

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie (kombinovaná)



Alice Herešová

VÝZNAM HAGIOTERAPIE V TERAPEUTICKÉM PROCESU ÚSTAVNÍ LÉČBY ZÁVISLOSTI ŽEN v Psychiatrické nemocnici Bohnice

The importance of hagiotherapy in therapeutic process of
women addiction treatment in the Psychiatric hospital Bohnice

Bakalářská práce

Praha, 2014

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Vacek

Prohlášení

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

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

V Praze, dne

.....

Alice Herešová

Identifikační záznam

HEREŠOVÁ, Alice. *Význam hagioterapie v terapeutickém procesu ústavní léčby závislosti žen v Psychiatrické nemocnici Bohnice. The importance of hagiotherapy in therapeutic process of women addiction treatment in the Psychiatric hospital Bohnice.* Praha, 2014. Počet stran 49, 2 přílohy. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN 2014. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Jaroslav Vacek.

Poděkování

Chtěla bych poděkovat všem, kteří byli se mnou, abych mohla napsat tuto práci. Zejména vedoucímu své práce Mgr. Jaroslavu Vackovi za podporu, laskavý přístup, trpělivost a skvělé připomínky. Velmi si jeho spolupráce vážím. Také děkuji MUDr. Prokopovi Remešovi za milé a obohacující rozhovory a čas, který mi věnoval. Mé poděkování patří také Bc. Tereze Dvořákové za pomoc při korekci. Také, alespoň touto cestou, chci poděkovat pacientkám, které mi poskytly pro tuto práci rozhovory. Děkuji svým blízkým, synům Filipovi, Kryštofovi a Benjaminovi za jejich smysl pro humor. Moc děkuji svému muži Radimovi za oporu a lásku. V neposlední řadě děkuji MgA. Kláře Formanové, jež mě svým optimismem a vírou ve vše dobré vede mým studiem. Všem jmenovaným upřímně děkuji, bez nich bych tuto práci nenapsala.

Abstrakt

Tato práce se zabývá významem hagioterapie v terapeutickém procesu léčby závislosti žen. Hagioterapie je formou biblioterapie, která používá Písmo svaté jako zrcadlo. Pomocí biblických příběhů mohou pacientky nahlédnout na sebe samu a uzříť své potíže a situaci z jiného úhlu pohledu.

Cílem této studie je vytvořit teoretickou základnu, na níž pak bude postaven výzkum. Jeho podstatou má být zjištění, jaké místo má hagioterapie v léčbě i životě patientek PN Bohnice, jestli ji samotné pacientky i terapeut reflektují jako účinný způsob léčby, v čem je pro ně prospěšná, co jim na ní vadí a jak ji vnímají v porovnání s ostatními nabízenými terapiemi na oddělení.

Teoretická část následující práce se na svém počátku zabývá fenoménem závislosti. Nadále podává možnosti její léčby, mezi něž řadí hagioterapii, kterou zasazuje do kontextu existenciální psychoterapie.

Praktická část popisuje proces samotného výzkumu. Nejprve věnuje pozornost použitým metodám, kterými byly polostrukturované rozhovory a následně jejich rozbor pomocí kódování, segmentace a kategorizace dat. Poté popisuje výzkumný soubor a nakonec se zabývá výsledky výzkumu, tedy 5 kategoriemi, které z rozhovorů vyplynuly: 1) *Motivace pro volbu hagioterapie a chápání pojmu "hagioterapie"*, 2) *Účinné faktory hagioterapie*, 3) *Změny na osobní úrovni*, 4) *Hagioterapie versus jiné typy terapie* a 5) *Vyhledky do budoucnosti*.

Hagioterapie se skutečně ukázala jako významná složka léčebného procesu patientek. Popisují ji jako nanejvýš účinnou oproti ostatním terapiím, které se jim na oddělení nabízejí. Některé z patientek dokonce vážně uvažují o tom, že by se chtěly k hagioterapii vrátit v rámci doléčování. Její pozitiva vidí především v profesionálním přístupu terapeuta, v klidném a „posvátném“ prostředí kostela a v příznačnosti biblických příběhů s jejich životními problémy. Jako negativum uvádějí hluboké psychické prožitky a následnou citovou deprivaci.

Klíčová slova

Hagioterapie, závislost, poměna životního vzorce, Bible

Abstract

The thesis deals with importance of hagiotherapy in therapeutic process of addiction treatment of women. Hagiotherapy is a kind of bibliotherapy, which uses the Holy Scripture as a mirror. Due to biblical stories patients can take the view of their troubles and situation from different perspective.

The aim of the text is to answer the following questions: What is the contribution of hagiotherapy in the addiction treatment in patient's view?, How do the patients perceive hagiotherapy in comparison with the other treatments in Psychiatric hospital in Bohnice? and How does the therapist and founder MUDr. Prokop Remeš evaluate the effect of the hagiotherapy.

The first part of this thesis produces theoretical base for the following survey. It looks into phenomenon of addiction, means of addiction treatment – psychotherapy – existential psychotherapy – hagiotherapy.

The second part of this text describes all the process of my survey. It includes methods of this survey (half-structured dialogue), description of survey set and in the end analysis of survey results.

My research indicates that the hagiotherapy is a really effective component of addiction treatment. The patients say that the hagiotherapy is very helpful in contrary to the other therapy. Some of them think about continuing with hagiotherapy after ending of their treatment. They say that positive side of hagiotherapy is a professional attitude of the therapist, silent and „sacral“ setting of church and similarity of biblical stories to their lives. As a negative side of hagiotherapy they state the intense psychological experiences and following emotional deprivation.

Key words

hagiotherapy, addiction, change of life's pattern, the Bible

Obsah

1	Úvod.....	8
Teoretická část		
2	Závislost.....	10
2.1	Závislost a návykové chování	10
2.2	Vznik závislosti	11
2.3	Kdo je ohrožen.....	13
2.4	Průběh a stadia závislosti	13
2.5	Závislost u žen.....	14
3	Léčba závislosti.....	16
3.1	Formy léčby závislosti.....	16
3.2	Léčebný proces	17
4	Psychoterapie	18
4.1	Pojem a definice psychoterapie	18
4.2	Vznik a vývoj psychoterapie.....	19
4.3	Psychoterapie v současnosti	21
4.3.1	<i>Druhy psychoterapie.....</i>	21
4.3.2	<i>Není jen jedna psychoterapie</i>	21
5	Existenciální psychoterapie.....	24
5.1	Hagioterapie	26
5.1.1	<i>Vymezení pojmu hagioterapie</i>	26
5.1.2	<i>Vznik a vývoj hagioterapie</i>	27
5.1.3	<i>Cíle a metody hagioterapie.....</i>	28
5.1.4	<i>Pro koho je určena.....</i>	30
5.1.5	<i>Hagioterapeutické setkání</i>	30
Praktická část		
6	Použité metody	33
6.1	Zaměření výzkumu	33
6.2	Metoda tvorby dat	34
6.2.1	<i>Okruhy otázek (příklady konkrétních otázek).....</i>	34
6.3	Výzkumný soubor	35
6.3.1	<i>Techniky výběru výzkumného souboru.....</i>	35
6.3.2	<i>Popis tvorby dat a výzkumného souboru</i>	35
6.3.3	<i>Etika.....</i>	36
6.4	Metody analýzy dat.....	36
7	Výsledky výzkumu.....	37
7.1	Motivace pro volbu hagioterapie a chápání pojmu.....	37
7.2	Účinné faktory hagioterapie	38
7.3	Změny na osobní úrovni	39
7.4	Hagioterapie versus jiné formy terapie.....	40
7.5	Vyhlídky do budoucna.....	41
8	Diskuse a závěry.....	42
9	Použitá literatura	45
10	Přílohy.....	48

1 Úvod

Hagioterapie je metoda, která se používá při léčbě závislostí v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Využívá biblických příběhů, do kterých promítá problémy a situace jednotlivých pacientů a slouží tak jako zrcadlo. Pacient se pak v příběhu může zhlédnout a uvidět skutečnosti, jež dříve neviděl a začít svou záležitost konstruktivně řešit. Jde o terapii, která pracuje s existenciálními tématy, jako je vina, trest, odpuštění, dobro a zlo, smysl života a lidského bytí na tomto světě vůbec. Přestože je relativně mladá, má své pevné místo v terapeutickém procesu v 7. a 8. pavilonu na oddělení závislostí v PN Bohnice již přes dvacet let.

