostí mají velmi často záznam v trestním rejstříku. Pro tyto klienty je pro začátek vhodné podporované zaměstnávání, kde získají pracovní zkušenosti, určitou odpracovanou dobu (měsíce/roky) a tím následně lepší start na trhu práce. Klienti, kteří nemají žádné pracovní návyky, zpravidla začínají v chráněných dílnách. Také existují různé sociální firmy pro integraci abstinujících klientů.

Příklady chráněného/podporovaného zaměstnávání a sociálních firem v ČR: Café Therapy, Breaking the Circle (Společnost podané ruce), aj.

Lékařská péče – byť je následná péče hlavně sociální terapie, nesmíme opomenout, že velice často mají bývalí uživatelé drog následky po užívání. Klienti si myslí, že po

⁶² BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *Práce v multidisciplinárním týmu*. IN. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6, str. 209.

⁶³ KUDA, Aleš. *Následná péče, doléčovací programy*. IN. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6, str. 209.

vyléčení jsou zdraví i fyzicky, ale není tomu tak. Nejčastějšími problémy jsou hepatitida, dentální problémy, gynekologické problémy a specifickou skupinou jsou klienti HIV pozitivní.

Práce s rodinnými příslušníky – studie jasně ukazují, že pokud je součástí léčby a následných procesů rodina, výrazně se zvyšuje úspěšnost. Není ovšem často vůbec jednoduché získat je na stranu klienta, je potřeba rodinné terapie.

Nabídka volnočasových aktivit – pro klienta je nevyužitý volný čas velkou potencionální hrozbou, je tedy nutné najít si koníčka, naučit se relaxovat a „užívat si bez drog“. ⁶⁴

Doléčovací program

„Strukturované programy intenzivního doléčování jsou určeny abstinujícím osobám s anamnézou závislosti na návykových látkách nebo problematikou patologického hráčství s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce. Doléčovací programy jsou částečně založeny na formě odpoledních stacionářů, v délce minimálně 6 měsíců. Programy jsou zaměřené na podporu a udržení abstinence klientů/pacientů po léčbě v základním léčebném programu a pomáhají jim v navrácení do podmínek běžného života. Program poskytuje podpůrnou individuální a skupinovou psychoterapii, sociální práci, prevenci relapsu, nabídku volnočasových aktivit a dle svých možností i chráněné bydlení a chráněná pracovní místa a rekvalifikaci.“⁶⁵

„Sociální péče v doléčovacích programech má spíše podpůrný charakter. Klient je často v řešení svých záležitostí samostatný a umí využívat strategie pro jednání na úřadech. Podpora klienta pak mnohdy spočívá v zpřehlednění závazků a záležitostí, jež klient musí řešit, ve vytčení priorit a konečně řešit. Podpora sociálního pracovníka se dále uplatňuje při vyjednávání o úředních pohledávkách, při řešení problémů spadajících do trestního, rodinného, občanského i pracovního práva, při vyjednávání o splátkových kalendářích při hledání zaměstnání.“⁶⁶

⁶⁴ KUDA, Aleš. *Následná péče, doléčovací programy*. IN. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6, str. 209-210.

⁶⁵ Společnost pro návykové nemoci, 2012 [online]. Praha: *Standardy odborné způsobilosti* [cit. 30.4.2020]. Dostupné z: <https://snncls.cz/category/standardy/>

⁶⁶ MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-x, str. 223

Klíčové jsou dva cíle následné péče a veškerých doléčovacích procesů. Stabilizovat klientovi život (rodinné vazby, sociální fungování, relaps, aj.) a jeho posílení v abstinenci tak, aby postupně nebyl závislý na abstinenčních programech.⁶⁷

V České republice doléčovací programy nalezneme v mnoha organizacích v různých městech, např.: P-centrum, Magdaléna o. p. s., Sananim z. ú., Společnost Podané ruce, Prevent 99, Helples, aj.

Chráněné bydlení/byty

Služby chráněného bydlení jsou zakotveny v zákoně, který je jasně definuje. „*Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.*“⁶⁸

Příklady organizací věnující se chráněnému bydlení v ČR: D-centrum, Sananim, Společnost podané ruce, aj.

3.4.3 Sociální pracovník ve skupinové práci

Sociální pracovník ze samotné podstaty vystudovaného oboru má pouze obecný rámec toho, jak pracovat se skupinou. Pokud s ní však chce pracovat do hloubky a s určitou přesností a zaměřením na cíl, je potřeba, aby měl skupinový sebezkušenostní výcvik. Pokud se bavíme o skupině, která se věnuje psychoterapii, je potřeba psychoterapeutický výcvik.

„*Skupinová sociální pracovníci jsou různě orientováni a pohybují se v nejrůznějších teoretických rámcích. Jedním z charakteristických rysů sociální práce se skupinami je intervence na úrovni individuální, skupinové a společenské – tedy zahrnující okolní prostředí.*“⁶⁹

„*Směřují k tomu, aby se skupina stala jednotkou schopnou poskytovat pomoc, podporu a dosahovat cílů. Pracovník řídí skupinové procesy tak, aby podporoval vývoj*

⁶⁷ Tamtéž.

⁶⁸ Zákon č. 118/2006 Sb. O sociálních službách

⁶⁹ MATOUŠEK, Oldřich. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2

skupiny... systémy obklopující skupinu tak, aby podpořili individuální i skupinové procesy.“⁷⁰

Význam skupiny

„Sdílení skupinové zkušenosti s dalšími lidmi, kteří mají podobné zájmy nebo cíle, se ukázalo jako velmi užitečné. Pro člověka, který si připadal se svým problémem osamoceny nebo přímo vyčleněný ze společnosti „normálních“ lidí, přináší úlevu a posilu zjištění, že není ve své situaci sám, že také někdo jiný se potýká se stejným trápením.“⁷¹

„Skupiny poskytují prostor pro výměnu názorů a myšlenek i pro vytváření nových pohledů na řešení problémů. Ve skupině lidé získávají nové zkušenosti a učí se přijatelnějším způsobům chování.“⁷² Klienti, kteří prošli závislostí a nyní abstinují, mají velice často zakódované špatné vzorce chování, jednání, které se mohou projevat v zcela běžném životě, v zaměstnání aj. Z toho důvodu je vhodné a doporučované navštěvování podpůrných skupin, kde mohou na tyto situace dostat zpětnou vazbu a také případný klíč na jejich vhodnější řešení. *„Skupiny jsou přirozeným kontextem pro mnohé denní aktivity a významně ovlivňují myšlení, cítění i jednání svých členů... Setkání takových lidí ve skupině může být nejproduktivnější cestou předání informací, formulace otázek, nabídnutí podpory nebo hledání řešení.*“⁷³

Skupina v psychoterapii

„Skupinová psychoterapie přichází na scénu ve chvíli, kdy je s člověkem něco v nepořádku... Snaží se získat zpět ztracenou stabilitu, vnitřní klid nebo sebejistotu a sebedůvěru, které slábnou či mizí.“⁷⁴ Skupinová psychoterapie může zcela evidentně být velmi nápomocná v dosažení hlavních cílů doléčovacích procesů kde, jak jsem již psala výše, je jedním z hlavních cílů stabilizace životního stylu klienta.

„Členství ve skupině je nutno vhodným způsobem nabídnout, vysvětlit a připravit, příp. s klientem pracovat individuálně a zabývat se jeho obavami spolu s ním hledat, co by pro něho učinilo skupinovou situaci přijatelnou a bezpečnou.“ Bezpečí je v psychoterapii

⁷⁰Tamtéž.

⁷¹MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2, str.154

⁷²MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2, str.155

⁷³ Tamtéž.

⁷⁴MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2, str.158

alfou a omegou pro její správné fungování a dopady na klienta. Proto veškeré skupiny mají svá pravidla, na kterých se všichni účastníci předem domluví a odsouhlasí je. Tato pravidla by se mohla shrnout do 5 kategorií:

- Mlčenlivost a důvěrnost
- Otevřenost a upřímnost
- Právo říct „STOP“
- Odpovědnost k sobě i druhým
- Dodržování organizačních pravidel⁷⁵

Cíle skupinové práce

„Cíle si formuluje sama skupina podle svého zaměření a složení. Může jít o vzájemnou podporu, poskytování informací, osobní růst, odstraňování chorobných symptomů, přípravu na návrat do běžného života...pochopení vlastních maladaptivních vzorců chování, které je nezbytným krokem k jejich následné změně ve smyslu adekvátní sociální adaptace.“⁷⁶

12 kroků pro léčbu závislosti

Pro účely mé diplomové práce jsem si vybrala právě tento model programu. Program se dá využít i bez předchozích zkušeností se skupinami využívajících 12 kroků, ale je vhodný pro pracovníky, kteří chtějí aktivně podpořit své klienty k dosažení abstinence. Program je vhodný jak pro alkoholiky, tak uživatele jiných omamných látek. Základem je, že klient je členem skupiny anonymních alkoholů (AA) nebo anonymních narkomanů (NA).⁷⁷

Cíle

Hlavní zaměření je na časnou práci s uživatelem drogy. Jde o časově omezený program, zhruba 12–15 intervencí, sezení trvá zhruba hodinu a je vedeno jasně strukturovaným programem. Využívá se mnoho metod a přístupů, mezi nejčastější patří osvěta, konfrontace, četba literatury, psaní deníku a behaviorální přístup a úkoly.

⁷⁵MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2, str.161-162

⁷⁶MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2, str.159

⁷⁷ROTGERS, Frederick. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-836-9, str. 35

Klient si v první fázi musí uvědomit a přijmout, že již nemá pod kontrolou užívání drog a poté by se měl podrobit. Právě docházením do AA nebo NA získá podporu, patrona, více informací o možnosti léčby a dosažení abstinujícího stavu.

Principy

„Nyní by mělo být zřejmé, že facilitace programu 12 kroků se jako model intervence snaží o teoretickou i praktickou kompatibilitu s 12 kroky AA. Je založena na principech, které vycházejí z dvanácti tradic AA, a kterým musíme porozumět, pokud chceme této kompatibility dosáhnout. Budoucí facilitátoři by se nejdříve měli s těmito principy seznámit a zpracovat svoje reakce na ně (pokud nějaké mají), a teprve poté začít s intervencemi.“⁷⁸

Těžiště změny

Stěžejní je práce společenství AA/NA, ne práce terapeuta. Terapeut je odborník s psychoterapeutickým vzděláním a znalostí 12 kroků, je odolný vůči pacientovi, nesmí se stát jeho léčebným programem. Pro terapeuta je důležité pochopit, že primární je práce ve skupině AA/NA.⁷⁹

Motivace

V dnešní době je často účast ve skupinách AA/NA nařizovaná soudně, což je ovšem v rozporu s celkovou myšlenkou skupin. Účast na sezení skupin a vnímání, poslouchání a vcit'ování se do příběhů ostatních členů skupiny musí být dobrovolné, protože dobrovolnost je to, co klienta motivuje k dalším krokům. AA/NA skupiny se i právě proto nikdy nemedializují ani jinak nepropagují.⁸⁰

Spiritualita

Velkým odlišujícím znakem pro program 12 kroků je důraz kladený na spiritualitu jako důležitý prvek léčby. Facilitátor musí být připraven a otevřen spirituálním otázkám, měl by umět klienta zapojit do takové diskuse. Tyto diskuse vedou k otázkám vůle a víry, které jsou pro úspěšnou léčbu neodmyslitelné.⁸¹

⁷⁸ROTGERS, Frederick. Léčba drogových závislostí. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-836-9, str. 36

⁷⁹ROTGERS, Frederick. Léčba drogových závislostí. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-836-9, str. 36

⁸⁰ROTGERS, Frederick. Léčba drogových závislostí. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-836-9str. 37

⁸¹ Tamtéž.

Pragmatismus

I přes důležitost spirituální stránky programu je stejně důležitá pragmatická část. Jasně, konkrétní a praktické rady, jak úspěšně zvládnout léčbu. Facilitátor se snaží klienta těmito metodám naučit. Mezi ně může patřit, jak zahnat samotu, jak změnit své stereotypy, aj. Facilitátor nezaměřuje klienta na dalekou budoucnost, snaží se ho zaměřit na „jediný den“. Sezení končí zaúkolováním klienta úkolem, který jej směřuje k léčbě.⁸²

Ukončení

„Pokud byla facilitace 12 kroků úspěšná, pak její ukončení v podstatě sestává z „obrácení“ pacienta k péči o společenství 12 kroků. Čím úspěšněji pacient a terapeut spolupracovali, tím vyšší je pravděpodobnost, že pacient bude dále pokračovat směrem k trvalé abstinenci. Tento předpoklad je založen na průzkumech členů AA, které ukazují, že nejlepším predátorem budoucí abstinence je stávající aktivní spoluúčast v AA/NA.“⁸³

⁸²ROTGERS, Frederick. Léčba drogových závislostí. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-836-9, str. 38

⁸³ROTGERS, Frederick. Léčba drogových závislostí. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-836-9, str. 53

4 Hagioterapie

„Tehdy byl Ježíš Duchem vyveden na poušť, aby byl pokoušen od ďábla.“

- Mt 4, 1

V třetí kapitole své diplomové práce se budu věnovat psychoterapii s důrazem na hagioterapii. Od jejího historického vzniku po současnost. Podrobně se podíváme na průběh této terapie, její symboly a výchozí principy. Na to, jak lze využívat hagioterapii v psychoterapeutickém procesu a při léčbě závislosti.

4.1 Psychoterapie

Psychoterapie je jedna ze základních součástí následné péče, jak jsme si již dříve uvedli. Její uplatnění je velmi široké, nemusí se nutně jednat pouze o psychoterapeutické sezení či skupiny, ale i o streetwork, nízkoprahová zařízení aj. *„V každé z těchto modalit má psychoterapeutické působení cíle. Ty musí být ve vzájemném souladu s definovanými cíli jednotlivých programů, odpovídat fázi léčby a respektovat klientův proces.“⁸⁴*

V kontextu s léčbou či udržením abstinence jsou některé kroky psychoterapie více stěžejní než jinde. Vstupní diagnostika je zásadní pro úspěšnou terapii, je nutné zmapovat celou situaci okolo klienta, doporučuje se dát důraz na mezilidské vztahy a drogovou minulost (od počátku, přechodové mezníky mezi drogami a jejími aplikacemi, ztráta kontroly nad užíváním aj.).

Až 70 % klientů, kteří se léčí ze závislosti trpí ještě jednou či více dalšími poruchami, které vyžadují terapii, a zde je důležitá správná diferenciální diagnostika. Nedostatečný zájem o duální diagnózu či její přehlížení má samozřejmě negativní vliv na celkový proces klientovy terapie.⁸⁵

4.1.1 Matching

V současné době jeden z klíčových pojmů v práci se závislými. Jedná se o vhodné zařazení do programu, dle určitého typu klienta. Někteří terapeuti mohou mít výhrady

⁸⁴ MIOVSKÝ, M., BARTOŠÍKOVÁ, I. *Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislosti*. IN. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6, str. 26.

⁸⁵ MIOVSKÝ, M., BARTOŠÍKOVÁ, I. *Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislosti*. IN. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6, str. 26–27.

k některým z terapií, či konkrétní terapie pro určitou skupinu klientů nemusí být vhodná, ba dokonce spíše nebezpečná.

Přes velký počet možných terapeutických přístupů a terapeutů, kteří ve své publikační činnosti hodnotí vhodnost různých přístupů, nejsme v současné době schopni říct, který z nich je nejefektivnější.⁸⁶

4.1.2 Motivace klienta v psychoterapii

O motivaci je napsáno již mnoho publikací a všechny se shodnou zřejmě na jednom, že se jedná o individuální věc. Každý klient má jinou motivaci pro svou léčbu/udržení abstinence. Dají se rozdělit do 4 základních skupin:

- *„Zdravotní a psychické*
- *Sociálně-psychické*
- *Sociální*
- *Trestně-právní*“⁸⁷

Motivace se může v průběhu času měnit. Klient si jako motivaci může zvolit cíl, který je složitý, nelehko dosažitelný, a proto je vhodné jej rozdělit do několika dílčích cílů, které klient může plnit postupně. Tím jsou lépe dosažitelné, a tak pro něj více uvěřitelné. Motivace je jeden ze zásadních klíčů úspěšné psychoterapie.

4.1.3 Spiritualita v psychoterapii

Pozitivní dopady spirituality lze doložit zcela racionálně. Duchovní život a společenství okolo něj působí velmi zdravě a motivačně k abstinování.

„Lze doložit, že spiritualita souvisí s lepším duševním stavem, odolností vůči stresu a lepším zvládáním zátěžových událostí. Takoví lidé navíc při léčbě lépe spolupracují. Popisuje se i nižší riziko předčasné smrti, větší pocity jistoty, klidu a naděje nebo

⁸⁶ MIOVSKÝ, M., BARTOŠÍKOVÁ, I. *Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislosti*. IN. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6, str. 42.

⁸⁷ MIOVSKÝ, M., BARTOŠÍKOVÁ, I. *Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislosti*. IN. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6, str. 27.

stabilnější vztahy a rodinný život. Spiritualita snižuje riziko návykové nemoci, i když to není faktor jediný a často ani nejdůležitější. ⁸⁸

Jedna ze základních lidských potřeb je být milován, u klientů se závislostí může být tato potřeba nenaplněna. Jak už jsem psala, aby byla abstinence úspěšná, je potřeba obsáhnout všechny složky jedince, tedy bio-psycho-sociální a samozřejmě i spirituální. *„Viděli jsme, že jedna ze základních duševních potřeb je člověka je milovat a být milován. Jedna z jeho nezákladnějších duchovních potřeb je žít ve vědomí, že Bůh ho miluje a že ho miluje jako lidskou osobu.* ⁸⁹

Různé výzkumy zaměřující se na několik druhů závislosti (alkoholu, tabáku aj.) jasně ukazují, jak velký význam a pozitivní vliv má spiritualita na jedince. Ve výzkumu *„Poage a spol. (2004) dokonce uvádějí, že délka abstinence v jejich souboru více souvisela se spiritualitou než s pocitem spokojenosti nebo mírou stresu.* ⁹⁰

4.1.4 Religiozita ve vztahu s psychologií člověka

Náboženství má pozitivní funkce v osobnosti člověka:

- a) Smysl života – dokáže odpovídat na základní lidské otázky, odkrývá mnohé, co je člověku těžko pochopitelné
- b) Systém hodnot – přináší základní morální hodnoty a s nimi jakýsi klíč k tomu, jak se rozhodovat/chovat, aby byl člověk ve shodě se svým nebo náboženským přesvědčením, které vyznává
- c) Bezpečnost a důvěra – souvisí s potřebou vlastní identity, psychické integrity
- d) Sebepoznání – pomáhá odpovídat na otázky – Kdo jsem? Čí jsem?
- e) Identifikace se skupinou – uspokojuje potřebu mezilidského kontaktu
- f) Psychoterapie – dokáže dávat člověku smysl života, zbavuje neurotického napětí⁹¹

Napříč kulturami se objevuje stále častěji potřeba po náboženství. Lidská osobnost má určitou potřebu po náboženství, která se dá rozdělit do 5 kategorií:

⁸⁸ Dr. Nešpor [online]. Praha: *Spiritualita v psychoterapii*. [cit. 23. 5. 2020]. Dostupné z: <http://drnespor.eu/addictcz.html>

⁸⁹ CUSKELLY, Eugen James. *Současná spiritualita: Duchovní život z hlediska moderní psychologie*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1994. ISBN 80-85527-70-7, str. 152.

⁹⁰ Česká a slovenská psychiatrie [online]. Praha: *Spiritualita v medicíně a u návykových nemocí*. [cit. 24. 6. 2020]. Dostupné z: http://cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2006_5_269_271.pdf

⁹¹ HALAMA, P., ADAMOVÁ, L., HATOKOVÁ, M., STRÍŽENEC, M., *Religiozita, spiritualita a osobnost*. Ústav experimentálnejpsychológie SAV, 2006. ISBN 80-88910-22-6, str. 7.

- 1) Vrozené či instinktivní potřeby – velmi málo zastoupený názor mezi psychology a psychoterapeuty
- 2) Výsledek vývoje osobnosti– psychické procesy, které projektujeme do vnějšího světa
- 3) Výsledek morálního vývoje – založené na morálním vývoji člověka. Od dětství kdy se orientujeme na poslušnost a trest až po složitější morální otázky, jako etnicita, hodnoty lidského života aj.
- 4) Existenciální jevy–např.: touha po nekonečnosti, snaha najít smysl života aj.
- 5) Mezilidské jevy – náboženství přináší nové mezilidské vztahy, situace, rituály aj.

92

N.G.Holm se věnuje vztahu lidské psychiky a náboženství. Ve svém výzkumu zjišťoval, jaký vliv má náboženství na vývoj osobnosti a jak si mladiství vybírají svou víru. Také zjistil, že osoby křesťanského vyznání jsou převážně extroverti a osoby vyznání hinduistického či budhistického jsou spíše introverti. Metaanalýza studie v psychologických časopisech ukázala, že v 72 % se prokázal kladný vztah mezi duševní/psychickou pohodou a religiozitou.⁹³

4.2 Pojem hagioterapie

Hagioterapie – je slovo složené z řeckých slov:

- Therapeia – péče, léčba
- Hagios – čistý, svatý, posvátný

„...léčení nemocných zaklínáním, modlitbou, uctíváním ostatků.“⁹⁴ I takto se dá nahlížet na hagioterapii, dle psychologického slovníku. Nicméně v této práci budeme využívat druhého náhledu: „...využívá zkušeností křesťanské spirituality a zaměřuje se na osobnostní struktury hodnotové, morální a numinozní ... nepředpokládá se víra v Boha, ale pouze v existenci náboženských dispozic v lidech.“⁹⁵

„Specifikem hagioterapie je to, že náboženskość považuje za mimořádně mocnou a všeobecně přítomnou sílu lidského duševna... Nepracuje ovšem s doktrinálními obsahy,

⁹² Tamtéž.