Cílem této práce je vytvořit teoretický rámec pro hagioterapii a podat tak čtenáři ucelenou informaci o dané problematice, jak je popsána v literatuře a odborných časopisech. Následně svým výzkumem potvrdit či vyvrátit teoretická dogmata a zároveň odpovědět na několik následujících otázek. (1) Jaké má hagioterapie místo v léčebném procesu pacientek a v jejich životě vůbec? (2) Vnímají ji jako efektivní složku své léčby? (3) A jak na její účinnost nahlíží její zakladatel a vedoucí terapeut pan MUDr. Prokop Remeš? (4) A nakonec v čem ji pacientky vidí jako prospěšnou, co jim na ní vadí a jak jí hodnotí v porovnání s ostatními terapiemi v nemocnici.

Toto téma jsem si zvolila, jelikož ještě není v české odborné literatuře příliš zpracováno a ani veřejnost o něm nemá nijak velké povědomí. Chtěla bych tedy nepatrně přispět k jejímu uvedení na světlo psychoterapeutické vědy. Osobním důvodem pro psaní této práce je mé velice pozitivní postavení k víře v Boha. Aktivní věřící sice nejsem, ale na celý život mě ovlivnilo setkání s jednou ženou, která mi vyprávěla svůj poutavý příběh o tom, jak ji za bývalého režimu nespravedlivě odsoudili z politických důvodů na 11 let vězení. Šokoval mě její přístup ke své minulosti bez zášti, obviňování, vzteku a nenávisti, naopak byla plná života a optimismu. Popisovala mi první roky ve vězení, které pro ni byly peklem na zemi. Postupně se zde však seznamovala se svými spoluvězeňkyněmi, mezi kterými byly stejně tak nespravedlivě odsouzené mladé ženy, profesorky, doktorky, matky od rodin i řádové sestry. Snášely ty hrozné podmínky s nadhledem a humorem. Navzájem si pomáhaly, držely se a byly si oporou. Velký vliv zde měly právě řádové sestry, které byly vždy připravené pro všechny, kdo potřeboval jejich podporu či útěchu. Pomáhaly všem bez rozdílu. Byla to právě víra, která je držela nad vodou. A nejen víra v Boha, ale víra v naději, v život i v to, že to všechno jednou skončí a ony budou zase na svobodě. Tato vzájemnost spojená právě s vírou a malé tajné bohoslužby se sestrami leckterým zachránily duševní zdraví a některým dokonce i život.

Od této doby věřím, že víra v Boha může kohokoliv a v jakékoli situaci nasměrovat a pomoci začít hledat, pokoušet se něco udělat jinak a neživit v sobě jen nenávisť či pocity viny. Nakonec když víra v Boha dokázala pomoci politickým vězeňkyním, může zrovna tak být nápomocná bohnickým pacientkám ve vězení jejich závislosti.

2 Závislost

2.1 Závislost a návykové chování

Člověk je považován za pána tvorstva a sám sebe subjektivně staví na vrchol žebříčku vyspělosti mezi ostatními živými tvory na této planetě. Na druhou stranu je docela slabým článkem říše živočichů, závislým na svém okolí, společnosti a mnoha jiných faktorech, jež jsou součástí našeho světa. Vydeme-li pak z této dichotomie, dostaneme se k závěru, že závislost jako taková je v nejširším slova smyslu přívlastkem každého z nás. Závislé je dítě na matce, sociálně znevýhodnění jedinci na příjmech od státu, muž na zaměstnavateli, nemohoucí na péči lékařů, a tak bychom mohli pokračovat. Běžně však skloňujeme slovo „závislost“ v souvislosti s takovým způsobem chování, které konáme opakovaně, postupem času bez předmětu zájmu nemůžeme být a stavíme ho výš a výš na žebříčku svých hodnot. V tomto směru mluvíme o workoholismu, hráčství, sportovnímu fanatismu, závislosti na některém druhu jídla, nakupování a v poslední době se také stále více hovoří o závislosti na počítači a internetu (Lečbých, 2013). V nejužším slova smyslu pak za závislé považujeme jedince, užívající některou z ilegálních, legálních nebo i společensky uznávaných drog. Tyto *kuřáky, alkoholiky a feťáky*, jak je s oblibou označujeme, nejčastěji odsuzujeme a v horším případě přehlízíme. Proč tedy některé závislosti zavrhuje a jiné naopak obdivujeme a respektujeme? A kde se nachází hranice mezi tou „oblíbenou“ a „neoblíbenou“ závislostí? Není tedy na čase si uvědomit, že závislost jedince je záležitostí celé naší společnosti?

Odpověď na otázku, co je a co není závislost, z hlediska adiktologie nám podává definice, kterou formulovala Světová zdravotnická organizace v roce 1964 a tím také problém závislosti uvedla do lékařské vědy (Göhlert, 2001). Jde tedy o „*skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák*“ (Nešpor, 2007). Z lékařského hlediska by se definitivní diagnóza syndromu závislosti měla u jedince stanovit v případě, došlo-li v průběhu posledního roku k minimálně třem z následujících úkazů:

- a) silná či přemáhající touha užít látku
- b) potíže v sebeovládání při užívání látky
- c) fyzický odvykací stav, tedy užívání látky ke zmírnění abstinčních příznaků

- d) rozvoj tolerance k množství užívané látky (jedinec je nucen zvyšovat míru dávky, aby tak dosáhl účinku, který mu droga poskytla poprvé)
- e) postupné vytěsňování ostatních zájmů a aktivit, které činili jedinci dříve potěšení a to ve prospěch užívané látky
- f) pokračování v užívání látky i přes jasný důkaz škodlivých psychických, fyzických i sociálních následků (Nešpor, 2007)

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN–10) rozlišujeme tyto typy závislostí:

F10.2 Závislost na alkoholu

F11.2 Závislost na opioidech

F12.2 Závislost na kanabinoidech

F13.2 Závislost na sedativech nebo hypnoticích

F14.2 Závislost na kokainu

F15.2 Závislost na jiných stimulantcích včetně kofeinu a pervitinu

F16.2 Závislost na halucinogenech

F17.2 Závislost na tabáku

F18.2 Závislost na organických rozpouštědlech

F19.2. Závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách

Uvedený seznam nám tak odpovídá na zprvu kladenou otázku a uzavírá tak okruh této kapitoly. Tedy závislost na internetu, jídle, práci, hráčství a ostatní nejsou závislostmi v pravém významu, nýbrž je lze charakterizovat jako návyková chování, která však mají se závislostí určité společné znaky (Nešpor, 2007).

2.2 Vznik závislosti

Orientace a fungování člověka v dnešním světě nejsou jednoduchou a už vůbec ne samozřejmou věcí. Každý z nás v jistém smyslu usiluje o uznání, obdiv, lásku a přiměřené prosazení svých zájmů. Pokud se jedinec snaží efektivně včlenit do společnosti, je pro něj nezbytné umět prohrávat i vyhrávat, přebírat zodpovědnost a být schopen kompromisu. Tento způsob jednání a myšlení není člověku vrozený, musí se mu naučit. Toxikoman jde v tomto případě kratší cestou. Užitím drogy si opatří pozitivní zážitky a pocity ze sebe sama chemickým ovlivněním mozku, aniž by pro to musel cokoli udělat (Göhlert, 2001).

Ve světle výše zmíněného tedy vyvstává logická otázka po příčině závislosti, tedy proč se člověk stává závislým. Odborníci se shodují na názoru, že jasná a jednoznačná odpověď neexistuje. Závislost je shodou mnoha okolností a

působících činitelů dohromady. Karel Nešpor (2007) příznačně dodává, že kdyby původ závislosti byl tak průzračný a prostý, dávno by byl vyvinut účinný lék.