⁹³ HALAMA, P., ADAMOVÁ, L., HATOKOVÁ, M., STRÍŽENEC, M., *Religiozita, spiritualita a osobnost*. Ústav experimentálnejpsychológie SAV, 2006. ISBN 80-88910-22-6, str. 6.

⁹⁴HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X, str. 183.

⁹⁵ Tamtéž.

kteřé hlásají jednotlivá náboženství, nýbrž s psychickými strukturami, které se s těmito oblastmi pojí – se strukturami existenciálními (s otázkami smyslu života, hodnot, vztahů, smrti, zodpovědnosti, atd.), numinózními (s postoji životní vděčnosti, bázně, lásky, sebeobětování atd.) a morálními (dobro a zlo, vina, trest, odpuštění atd.). Hagioterapie vychází z předpokladu, že projektivní práce s těmito strukturami napomáhá člověku k novému „čtení“ jeho životních příběhů a k objevování nových, prospěšných a méně destruktivních způsobů chování, prožívání a vztahování se ke světu.“⁹⁶

4.2.1 Kořeny hagioterapie

Hagioterapie jako termín se objevuje v České republice od konce 20. století. Kořeny najdeme v existenciální psychoterapii, „a v jejím rámci zdůrazňuje význam nábožensko-spirituálních struktur lidské psychiky pro zdravé fungování člověka.“⁹⁷ Hlavním nástrojem používá Bibli, jako náhled do lidské psychiky a lidského nitra. C. G. Jung praktikoval přístupy tzv.: Otců pouště, které pocházejí již z doby antiky a najdete zde stejné prvky jako v momentálně praktikované hagioterapii.

„Po listopadové revoluci 1989 pak byly tyto zkušenosti systematizovány v terapeutické praxi se skupinami pacientů látkových závislostí v Psychiatrické léčebně Bohnice a posléze byly zformovány do uceleného teoretického systému.“⁹⁸

4.2.2 Osobnost MUDr. et Mgr. Prokopa Remeše

MUDr. et Mgr. Prokop Remeš je považován za českého zakladatele a průkopníka hagioterapie v České republice a z toho důvodu bych zde uvedla několik vět o jeho osobnosti a vývoji jeho vzdělání a studia.

„Vystudoval FVL UK, v roce 1980 získal specializační atestaci v oboru gynekologie a porodnictví a v roce 1997 v oboru psychiatrie. Od roku 1984 pracuje jako samostatně pracující lékař v Psychiatrické nemocnici Bohnice. V osmdesátých letech byl členem tzv. Dvořákovy skupiny v rámci „podzemní církve“, kde získal základní teologické vzdělání završené posléze oficiálním studiem na KTF UK v letech 1990–1994, Ve strukturách podzemní církve se účastnil kurzů pastorační terapie, při psychoterapeutické sekci České křesťanské akademie absolvoval v letech 1997–2002 výcvik v dynamické psychoterapii. Od

⁹⁶REMEŠ, P. Hagioterapie. In: Hagioterapie: Co je hagioterapie. [online]. © 2009-2018 [cit. 2018-09-02]. Dostupné z: <http://www.hagioterapie.cz/>

⁹⁷REMEŠ, Prokop. *Existenciální hagioterapie: spiritualita a psychoterapie*. Praha: Powerprint, 2019. ISBN 978-80-7568-178-2, str. 8.

⁹⁸ Tamtéž

roku 2000 pracuje jako lektor výcvikové komunity KOV SUR. Od roku 1991 je též členem Společnosti pro studium sekt a nových náboženských směrů a od roku 1992 vede skupiny hagioterapie v Psychiatrické nemocnici Bohnice.⁹⁹

4.2.3 Cíle hagioterapie

„Bezprostředním cílem hagioterapie je nové porozumění vlastnímu životu, které může člověku pomoci k jeho pozitivní proměně,“¹⁰⁰

Druhým vzdálenějším cílem hagioterapie *„je dosažení nových a konstruktivnějších vzorců chování, prožívání a vztahování se ke světu.“¹⁰¹*

4.2.4 Nástroje hagioterapie

Hlavním nástrojem hagioterapie je Bible. Kniha, která nám zprostředkovává příběhy, které i přes dávnost věků mají svou sílu a svou pravdu. Promlouvají k nám i přes tisíciletí a stále aktuálně, pro mnohé možná ještě aktuálněji. *„Hagioterapie biblické příběhy neusiluje vykládat historicky, jak se snad dávno staly, ani teologicky, tzn. co chtějí sdělovat o metafyzické povaze světa, ale tak, jak je vidíme z pozic své individuální životní zkušenosti, a zejména, proč je vidíme právě tak, jak je vidíme.“¹⁰²*

4.2.5 Hagioterapeut

Stejně jako psychoterapeut musí mít absolvovaný výcvik nebo jiné vzdělání v psychoterapii. Důležité je, že terapeut musí být otevřený *„vůči dynamickému pojetí a jeho flexibilita a schopnost obsáhnout nejen analytickou, ale i existenciální inspiraci.“¹⁰³*

Potřebuje znát kulturně-dějinné souvislosti. Hlavní pomůckou pro hagioterapeuta je Bible, její znalost je samozřejmostí. *„Vhodná je též určitá míra osobní náboženské zkušenosti a hluboký respekt k tradici křesťansko-židovské spirituality.“¹⁰⁴*

⁹⁹REMEŠ, Prokop a Alena HALAMOVÁ. Nahá žena na střeše: psychoterapeutické aspekty biblických příběhů. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-921-6, úvodník

¹⁰⁰REMEŠ, Prokop. *Existenciální hagioterapie: spiritualita a psychoterapie*. Praha: Powerprint, 2019. ISBN 978-80-7568-178-2, str. 41.

¹⁰¹REMEŠ, Prokop. *Existenciální hagioterapie: spiritualita a psychoterapie*. Praha: Powerprint, 2019. ISBN 978-80-7568-178-2, str. 42.

¹⁰²REMEŠ, Prokop. *Existenciální hagioterapie: spiritualita a psychoterapie*. Praha: Powerprint, 2019. ISBN 978-80-7568-178-2, str. 41.

¹⁰³REMEŠ, Prokop. *Existenciální hagioterapie: spiritualita a psychoterapie*. Praha: Powerprint, 2019. ISBN 978-80-7568-178-2, str. 81

¹⁰⁴ Tamtéž.

Hagioterapeut ateista může vzbuzovat v klientovi pocit nedůvěry a nevěrohodnosti. Proto je pro hagioterapeuta mnohem lepší mít víru, ideálně křesťansko-judaistických pramenů, ovšem i tak musí velmi dobře umět ovládat svou víru. „...vystupuje jako terapeut, a nikoliv jako pastor či kněz mající primárně na starost péči o spásu lidské duše...“¹⁰⁵

4.3 Bible jako terapeutický nástroj

„Ten, kdo čte Bibli, aby jí vytykal chyby, brzy zjistí, že Bible vytyká chyby jemu.“

- Charles Spurgeon

Využívání bible v psychoterapii (nebo tomu podobným účelům) je známa již ze starověku. Práce spočívala hlavně v tom, že když jedinec si nevěděl rady se svými emocemi, náladami, chováním, aj. začal studovat biblické texty. Čtení textů dávalo odpovědi, povzbuzovalo, a tak měnilo emoční myšlení jedince.

Dnes se s prací s biblí setkáváme trochu odlišně. Existují 2 přístupy užití. Jedno z užití pochází z USA, kde je bible chápána jako „učebnice o člověku, která (mimo jiné) pojednává o stejných tématech jako psychologie: o lidské bolesti, radosti, samotě, smrti i o nezvládnutelné agresivitě či sexualitě. Navíc však obsahuje i návody, jak s těmito tématy terapeuticky zacházet.“¹⁰⁶

V Evropě se setkává spíše s přístupem, že bible je jakési zrcadlo člověka. „Tento terapeutický přístup předpokládá, že každý člověk má své vlastní specifické předporozumění. Tím se myslí osobní způsob vnímání a zažívání sebe samého a světa, jenž vychází ze životní zkušenosti každého z nás.“¹⁰⁷

Mnohem více se psychologickému a psychoterapeutickému využití Bible věnuje Eugen Drewermann ve svém díle „Hlubinná psychologie a exegeze“. *Ve svém hlubinně*

¹⁰⁵REMEŠ, Prokop. *Existenciální hagioterapie: spiritualita a psychoterapie*. Praha: Powerprint, 2019. ISBN 978-80-7568-178-2, str. 81.

¹⁰⁶REMEŠ, Prokop a Alena HALAMOVÁ. *Nahá žena na střeše: psychoterapeutické aspekty biblických příběhů*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-921-6, str. 21

¹⁰⁷REMEŠ, Prokop a Alena HALAMOVÁ. *Nahá žena na střeše: psychoterapeutické aspekty biblických příběhů*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-921-6, str. 22

*psychologickém výkladu vychází Drewermann z toho, že autoři Bible popisují své zkušenosti něco, co se stalo, v obrazech, v nichž se můžeme sami najít.*¹⁰⁸

4.4 Průběh terapeutického sezení/terapeutické skupiny

Terapeutické sezení probíhá formou kombinovaných tematicko - interakčních skupin, které reflektují myšlenky, pocity, emoce a další vnitřní pochody spojené s biblickým příběhem, který se na skupině čte. Tento příběh nám představuje nějaké sebepoznání, vypovídá o životním příběhu osobnosti a lze se z něj tedy učit o sobě samém a dojít k změně.

Aby ovšem šlo o terapii, musí se předejít moralizování a filozofování nad texty, jde hlavně o existenciální a hlubinné momenty. Hlavním úkolem je najít odpověď na otázku *PROČ?* – proč se mě příběh takto dotýká? Proč ve mně vyvolává takové emoce/asociace atd.? Hledají se subjektivní příčiny.¹⁰⁹

První fáze/Úvod

V úvodu se představí účastníci skupiny (povětšinou i s nabídkou tykání), hodnotí se dojmy z posledního setkání, padne dotaz na úkol (pokud byl zadán) nebo se položí rozehrívací otázka. Cílem je zmapovat situaci ve skupině, její naladění, zda jsou členové ochotni komunikovat a jak, atd.

Terapeut se snaží každou odpověď reflektovat, vede účastníka k hlubšímu psychologickému zamyšlení. Dané odpovědi se snaží zobecnit a najít společné téma, které účastníky propojuje.

Častá témata pro úvod – mužsko-ženské vztahy, náboženství a víra, etická dilemata, smysl života, smrt a konečnost života, já jako viník, já jako oběť, paradoxy.¹¹⁰

„Na závěr úvodní části berou účastníci do rukou biblický text a terapeut jim předkládá metaforu „lovců perel“, o které hovořil dávný pouštní otec Efrém Syrský: Čtení

¹⁰⁸GRÜN, Anselm. *Hlubinně psychologický výklad Písma*. Praha: Česká křesťanská akademie, 1994. *Knihy ze světa*. ISBN 80-85795-05-1, str. 14

¹⁰⁹REMEŠ, Prokop. *Existenciální hagioterapie: spiritualita a psychoterapie*. Praha: Powerprint, 2019. ISBN 978-80-7568-178-2, str. 84

¹¹⁰REMEŠ, Prokop. *Existenciální hagioterapie: spiritualita a psychoterapie*. Praha: Powerprint, 2019. ISBN 978-80-7568-178-2, str. 85.

*Bible je jako hledání vzácných perel. A jako dávní lovci perel přicházeli na břeh moře, odkládali svůj oděv a hledali těžký kámen, jehož tíží by se nechali stáhnout do hlubiny*¹¹¹

Druhá fáze/Imaginace

Začíná se čtením biblického textu. Úryvek se čte 3x. První čtení je na účastníkovi. Seznámí se s příběhem, jsou vysvětleny nejasnosti, kontext, historické pozadí či jazykové vyjádření.

Druhé čtení je již pozornější, čte se jako „dopis, který je nám adresován“. Opět se vyjasní nejasnosti.

Třetí čtení provádí terapeut sám. Účastníci jsou vyzváni, aby zavřeli oči, nohama se pevně zakotvili a příběh se pokusili naplno vnímat a přemítali si ho v hlavě jako film, či sen. Aby text nevnímali pouze na jeho lingvistické úrovni, ale i emocionální.

Po dočtení příběhu jsou účastníci vyzváni k 5minutovému ztišení, aby každý měl možnost se ponořit do svých myšlenek a emocí a zjistil, jak na něj příběh působí, co v něm vyvolává za emoce a stavy. Terapeut může vstoupit do ticha, pomocnými otázkami: „*Co vám tento příběh připomíná z vašeho života? Kam vám tento příběh ukazuje, kam vás vede? Kdybyste prožili tento příběh jako sen, co by vám skrze tento sen mohlo sdělovat vaše nevědomí?*“¹¹²

Třetí fáze/Spolubytí v příběhu

Po imaginaci a společném ztišení dostává každý účastník prostor říct, co ho v příběhu zaujalo, co v něm příběh vyvolává. Co při imaginaci prožíval, co je pro něj důležité, a zda někde viděl spojitost s ním samým. Toto společné sdílení probíhá pod určitým tlakem, které řídí sám terapeut, rozhoduje o udělení slova, a hlavně se snaží o klientovo vlastní sebepoznání a reflexi nad příběhem.

Pokud se skupině nedaří emoční ponoření a stále jsou na příběhové rovině, je možné zopakovat předchozí fázi.¹¹³

¹¹¹REMEŠ, Prokop. *Existenciální hagioterapie: spiritualita a psychoterapie*. Praha: Powerprint, 2019. ISBN 978-80-7568-178-2, str. 86.

¹¹²REMEŠ, Prokop. *Existenciální hagioterapie: spiritualita a psychoterapie*. Praha: Powerprint, 2019. ISBN 978-80-7568-178-2, str. 89.

¹¹³REMEŠ, Prokop. *Existenciální hagioterapie: spiritualita a psychoterapie*. Praha: Powerprint, 2019. ISBN 978-80-7568-178-2, str. 90.

Čtvrtá fáze/Ukotvení

„*O co jsem bohatší, než jsem byl před dvěma hodinami?*“¹¹⁴

Na konci celého skupinového sezení jsou účastníci vybízeni, aby našli svou perlu = to, co je za dobu sezení nejvíce obohatilo, na co nového přišli ve svém procesu, který právě probíhal. Perla je symbol.

Terapeut oceňuje aktivitu, kterou účastníci do sezení dávali a vede účastníky, aby se opět zaměřili na sebe sama a zformulovali s čím tentokrát odcházejí, co je jejich perla. Tím se uzavírá proces sezení a účastníci se vrací na samý začátek a hledají posun v jejich prožívání či uvědomění si. Je zde důležitá část *přijímání a akceptování*, přestože často účastníci hovoří ve všeobecném psychologickém nadhledu, hovoří ve skutečnosti o sobě samém. Žádné perly nezpochybujeme.¹¹⁵

MUDr. Nešpor používá při práci **symboly abstinence**. Právě výše zmíněné perly jsou symboly a na nás záleží čeho, jestli naší abstinence, relapsu, či něčeho jiného. Ty jsou v psychoterapii návykových nemocí užitečné z více důvodů:

- „*Mohou zvyšovat motivaci k abstinenci a připomínat závislému významné hodnoty, které souvisejí s abstinencí.*
- *Dají se využívat i při zvládnání cravingu (bažení)*
- *Působí často sugestivně.*
- *Uplatňují se i jako součást rituálů (např. předávání odznaků za roční abstinenci).*
- *Některé symboly mají spirituální charakter a spiritualita je v prevenci a v léčbě návykových nemocí prospěšná.*
- *Vhodné symboly mohou usnadnit změnu hodnotového systému, takže získávají na větší důležitosti hodnoty prosociální a hodnoty podporující život a zdraví.*
- *Dotýkání se nějakého symbolu (např. obložku ametystu) může sloužit jako ukotvení (grounding). Člověk se soustřeďuje na dotykové nebo i zrakové vjemy, a tak odvede pozornost od bažení bezpečným směrem.*“¹¹⁶

¹¹⁴REMEŠ, Prokop. *Existenciální hagioterapie: spiritualita a psychoterapie*. Praha: Powerprint, 2019. ISBN 978-80-7568-178-2, str. 99.

¹¹⁵REMEŠ, Prokop. *Existenciální hagioterapie: spiritualita a psychoterapie*. Praha: Powerprint, 2019. ISBN 978-80-7568-178-2, str. 99-100.

¹¹⁶ Dr. Nešpor [online]. Praha: *Symboly abstinence v psychoterapii návykových nemocí*[cit. 23. 5. 2020]. Dostupné z: <http://www.drnespor.eu/a-symb12.pdf>

Výzkumná část

5 Vliv hagioterapie na pacienty během léčby

Hagioterapie jako jedna z psychoterapií je spíše méně známá, může to být krátkou dobou působení na psychoterapeutickém poli a také pro zatím malý počet psychoterapeutů věnujících se hagioterapii. Chci zjistit, zda by hagioterapie mohla být nápomocná či užitečná během následné péče o klienty v závislosti. A jak klienti pohlíží zpětně na hagioterapii, v čem vidí její největší přínos. Věřím totiž, že vhodné propojení spirituality, psychoterapie a léčebného či doléčovacího procesu je vhodnou cestou k úspěšné abstinenci. Nejdříve jsem psala o drogách a jejich abstinenci, v druhé kapitole jsem se věnovala sociální práci s důrazem na následnou péči a ve třetí kapitole jsem popisovala hagioterapii. Nyní se chci zaměřit na samotný vliv hagioterapie na klienty. Vliv zjišťuji rozhovory s bývalými klienty PN Bohnice, kteří navštěvovali hagioterapeutické skupiny v rámci své léčby.

5.1 Psychiatrická nemocnice Bohnice

Výzkumná část této práce bude probíhat s klienty a pacienty, kteří jsou, anebo byli v procesu léčby v rámci Psychiatrické nemocnice Bohnice a z toho důvodu chci v této části napsat základní informace o této nemocnici a konkrétně oddělení léčby závislostí.

Ústav se zabývá velmi širokou škálou služeb. Krom jiné se zde nachází i centrum krizové intervence, terapeutické dílny, různé druhy terapií a samozřejmě různá oddělení pro léčbu (gerontopsychiatrie, léčba závislostí, aj.).¹¹⁷

5.1.1 Oddělení léčby závislosti

Oddělení je striktně rozděleno pro muže, ženy a děti. Každé oddělení má svůj vlastní primariát. Liší se možnostmi terapií, odborníky, prostory, ale cíl léčby je samozřejmě u všech stejný.

„Léčebné programy jsou velmi podobné na všech třech odděleních a je to zhruba totéž, co by mohl závislý pacient očekávat od léčení v západní Evropě nebo ve Spojených státech. Hodně psychoterapie, zajištění léků a příprava na to, co bude následovat

¹¹⁷ Wikipedie: Psychiatrická nemocnice Bohnice. In: www.wikipedia.org [online]. Praha, 2018. [cit. 2018-08-31]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Psychiatrick%C3%A1_nemocnice_Bohnice

*po propuštění z nemocnice – včetně doléčovacích aktivit. Myslím si, že málokteré lůžkové oddělení pro léčení závislosti nabízí takové možnosti doléčovacích aktivit“.*¹¹⁸

MUDr. Karel Nešpor

5.2 Metodologie šetření

5.2.1 Metoda sběru dat

Pro svou diplomovou práci jsem se rozhodla zvolit rozhovory s otevřenými otázkami. Hlavním důvodem je, že rozhovoru chci dát určitý rámec a zjistit stěžejní věci k hagioterapii a hagioterapeutickým skupinám, avšak zároveň dát dotazovaným určitý prostor pro své vyjádření a možnosti říct vše, co jim může připadat zajímavé nebo důležité. *„Data z takového interview se snadněji analyzují, protože jednotlivá témata se lehce v přepisu rozhovoru lokalizují. Struktura informací je dána sekvencí otázek. Tím je také umožněna replikace celého průzkumu v jiném časovém okamžiku a jinou skupinou vědců.“*¹¹⁹

Celé šetření jsem se rozhodla zakotvit v interpretativní fenomenologické analýze – IPA, a to hlavně z důvodu, že *„poskytuje více prostoru pro kreativitu a svobodu výzkumného procesu než jiné kvalitativní přístupy.“*¹²⁰

Diplomová práce byla realizována převážně v době pandemie covid-19. Z toho důvodu bohužel nemohla být realizována dle původního plánu, kde jsem za pomoci vedoucí práce Mgr. Barbory Rackové měla realizovat rozhovory s klienty, kteří prošli protialkoholní léčbou v psychiatrické nemocnici Bohnice. Nějakou dobu jsme vyčkávali na zlepšení situace, až jsme se nakonec uchýlili ke krajnímu řešení. Rozhovory zrealizovala sama Mgr. Racková, poté co jsem jí zaslala své výzkumné otázky. Poté mi zaslala přepisy částí rozhovorů, kde jsou obsaženy odpovědi na mé otázky.

K tomuto řešení mě vedl i jeden další, podle mě podstatný důvod. Klienti se již s pí Rackovou znají osobně z hagioterapeutických sezení, proto k její osobě nemají dle mého problém se otevřít. Rozhovory probíhaly v online podobě, což podle mě při takovémto

¹¹⁸ Bohnice: Závislosti – muži. In: www.bohnice.cz [online]. Praha, 2018. [cit. 2018-08-31]. Dostupné z: <https://www.bohnice.cz/lecba/zavislosti-muzi/>

¹¹⁹HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0219-6, str. 173

¹²⁰ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2, str. 9.

tématu může samotnému rozhovoru uškodit. Klientům nemusí být tento neosobní kontakt příjemný, a proto mohou mít problém se otevřít se i terapeutovi, kterého již znají, tím spíše někomu cizímu. Tyto dva hlavní důvody tedy vedly k rozhodnutí nechat samotné rozhovory na Mgr. Rackové.