E. M. Jellinek v polovině 20. století vyslovil prognózu, že jednou bude objeven jistý faktor X, který podá vysvětlení závislosti (Jellinek, 1960). Nebyl daleko od pravdy. Ovšem dnes se adiktologové přiklánějí spíše k názoru, že těch faktorů ovlivňujících vznik závislosti může být více. Většina dnešní odborné literatury zmiňuje v souvislosti se vznikem závislosti takzvaný *bio-psycho-socio-spirituální model*. Ten podává vysvětlení, že závislost vzniká kombinací dvou a více složek modelu. Pokud se pohybujeme na biologické úrovni (1), hovoříme nejčastěji o fetálním alkoholovém syndromu, kdy se jedinec setkává s návykovou látkou již v prenatálním stadiu svého života a následkem toho pak může být předpokládán jeho větší sklon k závislosti. Rovněž se mluví o vlivu užití psychotropních či tlumivých látek v průběhu porodního procesu. Psychologická úroveň (2) tohoto modelu nabízí obdobnou teorii, která se zakládá na psychickém sepjetí matky a plodu v těhotenství. Vysvětluje, že vzorec otázky a odpovědi, tedy negativního psychického zážitku matky a následné užití tlumivé látky, je pak zakódován i do psychiky dítěte v prenatálním období. V případě, že pak daný jedinec v postnatálním vývoji přijde s touto látkou do styku, zažívá sice nový nicméně dávno poznaný „pozitivní“ efekt této substance. Tato situace je pak živnou půdou pro vznik závislosti a souvisí s ní několik ovlivňujících faktorů. Jsou jimi například péče o dítě, vývoj jeho potřeb a jejich přiměřené uspokojování, podpora v době dospívání, krize hledání identity a v neposlední řadě pomoc při případném vzniku duševní poruchy či onemocnění (deprese, úzkost). Na sociální úrovni (3) se setkáváme s důležitostí vztahu jedince a prostředí a vzájemné interakce mezi nimi. Základní roli v této problematice hraje rodina jakožto primární sociální skupina. Pokud systém rodiny z nějakého důvodu nefunguje, hledá si jedinec identifikační vzorec mimo její okruh. Pátrá tedy po jiné skupině, kde se mu dostane potřebné autority, přijetí a uznání. Velice často se pak může ocitnout v partě přátel (narkomanů či alkoholiků) a začne jejich osud sdílet s nimi. Opačná situace se zcela identickými následky může nastat v případě, že jedinec vyrůstá v rodině závislých a užívání drog se pro něj stává normou. Dalšími důležitými tématy na sociální úrovni jsou například rasová příslušnost, společenský status, úroveň sociální zajištěnosti a opět ve vztahu k prostředí, ve kterém se jedinec nachází¹. Nakonec zmiňme spirituální složku modelu (4), která směřuje k myšlenkám existencialismu a hledá tak odpovědi na otázky po smyslu bytí, života, konkrétní činnosti či jedince. Potřeba naplnění, vnitřní svobody, uvědomění si sama sebe a smyslu sebe na tomto světě je dle této teorie přirozená každému z nás. Pokud je uspokojení této potřeby nějakým způsobem

¹ Zde je potřeba rozlišovat další rovinu této otázky, a to znatelný rozdíl života na venkově a ve městě.

bráněno, vzniká zde opět vhodné prostředí pro vznik závislosti na některé z psychotropních látek (Kudrle, 2003).

2.3 Kdo je ohrožen

„...nikdo není předurčen k tomu, aby se stal závislým..., ale nikdo také nemá předem jistotu, že se jím nestane.“ (Skála, 1988)

Proč se některý jedinec v určité situaci stane závislým a druhý ve stejné ne? To je otázka, na kterou se snažilo a snaží odpovědět mnoho odborníků. Christoph Göhlert mluví o tzv. třífaktorové struktuře podmínek (2001). Ta se sestává z interakce mezi člověkem, drogou a prostředím, jejichž provázanost dokresluje tabulka č. 1.

Tabulka č. 1: Třífaktorový model vzniku závislosti

jedinec	droga	prostředí
vlastní hodnota	způsob a použití	konkurenční situace
schopnost vztahů	dosažitelnost	orientace na konzum
schopnost zatížení	potenciál návyku	peer-group
tolerance k frustraci	způsoby účinku	trh s drogami
sociální kompetence	ekonomie drogy	hodnotové modely
premorbidita	prostředí toxikomanie	hospodářská situace
postoj k drogám a konzumu	atmosféra konzumu, požitku a omámení	

Jako velice rizikové faktory uvádí poruchu sebehodnocení, nedostatečné rodinné zázemí, dostupnost návykových látek, postoj okolí k drogám, aktuální krizi a jako zvlášť ohroženou skupinu označuje mladiství, prožívající aktuální přerušování vztahů nebo jejich potřebu se neustále bavit (Göhlert, 2001).

Karel Nešpor (2011) zmiňuje ještě jednu skupinu osob, kterou považuje za více náchylnou k závislosti a tou jsou podle něj lidé s duševními poruchami (poruchy osobnosti, úzkostné poruchy, porucha příjmu potravy, poruchy nálady a další).

2.4 Průběh a stadia závislosti

Závislost na návykových látkách se ve většině případů udává nenápadně a pozvolna, zpravidla ve čtyřech vývojových fázích. Tato jednotlivá stadia se napříč širokou škálou odborné literatury často liší v názvu, ovšem jejich obsah je většinou identický.

První stádium závislosti nazývá E. M. Jellinek příznačně *počáteční*. Jde o situaci, kdy jedinec postupně zvyšuje dávky užití substance a intervaly mezi jednotlivými dávkami se výrazně zkracují. Druhé *varovné* stadium je typické tím, že člověk užívá drogu tajně, trvale ho sužují myšlenky na ni a objevují se i pocity viny. V této fázi se mohou objevit i občasné výpadky paměti, takzvaná okénka. Ve třetím *rozhodném* stadiu dochází ke ztrátě sebekontroly, marnosti kontrolovaného užívání, výkyvům nálad, zúžení zájmů, konfliktům na pracovišti, společenský sestup a dalším. Podle Skálovoy stupnice závislosti na alkoholu (1988) bychom mohli toto stádium přirovnat k momentu, kdy se z pijana stává alkoholik. A nakonec čtvrtá *konečná* fáze se projevuje užitím látky v kteroukoliv denní dobu, výrazným oslabením fyzického i psychického stavu jedince a vymizení pocitů viny i ospravedlňujících stanovisek (Jellinek, 1960).

2.5 Závislost u žen

Emancipace a postupné sblížení životního stylu mužů a žen v uplynulých šedesáti letech přinesla kromě mnohých výhod také svá rizika. Dlouhodobý trend poměru počtu závislých mužů k závislým ženám v daném časovém úseku na území České republiky má bohužel výrazně zužující se charakter.² Stále však je o polovinu méně závislých žen než mužů (Nechanská, 2013). Tuto pro ženy příznivější bilanci podtrhuje fakt, že ženy bývají vůči alkoholu, ostatním drogám i hazardu zdrženlivější a opatrnější. Je to snad z toho důvodu, že ženy mají prokázaný silnější pud sebezáchovy než muži. Dalším argumentem pro nižší počet závislých žen je skutečnost, že jim mnohem více záleží na tom, jak vypadají a jak působí na své okolí.³

Závislost u žen má svá specifika. Jedním z nich může být například popření známé pověry, že ženám se závislosti zbavuje hůře, jelikož mají slabší vůli. Opak je pravdou. Ženy mají menší játra, která navíc ve větší míře metabolizují hormony. Spolu s tím pak nižší tělesná hmotnost, mnohdy vyšší obsah tuku v těle a nižší aktivita určitých enzymů vedou k tomu, že návykové látky působí v těle ženy mnohem silněji než u muže. Zdravotní potíže vyvolané užíváním drog pak nastávají u žen zpravidla dříve. Dalším charakteristickým rysem ženské závislosti je, že právě ta je mnohem častěji a kritičtěji odsuzována než ta mužská. V neposlední řadě je nutno uvést fakt, že žena se dostane do návykových problémů kvůli závislému partnerovi mnohem častěji než ve stejném případě

² Pro konkrétní představu si vezměme poměr počtu přijetí do psychiatrických lůžkových zařízení pro poruchy vyvolané alkoholem. V roce 1975 to bylo cca 11 mužů na jednu ženu (Nešpor, 2007). V dnešní době jsou to 2 muži na jednu ženu (Nechanská, 2013)!