Samozřejmě jsem si vědoma i určitých úskalí v rámci tohoto řešení. Při vedení rozhovoru samotného může každá osobnost reagovat jinak, kvůli tomu je možné, že některé doplňující otázky by mohly být jiné než při mém vedení rozhovoru, což však nutně neznamená, že někdo pokládá doplňující otázky správné/špatné, pouze to může svést rozhovor jiným směrem.

Z výše uvedených důvodů jsem tedy přesvědčena, že jsme v dané situaci udělali to nejlepší pro kvalitu empirické části práce.

5.2.2 Výběr a oslovení respondentů

Výběr samotných respondentů k práci byl čistě na pí Rackové, která vybrala 6 klientů, kteří splňovali kritéria pro diplomovou práci, a se kterými se setkala na skupinových terapiích, pomocí metody záměrného výběru. Se spoluprací na diplomové práci souhlasili 3 respondenti. Pro účely práce bylo podstatné, že klienti nastoupili do hagioterapeutických skupin v rámci léčby drogové závislosti, a tyto skupiny navštěvují stále (byť tedy momentálně v omezeném režimu). V rámci své léčby jsou momentálně v abstinenci.

Vzhledem k velmi specifické a úzké skupině osob, které skupiny navštěvují, záměrně neuvádím v práci žádné konkrétní údaje o klientech, jako je věk, povolání atd.

5.2.3 Etické zásady

Rozhovory jsou zcela anonymní a respondenti ví, k čemu jejich odpovědi slouží. S každým respondentem byl podepsán informovaný souhlas, jehož znění prezentuji v příloze této práce.

5.2.4 Limity mého šetření

Velké limity této práce jsem již popisovala výše v rámci metody sběru dat. Nutné však je samozřejmě podotknout, že z podstaty sběru dat nedošlo k postupnému zpracování dat, jak základní strategie výzkumné metody doporučuje. Není tedy zcela naplněn idiografický přístup. „V důsledku toho IPA začíná detailním prozkoumáním jednoho

*případu a pokračuje v něm do té doby, než dosáhne určitého stupně porozumění nebo interpretačního tvaru, a teprve poté přechází k analýze dalšího případu.*¹²¹Tento postup jsem se pokusila nahradit alespoň podrobným nastudováním prvního rozhovoru a pak teprve jsem přešla k dalšímu rozhovoru a pak k poslednímu. „Dříve autoři IPA nabízeli dvě možnosti, jak pokračovat v analýze: (1) použít témata vzešlá z první analýzy k orientaci v dalších případech, nebo (2) provádět analýzu každého následujícího případu samostatně, „od začátku“, včetně identifikace témat.“¹²²

Dalším omezením šetření a celé práce je absence mého psychoterapeutického vzdělání. Ale mé zaujetí hagioterapií je veliké, proto jsem sama navštěvovala hagioterapeutické skupiny, abych co nejlépe poznala, jak probíhají a jak se mohou klienti během sezení cítit, co mohou prožívat. Sama jsem v rámci svých pracovních zkušeností pracovala s několika abstinujícími klienty v rámci služeb následné péče a věřím, že i tyto zkušenosti mi dávají potřebnou orientaci v celé problematice.

5.2.5 Výzkumná otázka

Hlavní výzkumnou otázku pro mé rozhovory jsou položila takto:

Jak pomáhá hagioterapie klientovi během abstinence?

Doplňující otázky, pro přesné vyobrazení hlavní výzkumné otázky, jsem si položila tyto:

- 1) Jaké jste měli očekávání, když jste vstupovali do hagioterapie? Byla tato očekávání naplněna?
- 2) V čem vnímáte největší užitek/prospěšnost v hagioterapii?
- 3) Jak Vám hagioterapie pomáhá se zvládnutím emocí? Případně s kterými nejvíce?
- 4) Jak vás motivuje/podporuje hagioterapie k udržení abstinence?
- 5) Co Vám hagioterapie přinášela ze začátku a co vám nového přináší nyní?
- 6) Navštěvujete hagioterapeutické skupiny i po propuštění z léčby, pravidelně/jak často?
- 7) Je nějaký příběh, který Vám v rámci hagioterapie uvízl v paměti a vracíte se k němu?

¹²¹ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH. Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2, str. 12.

¹²²ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH. Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2, str. 16.

8) Pomáhá Vám hagioterapie se snížením rizikových situací, které by mohly vést k porušení abstinence?

Pro určení témat pro mé rozhovory vycházím z teoretické části mé práce.

Hagioterapie – psychoterapie, spiritualita, psychoterapeutická skupina, motivace, bible, emoce, zvládání emocí, touha po přijetí, pocity viny, pocit méněcennosti, nezvládnutí svých emocí, potíže ve vztazích s ostatními, pochopení sebe sama, já, ego, uklidnění, spokojenost, odpočinek, relax, vyčištění, motivace, symboly abstinence

Abstinence/Abstinování – zdrženlivost od drog, následná péče, emoce v abstinenci, recidiva, relaps, craving, stres, stereotypy, deprese, úzkost, frustrace, euforie/“rauš“, motivace, vzrušení, alkohol, drogy, závislost, touha po droze, návrat ke špatnému životnímu stylu, potřeba uniknutí realitě, pocit selhání a nízké sebevědomí, společenský nátlak, vztahové problémy, neumění drogu odmítnout, nedůslednost v odmítání, svépomocné skupiny¹²³

Klient – sociální práce, pomoc, společnost, autogenní trénink, závislý klient, prevence závislosti, terénní programy, streetwork, sociální pracovník, nezisková organizace, poradny, následná péče, doléčovací program, AA, kvalita života, integrace do sociálního života

5.2.6 Způsob analýzy dat

Cílem rozhovorů bylo zjistit, zda a jak pomáhá hagioterapie během abstinování klienta a zda by témata a přístupy z hagioterapie mohly být nápomocné i v rámci následných služeb pro drogově závislé klienty.

Pro účely práce jsem zvolila interpretativní fenomenologickou analýzu, která pomáhá porozumět zažité zkušenosti člověka¹²⁴, v tomto případě tedy jde o dvojí zkušenost, a to jak drogovou, tak i se samotnou terapií. *„IPA představuje původní psychologický kvalitativní přístup k datům, jenž je rozvíjen od 90. let minulého století Jonathanem A. Smithem. Její počátky byly spojeny s psychologií zdraví (a stále jde o „živou“ součást výzkumu v této perspektivě), v současné době je však také aplikována*

¹²³ Témata abstinence a hagioterapie jsou velmi úzce provázána, právě že hagioterapie těmto klientům pomáhá nejen po emocích, který v nich vyvolává abstinence.

¹²⁴ ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH. Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2, str. 9.

*na různá výzkumná témata z oblasti psychoterapie, klinické psychologie atd.*¹²⁵ IPA představuje výzkumnou metodu, která by mohla propojovat obory, které se střetávají v této práci, tedy sociální práci a psychoterapii. Také se jeví jako vhodná pro velmi specifickou skupinu účastníků, kteří do tohoto šetření vstupují, jako v roli respondentů. *„Jeví se jako vhodná perspektiva, z níž můžeme pohlížet na kvalitativní data, jestliže chceme popsat a interpretovat způsob, jakým nositel zkušenosti, která nás zajímá, přisuzuje této zkušenosti význam. Osvědčuje se také v případech, kdy je předmětem výzkumu neobvyklá skupina, situace nebo zdroj sběru dat.*¹²⁶

Samotným cílem analýzy je vytažení a zachycení hlavních témat, která vystupují z rozhovorů. Tvůrci samotné metody však zdůrazňují, že výzkumník nemůže vést analýzu špatně, naopak podporují zpracovatele v kreativním zpracování dat. Což je přístup, který mi je velmi sympatický, díky tomu opadá úzkost z možného špatného zpracování dat.

Aby výzkumník mohl dobře zpracovat analýzu dat je potřeba si uvědomit jeho vztah k tématu a vlastní motivace pro práci s tématem. Pro správnou analýzu je potřeba si tento vztah z reflektovat., *Reflexe vlastní zkušenosti s tématem představuje především nástroj uvědomění si interpretativní role ve výzkumném procesu, díky němuž jsme schopni užitečně pracovat s daty a zajistit přitom validitu naší analýzy.*¹²⁷

Samotný průběh analýzy je vcelku volný průběh, jak jsem již poukázala výše v rámci kreativního zpracování. Avšak i tak je možné se držet doporučeného postupu, případně se jím alespoň inspirovat. Každý rozhovor jsem přečetla několikrát a hledala v něm vystupující témata, psala jsem si průběžné poznámky k textu. Takto mi z každého rozhovoru vylezla určitá témata, některá byla jedinečná pro daného klienta a některá se opakovala u více či u všech klientů a některá byla naopak velmi protichůdná. Při předání prepisů rozhovorů jsem sama nedostala žádné informace o klientech a rozhovory byly pojmenovány R1-3, pro mou lepší práci a orientaci v textech jsem přiřadila rozhovorům náhodná ženská jména – Jana, Eva a Nela.

¹²⁵ Tamtéž.

¹²⁶ ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH. Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2, str. 9.

¹²⁷ ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH. Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2, str. 17.

6 Témata v hagioterapeutických skupinách

V této kapitole představím témata, která vyplynula z realizovaných rozhovorů. Pro přehlednost témat v jednotlivých rozhovorech jsem se pro jejich zjednodušení a propojení rozhodla vytvořit tabulku. Samotnými tématy se budu zabývat v další fázi práce. Témata, která zde uvádím vzešla sama z přímé dynamiky, která je součástí hagioterapeutických sezení. Sami klienti mnohokrát zmiňovali, že témata přicházela postupně během sezení. „Přečtu příběh a říkám si, jak mi jako tohle může být užitečný pro můj život a pak v průběhu té skupiny úplně koukám, jak se tam najednou vidím a že mi to do toho mého života jako něco říká.“ například uvádí jeden z participantů na rozhovorech Nela.

V šetření jsem si kladla za cíl zjistit, zda hagioterapie pomáhá klientům v abstinenci, případně která témata jsou pro ně během setkání důležitá a co jim je na terapii sympatické, co je pro ně tím pilířem, že se ji rozhodli navštěvovat. Některá témata jsou pro klienty nosná více a jsou pro ně typická v hagioterapii, dokládají potřebu participantů o tématech více hovořit, více se jim věnovat.

TÉMATO:	EVA	JANA	NELA
Emoce	A	A	A
Aha efekt	A	A	A
Vztahy s druhými	A	A	A
Jiné terapie	A	A	
Závislost	A		
Abstinence	A		A
Vina a její náprava	A	A	
Projekce do terapeuta	A		
Motivace		A	A
Vztek*	A	A	A
Covid-19 a hagiogrupy	A	A	A
Rituály		A	
Poučení se		A	
Změna prostředí			A
Bažení	A		A
Zrcadlení příběhu s realitou	A	A	A

* Jsem si vědomá, že téma vztek by měl spadat do kategorie emocí, nicméně v rozhovorech vztek, naštvanost, zloba natolik zaznívaly, že jsem se rozhodla jej postavit jako samostatné téma.

6.1 Konkrétní témata očima klientů

Nyní bych se zaměřila na jednotlivá témata podrobněji. Jedná se o témata, která sami respondenti otvírali a hovořili o nich.

Emoce a abstinence

„Snaha pochytit a vědomě pojmenovat celkové prožívání daného příběhu, včetně emocionálních záchvěvů, které se během děje objevují a proměňují. Co při tom cítíte, jaký máte pocit? Snaha zachytit primární emoce se nemusí omezovat pouze na pocity samotného čtenáře, ale fantazijně i na pocity a prožívání i ostatních aktérů daného příběhu, jak o nich v kontextu daného příběhu hovoří biblický text.“¹²⁸ Takto si dává hagioterapie za cíl pracovat s emocemi.

Z rozhovorů vzešlo mnoho propojení mezi tématy. Jedním z největších propojení je uvědomění si vlastních emocí, kdy se díky tomu klientům daří udržet v abstinenci a potlačit tak bažení. Uvědomí si, že momentálně na ně působí nějaký z rizikových faktorů, jako je stres, stereotyp, pocit selhání a neschopnost zvládnout věci nebo je dotáhnout do konce.

V rozhovoru s Evou bylo vidět, že se s emocemi díky hagioterapii učí zacházet, pojmenovávat, a hlavně s nimi žít: *„...se tam učili pojmenovávat emoce, ty já sem měl vždycky strašně zadrženy. Doktor mi často říkal, že jsem s těma emocema zadrženej a ryl do mě, dokud sem nějakou neřekl. Nejdřív mě to štvalo, přišlo mi to jako blbost, když sem řekl, co si myslím, proč bych měl říkat, co cejtím, ale pak jsem pochopil...“*. Klient Eva si dokonce díky této nově naučené schopnosti – číst vlastní emoce uvědomuje, že je to velmi napomocné při úspěšné a dlouhodobé abstinenci: *„...když je budu cejtit, že můžu dopředu odhadnout nějaký věci.... Když je mi blbě, tak prostě jedu z práce až tak, aby byl zavřenej obchod a nemohl sem si koupit víno, pivo ani tvrdej.“*

Nela se naučila pracovat se vztekem: *„...už u sebe poznám, že když sem vzteklej, že mám hodně energie a když se u toho zastavím, tak tu energii pak můžu použít dobrým způsobem... to беру jako nějakou kontrolu toho, kde teď v životě sem...jestli jako dobrý, jestli mě tam to chlastání někde z nenadání nepřepadne...“*

¹²⁸REMEŠ, Prokop. Existenciální hagioterapie: spiritualita a psychoterapie. Praha: Powerprint, 2019. ISBN 978-80-7568-178-2, str. 51.

Jak jsem uváděla v teoretické části práce, emoce velmi ovlivňují abstinenci, chuť po bažení, a proto je zcela klíčové umět se svými emocemi pracovat, umět v nich číst a umět je zpracovávat. Naučit se pojmenovávat emoce je jeden z hlavních pilířů hagioterapie, a proto terapeut nutí klienty, aby o emocích mluvili a přemýšleli nad nimi. „...*No, on Vás pan doktor bez emocí dál nepustí... ryje tak dlouho dokud nějaký nevyšťourá, takže s emocema mi to pomohlo. Že se teď někdy zastavím a říkám si, co ta situace se mnou dělá...*“

Při práci s emocemi nemusí být vždy nutné, naučit se jak s nimi nejlépe pracovat nebo jak je přetvořit v něco užitečného, mnohdy postačí dát svým emocím volný průběh. „...*bylo to těžký, často jsem po hagioterapii večer brečela. Já jako brečím i po jiných skupinách... ale tady to bylo nějaký silnější.*“

Podle výpovědí a dle rozboru rozhovorů se dá říci, že právě práce s emocemi je pro klienty a také pro samotnou hagioterapii klíčová a specifická. Může se jednat o emoce negativní i pozitivní. Jiné terapie často řeší, jak se droze vyhnout, jak se naučit říct droze „ne“, ale klienti si na hagioterapii právě cení, že jim umožní velký vhled do nitra věci. „*to je jako způsoby odmítání, co se učíme na AA... a pak sme tam taky nějak řešili, jestli sme schopní odhadnout, kdy ta riziková situace nastane a vyhnout se jí... i když to bylo často hodně těžký, protože to šlo prostě nějak na podstatu věci.*“ uvádí v rozhovoru Jana. Nela ve svém rozhovoru také zmiňuje specifčnost hagioterapie, že bere věci do hloubky. „...*Že to šlo nějak na dřev, co je v mym životě fakt podstatný, pro co má smysl žít. A tak... takový prostě hluboký věci.*“

Vztek, nástroj pro změnu

Vztek, naštvanost, zloba, ukřivděnost, agrese, bolest byly nejčastější velké silné emoce, které zaznívaly v rozhovorech. Klienti povětšinou s touto emocí do hagioterapie vstupovali, projektovali ji do terapeuta, do Boha, Ježíše aj. „...*mě ten chlap dost štvál. Jako do všeho šťoural a převracel to na ruby... chtěl jsem se s nim hádat... Pak jsem zjistil, že na tom něco je... že on umí trefit do černýho a to je pak jasný, že vás to štve... pak mi ale došlo, že tam otvírá věci, kterou jsou pro mě fakt důležitý a proto to bolí, proto mě to štve.*“ Takhle vypadal začátek hagioterapeutických skupin u klienta Evy.

Pro jiné jsou tyto emoce těžké na pojmenování, ale je nutné s nimi pracovat, „...*někdy jsem víc vzteklej, někdy víc lítostivej a obě ty emoce maj na mě jinej vliv. Tydle dvě emoce*

sou pro mě asi nějak častý... Vztek, lítost... a s těma jsem se potřeboval naučit něco dělat...“

Doplňující otázka tazatele: *„A podařilo se to co s nimi děláte?“*

„... No, jak kdy... nejsem samozřejmě dokonalej... ale už u sebe poznám, že když jsem vzteklej, že mam hodně energie a když se u toho zastavím, tak tu energii pak můžu použít dobrým způsobem, k něčemu užitečným, když se to povede... no a ta sebelítost, ta mě dost zpasivňuje... a taky jí na sobě dost nesnáším...“ Z rozhovoru s Nelou.

O vzteku, také hovořila Jana, ta svůj vztek/zlobu z počátku zrcadlila do bible *„...tam nějak figuruje ten Bůh. Já jsem se na něj furt zlobila, strašně mě tam štvál, ve všech těch příbězích. Nebo Ježíš, ten taky... ale pak mi to došlo, že stejně jako v každém příběhu obviňuju Boha nebo Ježíše, tak že to dělám i ve svém životě... že všechno to, co se mi v životě stalo prožívám, jak kdybych byla jen nějaká loutka, která nemá možnost volby... nakonec sem to přetavila na naštvání na mě, co sem to já udělala, přestala sem se tam litovat a snažím se víc brát život do svých rukou...“*

Eva ve svém rozhovoru ještě hovořila o vzteku vůči terapeutovi a projekce svých skutečností do něj: *„... na začátku sem se furt hádal s Remešem, teď si po delší době říkám, že sem se potřeboval dohát se svým tátou, tak sem to jel na něj. Táta už je mrtvej, tak si to s ním vyříkat nemůžu, na Remešovi sem si vylil nejdřív vztek. Až pak mi došlo, že nereje proto, že chce ranit, ale proto, že mi chce pomoc...“*

Vztek, agrese je často hnacím motorem k nějakým činům a skutkům, je pouze na nás, jaké budou výsledky tohoto našeho konání. Tyto emoce patří mezi ty silné, o kterých jsem psala v teoretické části. Emoce tohoto typu mohou oslabit kognitivní funkce a pak snáz podlehneme bažení, špatně vyhodnotíme danou situaci, naše chování bude zkratkovitě. Hagioterapie vede klienty ke čtení svých emocí a plnému uvědomění si nich a následné práci s nimi. Tyto emoce najdeme napříč biblickými příběhy, ne vždy nutně v negativní souvislosti, díky tomu s nimi lze pracovat v hagioterapii, kde se v nich může nalézt i klient.

Vina, aneb kdo za to může...?

„Kdo za to tedy skutečně může?“ Sama jsem tuto větu slyšela od MUDr. Remeše několikrát pro hagioterapeutických skupinách, které jsem navštěvovala v rámci přípravy na psaní diplomové práce. Stejnou otázku si očividně kladou i sami účastníci, během sezení, a nejen během něj. Zcela pochopitelným prvotním reflexem ke ukázat na někoho druhého a

říct, že je to jeho vina. „Člověk potřebuje viníka, protože pokud je vina, je zde šance alternativního vývoje, je šance měnit věci a svět není tak chaotický, zničující a nebezpečný.“¹²⁹ Je potřeba notné dávky odvahy, sebereflexe k tomu uznat svá provinění a uvědomit si je, a ještě více odvahy chce k jejich nápravě. K nápravě je i potřeba si uvědomit, komu všemu jsme ublížili. U drogově závislých to bývá často vcelku široké okolí. Je nutno dodat, že není v silách klienta získat odpuštění všech. Je však nutné pracovat na tom, aby se stejné chyby neopakovaly. V bibli je pro vinu a povídání o ní nejčastěji dáván příběh o Janu Křtiteli, i v našich rozhovorech zazněl při tomto tématu odkaz na tento příběh. Ale v bibli najdeme i příběhy o pocitu viny, které vedou k smrti. Jidášeho pocit viny dohnal k sebevraždě. Proto je nutné o tématu hovořit a pracovat s ním. Uvědomit si jej. „... ne se utápět ve vině, ale aktivně s tím něco dělat, aby z toho měli něco ti, kterejm sem ublížil.“, říká Eva.

V rozhovoru o tom hovoří Eva: „...že jsem neublížil jenom sobě, ale že to odnesla i moje rodina a že bych jim to měl vynahradit. A že se v tý vině nemůžu pořád utápět, že to seabemrškačství není k ničemu. Že mě to deptá a nikomu to nepomáhá, že je prostě lepší to vzít tak, že sem chyby udělal a teď je jdu nějak napravit... a tam, kde napravit nejdou, že to zkusím aspoň vynahradit jinak.“

Drogová závislost, případně minulost s sebou nese pocity viny a obviňování se a je důležité si říct, kdo za vše může. Jako to zaznívá v rozhovoru s Janou, která si vybavila právě příběh o Janu Křtiteli: „...to mi pomohlo s tématem viny, že sem si na tom příběhu uvědomila, že na jedný situaci může mít vinu víc lidí, různým dílem... a že teda není všechno jen na ostatních, nebo všechno jen na mně...“

Pocit viny mohou klienti mít vůči sobě i vůči ostatním. Jednou z nejhorších vinou je vůči svým nejbližším, kterým klient v době závislosti nevědomky ubližoval. „na hagio jsem si uvědomila, že sem ubližovala taky jí. Já sem si pořád říkala, že ne, že je ještě malá, ale tady mi došlo, že sem se jí mohla věnovat víc. Že i když jsem tam fyzicky byla, že jsem tam pro ni prostě nebyla.“ Vidíme, že Jana si svou vinu uvědomuje, a to jí dává potřebu změny. Často se při hovorech o vině, objevují myšlenky typu „To musím napravit, už bych to tak neudělal, lituji toho...“ S pocitem viny hagioterapie pracuje důkladně

Aha efekt, uvědomění si, jo takhle to je...