³ Tento fakt je ovšem také zdůvodněním toho, proč u žen – alkoholiček je mnohem častější samotářské pití (Nešpor, 2007).

partner kvůli partnerce (Nešpor, 2007). S touto problematikou pak souvisí otázka vzniku závislosti u žen. Nejdůležitější roli v tomto smyslu hrají životní události, tedy aktuální krize. Rozvod, nešťastná láska, ztráta či úmrtí partnera nebo rodičů, ale také známý „syndrom prázdného hnízda“ jsou nejčastějšími příčinami vzniku závislostí u žen a to nejběžněji na alkoholu nebo na psychofarmakách (Skála, 1987).

3 Léčba závislosti

Léčba závislosti na návykových psychoaktivních látkách je odborná, cílená a strukturovaná práce s klientem, která je zaměřená na řešení biologických, psychologických a sociálních problémů. Jejím cílem je „*ubírat na síle a energii oněm destruktivním, degradujícím tendencím v myšlení a chování jednotlivců tím, že rozvíjíme tendence konstruktivní a vytváříme tak jejich progresivní převahu.*“ (Skála, 1987); jinými slovy dosáhnout u klienta abstinence nebo redukce užívání drog, snížit frekvenci a závažnost relapsu, zapojit jej do produktivního života v rodině i ve společnosti.

3.1 Formy léčby závislosti

V současné době je v České republice léčení závislostí zajišťováno širokou škálou mezioborových služeb, které podle typu rozlišujeme na ambulantní a rezidenční (ústavní, pobytová) a podle délky na krátkodobou (4-8 týdnů), střednědobou (3-6 měsíců) a dlouhodobou (déle než 6 měsíců), (Kalina, 2000).

Nyní je ovšem nasnadě otázka, jakými metodami je klientům léčba zajišťována. Jak již bylo naznačeno výše, pro léčbu závislostí je dnes příznačný a přímo nutný multidisciplinární přístup. Bio-psycho-sociální model, jenž se v posledních desetiletích rozvíjí v medicíně, se také promítl do oboru psychiatrie (Miovský, 2003). Mezi nejběžnější prvky moderní léčby závislostí patří:

- detoxifikace, léčba odvykacích stavů, intoxikací i somatických a psychiatrických komplikací závislosti
- práce s motivací
- psychoterapie
- rodinná a manželská terapie
- poradenství a sociální pomoc (právní, pracovní, zdravotní, výživa, výchova dětí apod.)
- nácvik sociálních a jiných relevantních dovedností (např. dovednosti odmítání, rozhodování se, komunikace, zdravého sebeprosazení)
- intervence týkající se životního stylu, kvalitních zájmů, jak pečovat o sebe
- relaxační techniky, jóga a další nefarmakologické způsoby zvládnání stresu a úzkosti
- prevence recidiv a jejich případné zvládnání
- terapeutická komunita
- svépomocné organizace typu „Anonymních alkoholiků“
- farmakoterapie
- dlouhodobé sledování, toxikologické kontroly, dispenzarizace

(Nešpor, 2011)

Je ovšem potřeba mít na paměti, že jedním ze zásadních poznatků, o který se současná léčba závislosti opírá je „že neexistuje taková léčba, která by byla vhodná pro každého klienta, a neexistuje takový klient, který by byl vhodný pro kterýkoliv typ léčby“ (Kalina, 2003).

3.2 Léčebný proces

Závislost je chronické a recidivující onemocnění, a tak i její léčení je často dlouhodobým a opakujícím se procesem. Kamil Kalina (2003) v tomto smyslu hovoří o léčebném kontinuu, kterému se dostává své účinnosti ve třech základních složkách: poradenství před nástupem léčby, léčba a následná péče.

Předléčebné poradenství (1) je velice účinnou metodou a to především v tom, že podporuje motivaci klienta, poskytuje mu plynulejší vstup do léčby a celkově snižuje míru pravděpodobnosti předčasného odchodu. Samotná léčba (2) v duchu bio-psycho-sociálního přístupu si klade za cíl abstinenci klienta a jeho udržení v léčbě. Přejít od rozprav k činům, což je zásadní bod v celém léčebném procesu, kdy klienti často předčasně vypadávají. Následná péče (3) je důležitá zejména pro udržení léčebného efektu, snížení rizika relapsu a integraci do sociálního prostředí klienta (Kalina, 2003).

4 Psychoterapie

Psychoterapie je v dnešní době považována za nedílnou součást v léčbě u lidí závislých na psychoaktivních látkách. Je ovšem také neodmyslitelnou odbornou pomocí od nežádoucích návyků a návykového chování.

4.1 Pojem a definice psychoterapie

Termín „psychoterapie“ pochází z řečtiny a to ze složení dvou slov. První z nich „*psyché*“ znamená duši ve smyslu životadárné síly. Druhé pak vychází z výrazu „*therapeuó*“ a vyjadřuje sloveso sloužit, pečovat a v přeneseném významu také léčit. Z tohoto etymologického rozboru je pak zřetelné, že psychoterapie je oborem, který se pohybuje na rozmezí věd psychologických, lékařských a také filozofie (Vymětal, 2004).

Vymezení pojmu psychoterapie se napříč širokou škálou literatury liší. Jednotlivé definice odrážejí četné psychoterapeutické směry či školy a velice často také logicky odborné zaměření autora (Kalina, 2013). Jednou z nejpříznačnějších, která snad nikoho neurazí, je dle mého soudu definice Jana Vymětala (2004), který tvrdí, že: „*psychoterapie je především léčbou (sekundární prevencí), ale i profylaxí (primární prevencí) a rehabilitací (terciární prevencí) poruch zdraví, která se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy*“.

Pro úplnost je možno psychoterapii upřesnit pěti základními otázkami:

- I. *Jakým typem činnosti je psychoterapie?* Jde o činnost odbornou a kvalifikovanou, v jejíž souvislosti se nejčastěji skloňují takové výrazy, jakými jsou například „léčení“, „ovlivňování“ (duševního stavu či zdraví) a „pomáhání“ (v dosahování změny nebo normality).
- II. *Jaké prostředky psychoterapie využívá?* Nejčastěji hovoříme o psychologických prostředcích, které zahrnují komunikační, informační, vztahové a další metody.
- III. *Na co se psychoterapie zaměřuje?* Předmětem zájmu tohoto oboru není pouze psychické zdraví člověka, jak by se na první pohled mohlo zdát, nýbrž se zaměřuje holisticky na psychosomatický stav jedince. Dále pak na jeho poruchy, prevenci, léčbu a rehabilitaci těchto poruch (Vymětal, 2004).
- IV. *Jaké jsou cíle psychoterapie?* Jejím smyslem je mimo jiné vyléčení, úleva od příznaků, obnova normálního fungování, psychosociální adaptace, podpora růstu a zrání či překonání aktuální krize.
- V. *Je psychoterapie věda?* I na tuto problematiku se názory různí. Většina z nich však souhlasně potvrzuje teorii Zdeňka Vybírala a Jana Roubala (2010), že

jde o činnost s nezbytným poznatkovým zázemím ve vědě. Ovšem nejkrásnější přirovnání podal Jaroslav Skála, který uvedl, že psychoterapie je „delikátní směs vědy a umění“ (Kalina, 2013).

4.2 Vznik a vývoj psychoterapie

Psychoterapie je a byla nedílnou součástí duchovních dějin i hledání řádu a smyslu světa i samotného lidského bytí. I když tehdy nenazývaná psychoterapií vyskytovala se jako významná složka filozofické vědy již od jejich počátků, tedy od starověku.

Dějiny evropského myšlení mají svůj počátek v antickém Řecku a už tehdy vznikaly názory pro psychoterapii velice zásadní a důležité. V rámci rodícího se lékařství, u něhož stál Hippokrates (460 – 377 př. Kr.) a jeho žáci, vznikla zásada přistupovat k nemocnému člověku jako k bio-psychologickému celku. Hippokratikové zkoumali u nemocných teplotu, barvu pokožky, výraz tváře, pulz, dýchání, stolici, ale také se učili o temperamentech, principech duševní harmonie a rovnováhy. O lékařském povolání panovalo v té době všeobecně vysoké mínění. Lékař musel být mravně čistý a také zdravý. To bylo jeho vizitkou. Byl zároveň lékařem i psychologem (Bartoš, 2006).

Důkazy o pravosti názoru, že tělo a duše člověka jsou neodmyslitelně propojené, podává rovněž v 5. století př. Kr. také Sokrates prostřednictvím svého žáka Platóna. V jednom z úryvků z Platónova díla *O povahové harmonii* se píše:

„... nemá se podnikat léčení očí bez léčení hlavy ani léčení hlavy bez léčení těla, tak že se nemá ani tělo léčit bez duše, nýbrž to prý je také příčina, že mnohé nemoci unikají řeckým lékařům, že se totíž nestarají o celek, o který je třeba pečovatí, neboť když ten není v dobrém stavu, že není možno, aby byla v dobrém stavu část...“ (Vymětal, 1987)

A byli to právě Sokrates s Platónem, kdo přinesli do filozofie dialog – rozhovor, jehož prostřednictvím filozofovali. Ten je i pro dnešní psychoterapii velice důležitou metodou, jejímž prostřednictvím už staří Řekové nalézali, odkrývali a formulovali pravdu, což je dnes dobrou zásadou každého rozhovoru mezi klientem a psychoterapeutem (Vymětal, 1987).

Středověké křesťanské myšlení již nebylo tak volné a svobodné jako to antické, ovšem pro obor psychoterapie a konkrétně hagioterapie opět velice přínosné. S příchodem křesťanství a vírou pouze v jednoho Boha, jenž je přísný a dobrotivý, souvisí vznik pojmů, které jsou pro dnešní psychoterapeutickou praxi zavádějící. Jsou jimi například vina, trest, odpuštění i naděje. V křesťanské kultuře můžeme spatřit i první ukázky psychoterapeutovy práce. Vždyť prostá zpověď, tedy velice soukromý a důvěrný rozhovor mezi věřícím a farářem – zpovědníkem

je prakticky obrazem rozhovoru psychoterapeuta s klientem. Právě zde člověk mohl získat zpětnou vazbu svému jednání, také úlevu i rady, případně přijetí a odpuštění (Frankl, 2006).

I v tomto období nalezneme významné autory, kteří se zabývali problematikou člověka a jeho duše. Byly jimi především Augustin ve svém díle *Vyznání* a dále pak také zástupce vrcholné scholastiky Tomáš Akvinský (Störig, 2000).

Postupem času v průběhu dějin a s narůstající institucionalizací přírodních věd (zvláště medicíny) se ve světle nových a účinných metod na výše zmíněné staré a osvědčené pravdy zapomnělo. Možná právě v této skutečnosti tkví příčina dnešního nemalého zájmu o psychologii a psychoterapii, jelikož jsou pro naši společnost a dobu v jistém smyslu nové.

Novověk, tedy období 16. až 18. století, o péči o duševní základ člověka mnoho nestál. Filozofické myšlení se začalo zaměřovat spíše na stranu racionálního, hmatatelného poznání. Rozvíjely se zejména takové vědy, jako je matematika, fyzika, geometrie či astronomie. Profesor Vymětal však nepovažuje toto období jako absolutně hluché k psychologii či psychoterapii. V obecném měřítku uvádí, že tato éra je snahou o porozumění člověka sama sobě, pochopení světa jako celku a hledání jeho smyslu (Vymětal, 1987).

Konečně počátky vlastní psychoterapie jako etablovaného se vědního oboru řadíme do druhé poloviny 19. století. U jejího zrodu tehdy stáli dnes již proslulí badatelé Sigmund Freud (1856 – 1939) a Pierre Janet (1859 – 1947).

Pierre Janet byl francouzský filozof, psycholog, lékař a jako první vymezil psychoterapii coby léčebnou metodu pomocí psychologické intervence. Její smysl viděl zejména v rovnováze mezi tím, co si člověk uvědomuje a tím, co se pohybuje za hranicí nevědomého. Zastával také stanovisko, že psychoterapeutická léčba se musí provádět výlučně jako individuální proces, ušitý přímo na míru pacientova problému a typu jeho osobnosti.⁴

Vedle toho Sigmund Freud položil základní stavební kámen této vědě už tím, že objevil podstatu nevědomí a hlubinné psychologie jako takové. Tvrdil, že nevědomí a vnitřní konflikt má bezpochyby vliv na chování a motivaci člověka, v tomto důsledku dále i na jeho zdravotní stav. Jako první také zdůraznil důležitost vztahu mezi terapeutem a pacientem pro celý proces. Dříve tuto funkci zastával duchovní nebo lékař. Rovněž určil, že vedle výše zmíněného vztahu léčeného a léčitele je důležitým prostředkem psychoterapie výklad, čili interpretace (Vymětal, 2004).

Ve 20. století zaznamenala psychoterapie bouřlivý vývoj, aby mohl vzniknout obor, který je dnes na velice vysoké úrovni. I přes čtyřicetiletý útlum,

⁴ Zajímavou skutečností jistě je, že psychoterapie vznikla v souvislosti s léčbou hysterie za použití sugesce a hypnoterapie.

kterého se dočkala zejména ve východní Evropě, je z ní dnes velmi vyzrálá, členitá a bohatá vědní disciplína. Na její vývoj měly zásadní vliv tři formující vlny. První z nich byla již zmíněná hypnóza, jež se kriticky přerodila v psychoanalýzu, dále hlubinnou psychologii a dynamickou psychoterapii. Druhým směrem byla experimentální psychologie a na ní navazující behaviorální a následně kognitivně-behaviorální terapie. Třetí vliv představuje dnes humanistická psychologie (Vymětal, 2004).

4.3 Psychoterapie v současnosti

4.3.1 Druhy psychoterapie

Psychoterapii lze dělit podle několika hledisek. To první bere na zřetel uspořádání psychotherapeutické situace, které většinou vystihuje jistá polarita psychotherapeutického přístupu. Jde o typy terapií jako jsou například direktivní a nedirektivní, symptomatická a kauzální, podpůrná či rekonstrukční, odkrývající a náhledová (Kratochvíl, 2006). Také podle počtu klientů můžeme psychoterapii rozdělit na individuální, skupinovou nebo párovou a rodinnou (Kalina, 2013).

4.3.2 Není jen jedna psychoterapie

V současné době má psychoterapie podobu velice různorodého a na specializovaná odvětví bohatého oboru. Lze hovořit o desítkách škol a směrů. Většina dostupné odborné literatury se ovšem shoduje na následujících hlavních proudech, které pod sebe shromažďují přístupy s obdobnými východisky, dogmaty a metodami.

Hlubinná psychoterapie v sobě slučuje poznatky psychoanalýzy Sigmunda Freuda, analytické psychologie Carla Gustava Junga a individuální psychologie Alfreda Adlera, (Hartl, Hartlová, 2004). Zakládá se na teorii nevědomých procesů v mysli člověka. Velký význam připisuje vývoji psychiky dítěte a jeho vztahů k sobě samému i k okolnímu světu již v raném dětství. To vše je pak velice důležité pro formování osobnosti a také vznik široké škály psychosomatických poruch zdraví člověka v dospělosti.

Jako většina ostatních přístupů klade důraz na vztah terapeuta a pacienta, jenž je považován za hlavní prostředek změny. Jedním z hlavních nástrojů hlubinné psychoterapie je interpretace (Vymětal 2004).

Na teorii tohoto směru pak navazuje například neoanalýza, dynamická škola, egopsychologie, psychologie objektivních vztahů a další (Vymětal, 2004).

Dynamická psychoterapie, kterou můžeme nalézt také pod titulem psychodynamický přístup, se vydělila z psychoanalýzy. Ve své podstatě vychází z koncepce o významu psychické činnosti, vnitřních konfliktů a významu zážitků z raného dětství. V důsledku se pak zaměřuje na společenské faktory a na konflikty v interpersonálních vztazích (Kratochvíl, 2006). Jinými slovy tento přístup hledá příčiny pacientova neurotického chování v nefunkčnosti mezilidských vztahů, které se k němu váží (Hartl, Hartlová, 2004).