¹²⁹REMEŠ, Prokop. Existenciální hagioterapie: spiritualita a psychoterapie. Praha: Powerprint, 2019. ISBN 978-80-7568-178-2, str. 47.

Klienti často přichází na hagioterapii, aniž by pořádně věděli, co se tam bude dít. „*Holky říkaly, že je to hustý, že je to v kostele, s mečem, kadidlem, kuličkama na cvrnkání, s biblí, tak mi to přišlo jako kravina, tak sem si řekla, proč ne, když stejně sem v blázinci, tohle jako blázinec vypadá.*“ S takovýmto vhladem vstupovala do skupiny Jana, ovšem o nějakou dobu později, po pár sezení pochopila a dostavil se „aha efekt“ „*no nejdřív jsem se vůbec nechytala, moc jsem tomu nerozuměla, co po mě chce. Tak sem z toho byla nejdřív taková nervozní, pak mi to někdy přišlo jako legrace. Ale pak mi došlo, o čem to je, tak jsem tam chodila ráda.*“ dodává Jana. Podobně o začátku skupinové hagioterapie hovoří i Eva: „*Kluci říkali, že je to dobrý... tak sem tam šel. Jenže mě ten chlap dost štval. Jak do všeho šťoural a převracel to na ruby. Takže jsem tam chodil, abych se s ním mohl hádat. Pak jsem ale zjistil, že na tom něco je... že na ty hagioterapii otevírám věci, který sou pro mě fakt důležitý... Tak jsem tam začal chodit rád, celejt ejden jsem se na to těšil.*“ I v posledním rozhovoru s Nelou zazníval velice podobný scénář, jako v přechozích dvou. „*Poprvé, když jsem byl v Bohnicích, tak jsem vůbec netušil do čeho jdu. Byl jsem ale hospitalizovanej 2x a podruhý jsem se vyloženě těšil až hagioterapie bude... jde se k těžkým tématům. Přečtu si příběh a říkám si, jak mi jako tohle může být užitečný pro můj život a pak v průběhu skupiny uplne koukám, jak se tam najednou vidim a že mi to do toho myho života jako něco říká... tady sem nějak zjistil, že když někdo něco vidí jinak, že k tomu může být taky pádnej důvod.*“

Klienti vcházejí do hagioterapie víceméně bez očekávání, ale za to jsou pak překvapeni jejím přínosem, který hodnotí pozitivně.

Vztahy s druhými, rodinou a nejbližšími

Jak jsem již uváděla při tématu viny, drogově závislý klient, klient s drogovou minulostí velice často ublíží lidem ve svém okolí a v průběhu léčby, abstinence se snaží své činy omluvit, napravit nebo vynahradit.

Mnohdy jim právě otázkou složitého vztahu s některou další osobou může pomoc bible a nějaký příběh v ní. Jako o tom hovoří participantka Eva: „*Sem nejdřív nechápal, jak někdo může třeba toho nějakýho chlapa vidět jako pozitivní postavu, když to byl za mě jasnej gauner... terapie pokračuje, lidi vysvětlujou proč a najednou je to jasný... z toho druhýho pohledu to dává smysl... takže mi to pomohlo třeba v tom bejt víc tolerantní a nesoudit každýho hned.*“ Závěrem rozhovoru Eva uvádí: „*prostě, že jsem si uvědomil, že nejdůležitější je pro mě rodina, že musim odmakat to, co se tam napáchal.*“

Klienti si mohou také uvědomit, že jejich chování může, ale i zcela jistě ovlivňuje jejich okolí, právě třeba rodinu a přátele o tom hovořila Nela: *„Že v tom příběhu vidím sebe, nějak jinak, že v tom příběhu vidím taky to, že když se tam najdu, co to moje jednání může dělat s jinejma. No a pak to, že sem víc tolerantní k názorům ostatních.“*

U obou participantů, můžeme také pozorovat určité rysy, jak se klient učí vnímat druhé a získává tak novou sociální schopnost, která mu může být v budoucnu velmi prospěšná.

Terapie, která je lepší?

V teoretické části práce jsem uváděla, že klienti s drogovou závislostí nebo minulostí pro svou léčbu a úspěšnou abstinenci navštěvují nejednu odbornou instituci. Pro jejich opětovné zařazení do běžného života je potřeba více odborníků lékaři, psychologové, sociální pracovníci, mnohdy i právníci atd. Není tedy překvapením, že mnozí klienti navštěvují od jednoho druhu oboru více odborníků a toto se přenáší i do terapie. V rozhovorech s klienty zaznívá, že kromě hagioterapie navštěvují i AA (anonymní alkoholiky). Dle jejich výpovědí je tato kombinace terapií pro ně velmi vhodná. Participantka Jana k tomuto tématu uvádí: *„pamatuji si, že v nějakém příběhu sme říkali, že to je jako způsoby odmítání, co se učíme v AA... a pak sme taky nějak řešili, jestli sme schopní odhadnout, kdy ta riziková situace nastane a vyhnout se jí.“* Z této výpovědi by se dalo říct, že na skupinách AA se řeší spíše praktické záležitosti okolo abstinence a na hagioterapeutických skupinách se více zaměřují na emoční rovinu, jak jsme si již uváděli výše. Klienta Eva uvádí *„Já kromě hagioterapie chodím ještě na AA. Tak se těžko rozpoznává, v čem pomáhá přímo hagioterapie a v čem je přínos AA. Ale vlastně mě překvapilo, že to má spoustu společných prvků. A to si myslím, že pomáhá, že to jde ruku v ruce... že si na něco přijdu na jedný nebo na druhý skupině a na ty hagio, nebo na tý AA se potvrdí to, co jsem se dozvěděl na tý druhý.“* Z druhého úryvku je patrné, že navštěvovat více druhů terapií je pro klienta více než prospěšné.

U tohoto tématu bych ráda upozornila na dílčí téma, které se vynořilo zcela nečekaně v reakci na momentální epidemiologickou situaci v ČR. Všichni tři klienti se napříč rozhovory zmínili o tom, že hagioterapii navštěvují již dlouho době (v řádu let). *„jojo chodil jsem teď 2 roky jednou za čtrnáct dní.“* Například uvádí Eva. Momentálně však skupinové terapie neprobíhají, nebo minimálně ne v běžném režimu, a klientům osobní setkání chybí. *„...tak mi to chybí, tak máme aspoň hagioksetkávání přes skype. Jsem za to*

rád, ale osobní kontakt je prostě osobní kontakt.“ dodává Eva. Naproti tomu Jana v rozhovoru uádí, že také dochází jednou za čtrnáct dní *„ale to teď není úplně možný kvůli té situaci s covidem. I ty večerní skupiny teď nejsou. To mě mrzí, chybí mi to.*“ A i v poslední třetím rozhovoru zaznívá tato zmínka: *„...jenže teď tu máme kovidu, tak mi to chybí... jsem rád aspoň za ty setkání přes internet, ale přece jen to není to samý, jako když se všichni sejdem ve věži... ale ta skupina mi tam chybí, to v tom onlinu úplně tak nejde.*“ Přivádí mě to k zamyšlení, jaký bude mít epidemiologická situace vliv na lidi v abstinenci. Bez terapií, bez možnosti sociálního kontaktu v podobě, na jakou jsou zvyklí, velice často bez možnosti spolupráce s odborníky, ke kterým docházeli. Tyto velice stresové situace mohou mít na klienty v abstinenci velmi negativní vliv.

6.2 Shrnutí

Kapitola Témata v hagioterapeutických skupinách přímo navazuje na teoretickou část diplomové práce. Přináší potvrzení některých témat, která jsou pro hagioterapii nosná, jako jsou emoce, práce s vinou a samozřejmě s ohledem na cílovou skupinu abstinence. Z ilustrativního šetření však vyplynula i témata méně očekávaná jako různorodost terapií, samotné uvědomění si klientů, o čem vlastně terapie je. Vzhledem k momentální situaci v ČR vzešlo i zcela nové a nečekané téma covid-19 a psychoterapie. Samozřejmě hagioterapie i bible samotná přinášejí témat mnohem více, možná se některá teprve ještě objeví vzhledem k mladému věku této terapie. Témata, která vzešla v našem šetření jsou ta, jejímiž nositeli byli účastníci tohoto šetření.

Jak jsem již psala, klíčem k úspěšné abstinenci je souhra mnoha odborníků, a hlavně samotná potřeba klienta být „čistý“. Hagioterapie je evidentně účinný nástroj při pomoci. Je nositelem témat, která jsou pro klienty s drogovou závislostí důležitá, umí s nimi pracovat a klient se díky tomu učí pracovat s těmito tématy, jako jsou emoce, vina, smrt aj.

V úvodu této závěrečné kapitoly jsem uvedla, jaké si kladu cíle šetření. Jedním z cílů bylo zjistit, co přijde klientům sympatické na hagioterapii a co je pro ně tím pilířem, že se ji rozhodli navštěvovat a navštěvují ji i dlouhodobě. Jak klienti uváděli, dochází zcela pravidelně přes 2 roky. Všechny cíle šetření se zdají být neodlučitelně propojené, což dokazuje účinnost terapie. I když mnohdy klienti jsou během sezení naštvaní, nešťastní, jsou si vědomi toho, že to má nějaký důvod a sami chtějí zjistit, jaký ten důvod je, protože vědí, že jim to přinese mnoho odpovědí do jejich života. Tyto vhledy reflektují a pracují

s nimi. To hodnotím jako základ úspěšné abstinence, práce na sobě samém a uvedení změn do pohybu.

V rozhovorech zaznívala spolupráce více terapií na jednom klientovi, přesněji řečeno, že jeden klient dobrovolně navštěvuje více terapií, protože si je vědom větší účinnosti a vzájemného doplňování. Z toho vyvozují závěr, že je pro klienty v abstinenci více než vhodné rozšířit možné portfolio terapeutických možností v rámci doléčovacích služeb. Aby si každý mohl vybrat, co mu nejvíce vyhovuje, a která terapie mu je přínosná.

Hagioterapie působí na klienty i edukativním způsobem. Nejen, že se učí o sobě samých, nedílnou součástí je i určitý historický vhled do doby, kdy se biblické příběhy odehrávají. V rozhovorech zaznívalo i učení v souvislosti s druhými lidmi. Vnímání druhých osob, jejich respektování a tolerování. Dle mého se jedná o zcela nezbytné dovednosti pro úspěšný návrat do běžného života a přípravu na setkávání různých osob, ať názorově, etnicky či jakkoliv jinak rozdílných.

Závěr

Cílem práce bylo zjistit, jak pomáhá hagioterapie klientovi v abstinenci. Proto jsem práci rozčlenila do několika částí. Na začátku jsem vložila kapitolu o propojení témat sociální práce a psychoterapie, kde jsem vysvětlila svůj postoj k nedílné spolupráci těchto dvou oborů. Následuje vhléd do drog a drogové problematiky. Jaké druhy drog máme, a tedy i drogových závislostí, co je pro klienty na drogách zajímavé a co je vede k jejich užívání. Pro plynulý přechod do abstinence nelze opomenout práci sociálních pracovníků, kteří velice často bývají prvními odborníky ve styku s drogově závislou osobou.

Zabývala jsem se specifickou prací sociálního pracovníka v tomto vztahu, jaká je náplň jeho práce s těmito klienty, a jaké jsou principy práce se závislými klienty. Věnovala jsem se také popisu prevence závislostí a nedílnou součástí tohoto tématu jsou i sociální služby pro tyto klienty, protože se mnohdy zabývají prevencí v různých stádiích a formách.

Následovala podstatná kapitola práce, abstinence. Zaměřila jsem se na vztah abstinence a spirituality, psychologie a psychoterapie. Popisuji, jaká je prevence abstinence, recidivy a jaké to doprovází emoce. Za nutné jsem považovala zmínit i praktickou stránku abstinence, tedy jak umět odmítat drogu, a jaké jsou pro klienty rizikové faktory při abstinenci. Tyto záležitosti jsou pro správného terapeuta naprosto klíčové, aby ve své práci věděl, kdy a co rozklíčovat, a tedy mohl patřičně klienta varovat, že mu hrozí nebezpečí a naučil jej, jak s ním pracovat a bránit se.

Trochu více jsem se věnovala abstinování od alkoholu, protože právě klienti se závislostí na alkoholu jsou nejčastějšími klienty v hagioterapii. Následoval vhléd do následné péče o tyto klienty. Jak v České republice vypadá následná péče o tyto klienty, jaké nabízí služby a co v těchto službách klientům chybí.

Podíváme-li se na tuto část s mírných odstupem můžeme vidět vývoj v práci, tak jako v klientově životě. První je drogová závislost, následuje první odborný kontakt, často se sociálním pracovníkem, například streetworkem, který klientům dává čisté injekční stříkačky, kondomy a také informace o možnosti léčby. Následuje léčba a její podpůrné systémy, které tvoří právě sociální systém a terapie. Po úspěšné léčbě se klient ocitá v doléčovacích programech a následné péči, kde se seznamuje se svými následujícími možnostmi.

Jeden z nástrojů úspěšné abstinence je vhodná terapie. Tou v této práci je hagioterapie, která je podrobně popisovaná ve čtvrté kapitole, spolu s jejím přínosem a možnostmi, zmiňuji zde i její neoddelitelnou součást – Bibli.

Předposlední kapitolou je úvod do empirické části práce, seznámení s místem, kde probíhají hagioterapeutické skupiny a poté samotný úvod k ilustrativnímu šetření. Tedy od jeho metodologie až po analytickou část. Seznámení s vybranou analytickou metodou a její možnosti pro tuto práci.

Poslední částí práce přináší výsledky rozhovorů, které proběhly s třemi klienty, kteří prošli léčbou v PN Bohnice a dlouhodobě navštěvují hagioterapeutické skupiny. Kde jsem si pokládala hlavní otázku: Je hagioterapie pro klienty účinný nástroj při úspěšné abstinenci? Jak jim tato terapie doopravdy pomáhá? Vnímají ten přínos i oni sami? Z rozhovorů se vynořila různá témata, důležitá, podstatná, nosná i velmi osobní. Díky šetření jsem zjistila, že již samotné jedno setkání může mít na klienta velmi pozitivní vliv při jeho abstinenci, při práci na něm samém. Proto při dlouhodobém navštěvování této terapie se její účinky prohlubují a dochází k hlubokému sebepoznání, které je pro klienty v jejich abstinenci klíčové. Může jít o jejich práci s emocemi, jejich pochopení, zachycení a ukotvení. Velice často se pracuje s vinou, sebelítostí a jejími dopady nejen na klienta, ale i jeho okolí, které klient mohl přehlížet. Na skupinách klient dostává zpětnou vazbu na své chování, získává tak obraz svého já a mnohdy si uvědomí věci, které z nějakých důvodů neviděl nebo vidět nechtěl.

Ilustrativní šetření mi ukázalo, že hagioterapie pro svou dovednost vzít věci hned od začátku do hloubky je pro klienty důležitá, může tak rychleji předcházet vznikajícím problémům. Nutno však říct, že také z rozhovorů vyplynulo, že pro zcela úspěšnou abstinenci je vhodné navštěvování více různých terapií. Pro úplné pochopení životních situací, traumat, ale i běžných záležitostí. Každá terapie a práce s nějakým odborníkem dává klientovi určitý dílek skládačky, kdy do sebe dílky zapadají, a tak vzniká úspěch dlouhodobé abstinence. Z toho důvodu si myslím, že by se mělo v České republice a jejím sociálním systému klást více důrazu na následnou péči o tyto klienty. Jak samotné rozhovory dokazují, klienti navštěvují terapie i 2 roky a nemají zatím v plánu s tím přestat. Péče o klienty v následné péči takto dlouhodobá nebývá a málokdy se setkáme s tím, že sociální služba disponuje i terapeutickými prostředky, které jsou klíčové pro klienty v abstinenci.

Seznam literárních zdrojů:

1. BAJER, P. Ze strany státu není jasno, na co se chce zaměřit v drogových službách, konstatuje předseda Podaných rukou. Sociální práce. Asociace vzdělavatelů v sociální práci. České Budějovice, 2007, č. 2, str. 3-6, ISSN: 1213-6204
2. BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *Práce v multidisciplinárním týmu*. IN. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6
3. CUSKELLY, Eugen James. *Současná spiritualita: Duchovní život z hlediska moderní psychologie*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1994. ISBN 80-85527-70-7
4. GRÜN, Anselm. *Hlubinně psychologický výklad Písma*. Praha: Česká křesťanská akademie, 1994. Knihy ze světa. ISBN 80-85795-05-1
5. HALAMA, P., ADAMOVÁ, L., HATOKOVÁ, M., STRÍŽENEC, M., *Religiozita, spiritualita a osobnost*. Ústav experimentální psychologie SAV, 2006. ISBN 80-88910-22-6
6. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X
7. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0219-6
8. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6
9. KUDA, Aleš. *Následná péče, doléčovací programy*. IN. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6
10. KUDA, Aleš. *Relaps a prevence relapsu*. IN. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6

11. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X
12. MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2
13. MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2
14. MIOVSKÝ, M., BARTOŠÍKOVÁ, I. *Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislosti*. IN. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6
15. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6
16. REMEŠ, Prokop a Alena HALAMOVÁ. *Nahá žena na střeše: psychoterapeutické aspekty biblických příběhů*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-921-6
17. REMEŠ, Prokop. *Existenciální hagioterapie: spiritualita a psychoterapie*. Praha: Powerprint, 2019. ISBN 978-80-7568-178-2
18. ROTGERS, Frederick. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-836-9
19. ROTGERS, Frederick. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-836-9
20. ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2

Seznam internetových zdrojů:

1. ADIKTOLOGIE, 2019 [online]. Praha: *Popis sítě služeb následné péče* [cit. 30.4.2020]. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/popis-site-sluzeb-nasledne-pece>
2. Bohnice: Závislosti – muži. In: www.bohnice.cz [online]. Praha, 2018. [cit. 2018-08-31]. Dostupné z: <https://www.bohnice.cz/lecba/zavislosti-muzi/>
3. Česká a slovenská psychiatrie [online]. Praha: *Spiritualita v medicíně a u návykových nemocí*. [cit. 24. 6. 2020]. Dostupné z: http://cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2006_5_269_271.pdf
4. Dr. Nešpor [online]. Praha: *Abstinence od alkoholu: Kdy a proč*. [cit. 23. 5. 2020]. Dostupné z: <http://drnespor.eu/addictcz.html>
5. Dr. Nešpor [online]. Praha: *Bažení (craving) a emoce*. [cit. 23. 5. 2020]. Dostupné z: <http://drnespor.eu/addictcz.html>
6. Dr. Nešpor [online]. Praha: *Jak vznikají recidivy návykových nemocí a jak jim předcházet*. [cit. 23. 5. 2020]. Dostupné z: <http://drnespor.eu/addictcz.html>
7. Dr. Nešpor [online]. Praha: *Spiritualita v psychoterapii*. [cit. 23. 5. 2020]. Dostupné z: <http://drnespor.eu/addictcz.html>
8. Dr. Nešpor [online]. Praha: *Symboly abstinence v psychoterapii návykových nemocí* [cit. 23. 5. 2020]. Dostupné z: <http://www.drnespor.eu/a-symb12.pdf>
9. Klinika adiktologie [online]. Praha: *Příspěvek ke studiu vlivu spirituality na vznik a rozvoj závislosti na drogách a na následné změny identity postižených osob a možné způsoby léčby*. [cit. 14. 8. 2020]. Dostupné z: <https://www.addictology.cz/wp-content/uploads/2018/10/riesel-1.pdf>
10. Klinika adiktologie [online]. Praha: *Příspěvek ke studiu vlivu spirituality na vznik a rozvoj závislosti na drogách a na následné změny identity postižených osob a možné způsoby léčby*. [cit. 14. 8. 2020]. Dostupné z: <https://www.addictology.cz/wp-content/uploads/2018/10/riesel-1.pdf>
11. Odborný slovník [online]. Praha: *Abstinence* [cit. 23. 5. 2020]. Dostupné z: <http://www.ped.muni.cz/wsedu/mu.old/drogy/bm/odbor.htm>
12. REMEŠ, P. Hagioterapie. In: *Hagioterapie: Co je hagioterapie*. [online]. © 2009-2018 [cit. 2018-09-02]. Dostupné z: <http://www.hagioterapie.cz/>
13. Slovník cizích slov [online]. Praha: *Pojem relaps* [cit. 23. 5. 2020]. Dostupné z: <https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/relaps>
14. Sociální práce. Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci [online]. *Různorodost pojetí, nejasná nabídka a kontrola výkonu „sociální práce“*. 2008/2. Českých Budějovicích: Asociace vzdělavatelů v sociální práci. Od r. 1998 [cit. 1. 7. 2020]. Dostupné z: <http://www.socialn prace.cz/soubory/2008-2-130102145614.pdf>
15. Sociální práce. Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci [online]. *Využití psychoterapie v oboru sociální práce*. Českých Budějovicích: Asociace vzdělavatelů v sociální práci. Od r. 1998 [cit. 1. 7. 2020]. Dostupné z: <http://www.socialn prace.cz/zpravy.php?oblast=1&clanek=990>
16. Společnost pro návykové nemoci, 2012 [online]. Praha: *Standardy odborné způsobilosti* [cit. 30.4.2020]. Dostupné z: <https://snncls.cz/category/standardy/>

17. Státní zdravotní ústav [online]. Praha: *Způsoby zvládnání závislosti* [cit. 23. 5. 2020]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/zpusoby-zvladani-zavislosti>
18. Vláda České republiky. [online]. Praha: *Politika v oblasti závislostního chování*. [cit. 20.8. 2020]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/protidrogova-politika-180471/>
19. Wikipedie: Psychiatrická nemocnice Bohnice. In: www.wikipedia.org [online]. Praha, 2018. [cit. 2018-08-31]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Psychiatrick%C3%A1_nemocnice_Bohnice