Mezi významné zástupce tohoto přístupu patří především Karen Horneyová, Harry Stack Sullivan, Franz Alexander či Gerald Klerman (Kratochvíl, 2006)

Kognitivně-behaviorální přístupy zahrnují poznatky experimentální, kognitivní a obecné psychologie se zaměřením na chování a učení jedince. Vychází z teorie, že všechny psychické projevy jsou učením ovlivnitelné a tvarovatelné. Psychoterapeut zde vystupuje ve vedoucí roli experta a direktivně řídí průběh celého psychoterapeutického procesu, který je přísně kontrolován jako vědecký experiment, přičemž pacient je se vším detailně seznámen (Vymětal, 2004).

Jde o druh terapie, založený na systematickém programu postupných kroků zaměřených na odstranění pacientova problému, a který se běžně používá k léčbě fobií, úzkostných poruch, depresí či poruch příjmu potravy a podobných.

Významní zastánci tohoto přístupu jsou například Joseph Wolpe, Hans Jürgen Eysenck, Arnold Lazarus a další (Hartl, Hartlová, 2004).

Existenciální a humanistické psychoterapeutické směry jsou si svým obsahem velice blízké. Zaměřují se na člověka, jeho jedinečnost a jeho „vnitřní zážitkový svět“ (Kratochvíl, 2006). Hlavním úkolem tohoto typu terapie je podpora osobního růstu pacienta tím, že za pomoci psychoterapeuta rozpozná a odstraní svá vnitřní omezení a nalezne sám sebe (Vymětal, 2004).

Přístupů tohoto zaměření je nepřehledné množství. Některé upřednostňují spíše direktivní přístup psychoterapeuta k pacientovi, jiné zase manipulaci zcela odmítají. Některé orientují svou léčbu k nadosobním hodnotám, jiné naopak zůstávají při zemi a zaměřují se na bezprostřední emocionální prožitky v přítomnosti a schopnost poddat se jim, nebo-li být v souladu sám se sebou. Nastíňme tedy základní rozlišení.

Humanistická psychoterapie vznikla v 50. letech 20. století v USA jako protiváha redukcionismu a determinismu behaviorální terapie a psychoanalýzy. K jejím základním dílčím přístupům řadíme zejména rogersovskou psychoterapii a gestalt terapii. K významným jménům jak jinak než Carl Rogers nebo Frederick Perls.

Existenciální psychoterapie má své kořeny již na přelomu 19. a 20. století a dnes mezi její hlavní proudy patří *logoterapie* Viktora Emanuela Frankla,

daseinsanalýza Ludwiga Binswagera a Medarda Bosse nebo také jako velice speciální a vyhraněný obor právě *hagioterapie* (Kratochvíl, 2006).

Systemické, systémové a komunikační pojetí se velice často uplatňuje v rodinné a párové psychoterapii, a proto je také mnohdy nazýváno jako rodinně-psychotherapeutický přístup. Jak již samotné označení prozrazuje, tento typ psychoterapie pracuje s ať už žádoucí či nežádoucí formou komunikace. Učí tedy pacienta správně komunikovat. Jde-li o poruchu interakce uvnitř rodiny, hodnotí tento přístup právě rodinu jako ucelený systém a pokud se u jediného člena vyskytne jakákoli patologie, je považována za nežádoucí jev celé rodiny jako celku. Zásadní problematikou tohoto směru je pak vzájemné postavení jednotlivých členů rodiny, styl komunikace, vztahy, míra prostupnosti či uzavřenosti vůči okolí (Vymětal, 2004).

V České republice reprezentuje tento přístup osobnost Vratislava Strnada.

Integrovaná psychoterapie (eklektický přístup) znamená využití několika typů terapií, jejich poznatků a metod dohromady v rámci řešení jednoho případu. Psychotherapeut takříkajíc ušije pacientovi typ léčby přímo na míru jeho problému. Vychází z praxe, zkušeností a vědomostí terapeuta a klade důraz na jeho zodpovědnost a svědomitost. Podle profesora Vymětala jde dnes o jednu z nejvyužívanějších metod (Vymětal, 2004).

Zástupcem v tomto směru je u nás profesor Stanislav Kratochvíl, který popisuje tento eklektický přístup jako „*výběr a kombinaci různých postupů a metod, bez ohledu na jejich původní teoretické východisko.*“ (Kratochvíl, 2006)

V posledních letech bylo vydáno nepřeberné množství titulů, monografií i sborníků, které rozebírají problematiku psychoterapie a jejího členění. Co kniha to jiný názor na to, které směry psychoterapie jsou ty základní a nejdůležitější a které už jsou příliš speciální, postmoderní či šarlatánské. Zajímavým počinem v tomto směru je pokus Howarda Kirschenbauma a April Jourdanové, kteří spočítali počet knih i článků v časopisech vydaných v letech 1987 až 2004 a přiřadili je k jednotlivým psychotherapeutickým přístupům. Z tohoto experimentu jim pak vyšel tento závěr:

„Nejvíce literatury bylo v tomto období publikováno z psychoanalýzy, na 2. místě pak z ... kognitivně behaviorální oblasti, na 3. místě z oblasti rodinné terapie. Se zřetelným odstupem zaujala 4. místo „rogersovská literatura“, 5. místo gestalt terapeutická literatura a 6. místo přístup RET Alberta Eliase. Následovalo multikulturní poradenství (7. místo), adleriánská terapie (8. místo), psychodynamická terapie (9. místo) a terapie realitou W. Glasera (10. místo). Na 11. místě se ocitla existenciální psychoterapie V. Frankla a na 12. texty věnované eklektickému přístupu...“
(Vybíral, Roubal, 2010)

5 Existenciální psychoterapie

Přestože Irvin Yalom (2006) ve svém díle velice obecně formuluje existenciální psychoterapii jako „... přístup k terapii, který se zaměřuje na záležitosti hluboce zakořeněné v bytí člověka“, konkrétněji se pak vyjadřuje k dané problematice jako k obtížně definovatelné a popsitelné, bez vědecké základny. K pochopení významu a smyslu tohoto typu psychoterapie je nutné vykročit vstříc opět filozofii a jejímu vlivnému směru z 20. století - existencialismu.

Existencialismus je filozofický směr, který nelze jednoznačně vymezit. Vztahuje se k takovým tématům jako je například bytí, smrt, volba, svoboda, osobnost či absurdnost, a právě skrze tyto základní pojmy se definuje. Vychází také z teorie, že existenciální tradice je všeobjímající a věčná. Vždyť každý myslitel se v určitém místě svého díla či okamžiku svého života pozastavuje nad otázkami života a smrti i jejich smyslu. Tato filozofie existence (Störig, 2000), jak jí některá literatura také uvádí, má své kořeny již v první polovině 19. století u dánského myslitele Sorena Kierkegaarda. Ten přemýšlel o úspěších svých přátel a vrstevníků, jenž přinesli světu mnoho vynálezů, které ulehčovaly život lidem napříč celou společností. Ale co on? Pozvolna propadal jistě existenciální frustraci a pochybnostem o smyslu sama sebe. Když v tom došel k myšlence, že vymyslí něco, co lidem život naopak ztíží. Dospěl k názoru, že když se vytvoří mnoho usnadňujících věcí, hrozí nebezpečí, že život bude až příliš jednoduchý. A proto je nutná nějaká protiváha, v jejímž vytvoření objevil svůj úděl. Ve 40. letech vydal několik děl, v nichž čerpal ze svých zkušeností, ze své existenciální krize a ze svého života, ovšem nedočkaly se většího ohlasu (Yalom, 2006).

Až po první světové válce, kdy společnost zažívala šok z předešlých událostí a otřes základních hodnot, mohly padnout Kierkegaardovy myšlenky na úrodnou půdu. Ve 40. letech 20. století pak vznikl vlivný filozofický proud Karla Jaspersa, Martina Heideggera, Hanse Lippse nebo Ernsta Blocha (Störig, 2000).

Spojíme-li dva pojmy *existencialismu* a *psychoterapie*, dostaneme se opět do 19. století, kdy se obor psychoterapie nalézal výlučně v rukách Sigmunda Freuda. V této době se vymezila skupina evropských psychiatrů⁵, která odmítala Freudovu psychoanalýzu s tím, že je příliš jednotící, redukcující a že opomíjí jedinečnost a neopakovatelnost jedince. Tvrdili, že je nutné ke člověku přistupovat fenomenologicky, to jest proniknout do klientova prožitkového světa a naslouchat právě fenoménům tohoto světa bez předsudků (Yalom, 2006).

⁵ Nelze ji chápat jako soudržnou skupinu či školu, jde o jednotlivce, kterými byli například Ludwig Binswanger, Medard Boss, Eugene Minkowsky, V.E. Gebattel, Roland Kuhn, G. Caruso, F.T. Buytendijk, G. Bally či Viktor Emanuel Frankl. V této souvislosti mluví Irvin Yalom (2006) o existenciální psychoterapii možná až příliš vyhoceně jako o sirotkovi, tedy vědě beze školy, jakékoli základny a ustavujících koncepcí.

Významnou osobností, která stála u zrodu existenciální psychoterapie, byl bezesporu vídeňský lékař Viktor Emanuel Frankl (1905 – 1997). Od ostatních psychoterapeutických proudů se odlišil tím, že nehodnotil člověka jako výsledek intrapsychické vitální dynamiky, ani jako produkt okolních vlivů, ale jako jedince, který může svůj život sám ovlivňovat a utvářet. Zásadní témata jeho učení byly *osoba, existence, hodnoty, svoboda, rozhodnutí a odpovědnost*. Ty všechny pak vztahuje k pojmu *smysl*, z řečtiny *logos*, z čehož pak jednoduše odvodíme, jak vznikl název známé Franklovy psychoterapeutické metody – *logoterapie*⁶ (Vybíral, Roubal, 2010).

Obecná psychologie hodnotí člověka jako bio-psycho-socio-spirituální jednotku (Vágnerová, 2001) a byl to právě Frankl, kdo tomuto pojmu dodal příponu *spirituální*. Jeho cílem bylo obohatit půdu tradiční psychoterapie o specificky lidskou dimenzi duchovna (Frankl, 2011).

Dnešní existenciální psychoterapie z Viktora Emanuela Frankla vychází a bývá také označována jako *fenomenologická psychoterapie* (Vybíral, Roubal, 2010). Jejím cílem je dopomoci pacientovi, aby se sžil se svým vnitřním světem, svým jednáním a názory, čímž dochází k uskutečňování jeho opravdové osobní svobody. Teoretickou základnu tohoto typu psychoterapie pak tvoří koncept základních motivací člověka, který přednesl Alfried Längle⁷ v roce 1992 na konferenci GLE (tj. Společnost pro logoterapii a existenciální analýzu) ve Švýcarsku. Jedná se o čtyři základní kategorie lidského bytí a s nimi související čtyři elementární otázky (viz tabulka č. 2).

Tabulka č. 2: Koncept základních motivací člověka

	kategorie lidské existence	základní otázka
1.	ontologická (vztah ke světu)	Za jakých okolností a podmínek mohu ve světě existovat?
2.	vitálně axiologická (vztah k životu)	Je dobré být?
3.	etická (vztah k sobě)	Smím být takový?
4.	praktická (vztah k budoucnosti)	K čemu je to všechno dobré? Jaká je moje úloha v životě?

(Vybíral, Roubal, 2010)

⁶ Jde o metodu, která se zaměřuje na tematiku smyslu lidského bytí a pomáhá ho klientovi nalézt. V praxi se dnes používá při pomoci lidem, kteří ještě neonemocněli, tedy jako primární prevence u jedinců, trpících existenciální frustrací, jenž se ocitli v krizi či ztratili životní směr. Nachází uplatnění v psychologii, psychohygieně, sociální práci, oblasti péče o nemocné a umírající či prevenci závislostí, a dalších. (Vybíral, Roubal, 2010)

⁷ Alfried Längle (*1951) je rakouský lékař, klinický psycholog a psychoterapeut. Je přímým žákem V.E. Frankla a je ve středoevropském prostoru považován za zakladatele existenciálního přístupu v dnešním slova smyslu (Längle, 2007).

Vědeckou základnu existenciální psychoterapie v České republice vytváří od roku 1998 *Společnost pro logoterapii a existenciální analýzu (SLEA)*, na jejímž poli se odehrávají konference ale i výcvikové programy pro zájemce – odborníky. Svou činností bezprostředně navazuje na V. E. Frankla a A. Längleho, který se počátku působení SLEi u nás v Čechách rovněž účastnil (Balcar, 2007).

5.1 Hagioterapie

5.1.1 Vymezení pojmu hagioterapie

Pojem hagioterapie je odvozen od řeckého „*hagios*“, což v překladu znamená svatý, posvátný nebo čistý, a „*therapeia*“, která je vysvětlena již výše jako léčba či péče (Remeš, 1998). Starší literatura hovoří o hagioterapii jako o metodě užívání motliteb, ostatků svatých nebo poutí k léčení nemocí (Masarykův slovník naučný, 1927). Na prahu 21. století se pod tímto termínem rozumí nová psychoterapeutická metoda, jejímž cílem je proměna dysfunkčních životních vzorců chování, prožívání a vztahování se ke světu a to pomocí zrcadlení se v biblických příbězích. Jde o formu skupinové existenciální psychoterapie (Remeš, 1998).

Na tomto místě je vhodné osvětlit několik základních pojmů, které s hagioterapií úzce souvisí nebo jsou s ní často nesprávně zaměňovány. Prvním z nich je pastorační terapie. *Pastorace* je činnost institucionalizovaného náboženství (církve) za účelem uspokojování náboženských potřeb jedince. *Pastorační terapie* pak představuje psychoterapeutický směr, který uplatňuje postupy a prostředky klasického křesťanského duchovního vedení. V zásadě se svou náplní velice přibližuje hagioterapii, ovšem narozdíl od ní vychází primárně z teismu (Remeš, 1998). Dalším příbuzným termínem je *biblioterapie*, která je často mylně považována za synonymum hagioterapie. Jde o formu psychoterapie, která využívá knihy (beletrie, poezie, články, aj.) jako léčebný prostředek. Jedná se o mezioborovou disciplínu spojující práci psychologů, lékařů, knihovníků a vychovatelů. Dotýká se oboru bibliopsychologie, který se zabývá vlivem četby na psychiku člověka, a psychologie čtenáře (Schováňková, 2006). Z uvedeného lze odvodit, že hagioterapie je formou biblioterapie, jelikož využívá k léčebným účelům výlučně a pouze Bibli.

5.1.2 Vznik a vývoj hagioterapie

Nejstarší záznamy o užívání Bible k psychotherapeutickým účelům pochází již z počátku našeho letopočtu. Už ve 3. století tzv. Otcové pouště⁸ vypracovali strategii boje s destruktivními emočními stavy a to ponořením se do četby biblických příběhů. „Tyto texty navozovaly v duši čtenáře nové, optimistické a radostné postoje a jejich pozitivní emoční ladění pak postupně původní zhoubné emoce přerážovalo a překrylo emocemi novými“ (Remeš, 2004). Z uvedeného nepřímo vyplývá již zde jednou zmíněná skutečnost, že už ve starověkém světě si lidé byli vědomi úzkého spojení těla a duše i psychosomatického propojení možných problémů člověka.

V současnosti se Bible používá k psychotherapeutickým účelům poněkud jinými postupy. Dnešní odborná literatura popisuje dva základní způsoby. První z nich má svůj původ v USA a sestává se z kognitivně - behaviorální psychotherapie a fundamentalistického křesťanství. Chápe Bibli jako učebnici o člověku, která mu podává návody a rady o světě a životě. Druhý přístup, mající své kořeny v Evropě, vnímá Písmo spíše jako zrcadlo člověka nebo-li jako „materiál pro subjektivní projekční zpracování“ (Remeš, 2004).

Hagioterapie jako ustálená metoda existenciální psychotherapie se etablovala roku 1994 v Chorvatsku a to díky Tomislavu Ivančičovi, děkanovi Katolické teologické fakulty v Záhřebu (Remeš, 1998). Nezávisle na sobě vznikla o několik let dříve také v České republice. Jejím otcem a zakladatelem byl Prokop Remeš, působící dodnes v PN Bohnice, kde se díky němu zdejšími klientům dostává hagioterapeutických účinků. Prokop Remeš, psychotherapeut a gynekolog, hovoří o vzniku hagioterapie jako o zcela neplánovaném podniku. V období normalizace, kdy bylo náboženství a víra v Boha tabu, se angažoval v tzv. podzemní církvi (spolu s takovými osobnostmi, jakou byl například profesor Tomáš Halík) a věnoval se zde pastorační terapii. Vzpomíná na nutkavý pocit, že by měl v rámci léčby závislostí chodit za pacienty a číst jim z Bible. Po pádu totality se pastorační terapie Prokopa Remeše ustálila jako jedna z léčebných metod v rámci pavilonu 35, kde se léčili závislí muži. Jedním z nich byl ruský emigrant, který se dostal do České republiky přes utečenecký tábor. Vyprávěl svůj poutavý příběh o svém dědečkovi, pravoslavném knězi, který zmizel v gulagu a už ho nikdy nikdo neviděl. Díky němu také dokázal čelit náporu Jehovistů v utečeneckém táboře. Tohoto klienta zaujala Remešova pastorační terapie a začal ji navštěvovat. K němu se záhy přidali i další pacienti léčebny. Rovněž Zdeněk Bašný, tehdejší ředitel PN Bohnice, byl této terapii velice nakloněn. Úplně

⁸ Tzv. Otcové pouště byli křesťanští poustevníci, kteří žili v pouštních oblastech Sýrie, Palestiny a Egypta v době od 3. do 5. století po Kr. Byli skutečnými mistry askeze a duchovního života a obraceli se na ně významní poutníci té doby.

zpočátku používal Prokop Remeš v terapii meditační postupy, a tak měla spíše spirituální charakter. Po roce 1995 začal zájem o tuto metodu upadat a v jednu chvíli se zdálo, že zcela zanikne. V letech 1997 a 1998 začal doktor Remeš pracovat se závislými ženami a následně se hagioterapii začala věnovat čím dál tím větší pozornost. Postupně se v Remešových rukou tento typ psychoterapie přerodil v cosi zcela nového. Zvedla se vlna zájmu paradoxně zejména z řad ateistů. Jejich zájem o existenciální témata jako je vina, smrt, víra v Boha, smysl života, atd. v posledních letech stále roste. V průběhu posledních dvaceti let, kdy se Prokop Remeš věnuje hagioterapii, nabyl přesvědčení, že pacienti, kteří si zvolí tento typ terapie, mají silnější motivaci i větší šanci k abstinenci (Remeš, ústní sdělení, 19. 3. 2014).

5.1.3 Cíle a metody hagioterapie

Na počátku této kapitoly je nutné si uvědomit fakt, že hagioterapie nevychází z lidské víry v Boha, nýbrž z předpokladu více či méně rozvinuté náboženské dispozice v každém člověku. Pracuje tak s hodnotově morálními soudy a pojmy dobra a zla. Lidé ovšem většinou umí velice dobře rozpoznat, co je dobré a co zlé - v hagioterapii však nejde o poučení v oblasti morálky, ale o posílení schopnosti svobodně se rozhodovat a jednat (Remeš, 1998).

V souvislosti s výše uvedeným si hagioterapie klade dva základní cíle, obecný a speciální. V obecné rovině se zaměřuje na rozbíjení falešného sebepojetí klienta. Zároveň cílí k porozumění a akceptaci pravému, většinou do té doby odmítanému autentickému „Já“. Dochází tedy k zásadní proměně jistého vzorce chování (Remeš, 1998). Celou tuto tezi je možné shrnout v jednoduché formuli – *je lepší být nenáviděn za to, jaký jsem, než být milován za to, jaký nejsem.*

Speciálním cílem terapeutického ovlivňování je ztotožnění se s jednotlivými aktéry biblických příběhů na základě prožitku, prostřednictvím kterého si klienti osvojují schopnost přijmout i odlišné sociální perspektivy. Jde o procvičování schopnosti zaujmout různé hodnotové morální postoje (Remeš, 1998).

Pro shrnutí podstatu hagioterapie i její smysl velice výstižně popsala Lada Schovánková (2006) ve své práci, kde uvádí, že jde o „*směr, který člověku pomáhá nalézt sám sebe a smysl své existence. Jejím cílem není zmírnit či dokonce vyléčit příznaky onemocnění nebo závislosti, ale napomáhá proniknutí do podstaty problému a původce pacientova onemocnění. Hagioterapie nepředkládá návod na řešení problému, ale učí pacienta nalézt sám svůj návod k vyléčení. Ukazuje pacientovi, že není důležité přestat krást, brát drogy či pít alkohol, protože musí, protože jej k tomu nutí rodina či lékaři, ale že mnohem důležitější je jeho svobodné rozhodnutí.*“

Podstata hagioterapeutovy práce spočívá ve dvou základních principech. Tím prvním je *hlubinně analytický přístup*, podle něhož není důležité, nakolik je Bible autentická, tedy které příběhy jsou historicky doložitelné a které smyšlené. Jednotlivé biblické příběhy mají mít uzdravující význam. (Remeš, 2004) Jde o zkušenosti lidí, kteří žili stovky let před námi a umožňují v sobě čtenáři najít sama sebe. *Existenciálně analytický přístup* staví na metodách logoterapeutické školy V. E. Frankla a jeho žáka A. Längleho. Tato metoda vychází z premisy proměny životního vzorce. Každý z biblických příběhů představuje výzvu pro lidské svědomí k naplnění nějakého smyslu. Prokop Remeš v této souvislosti uvádí, že (2004) „*smysl je mohutná síla, kterou může člověk použít při překonávání bolesti a těžkostí svého života*“. Zatímco první z uvedených přístupů je spíše statický, existenciálně analytický přístup má dynamičtější náboj, je jakýmsi „*nastartováním ke změně*“ (Remeš, 2004).

Aby mohl být pomyslný kruh této tematiky uzavřen, je nutné v neposlední řadě zmínit metodu, kterou nazýváme *hermeneutika*. Její název je odvozen z řeckého „*hermeneúein*“, což znamená činit výpověď, vykládat anebo vysvětlovat. Původ tohoto termínu lze také spatřit v antické mytologii, kdy olympský bůh Hermes byl mimo jiné poslem bohů a zároveň patronem všech řečníků. „*Vkládal lidem do úst výstižná slova a napomáhal k slovní obratnosti ... Těžko srozumitelné a nejasné výroky se jeho zásahem stávaly pochopitelnými*“ (Vacek, 1996). Hermeneutiku lze tedy chápat jako metodu správného chápání a výkladu starověkých textů, nejčastěji náboženských či filozofických (Adamkovičová, 2011).

Předpokladem porozumění biblickému textu (a tím i žádoucích účinků hagioterapie) je pochopitelně jeho správný výklad. V této souvislosti hovoříme o tzv. *hermeneutickém čtyřúhelníku*. Cesta k porozumění textu písma je velice úzce spjata s procesem komunikace mezi čtyřmi činiteli, kterými jsou autor, samotný text, čtenář a věc.

1. *Autor* sděluje a popisuje, co ve světě chápe a prožívá.
2. *Text* částečně zachycuje to, co chtěl autor sdělit.
3. *Čtenář* se pomocí textu dostává do kontaktu s autorem textu.
4. *věc*, na kterou se autor i čtenář odvolávají.

Jsou-li jednotlivé faktory mezi sebou efektivně propojeny, dochází pak k prohlubování porozumění. Typickými překážkami správnému pochopení textu je například časová propast mezi autorem a čtenářem, kdy dochází k neporozumění pisatelova úmyslu, anebo nulový vztah recipienta k popisované věci (Adamkovičová, 2011).

5.1.4 Pro koho je určena

Jak již bylo výše uvedeno, hagioterapie je způsob léčby pomocí biblických textů. Díky tomuto tvrzení se tak člověk může domnívat, že je určena výlučně pro věřící. Opak je ovšem pravdou. V posledních letech se zvedla vlna zájmu o tento typ terapie právě z řad ateistů (Remeš, ústní sdělení, 19. 3. 2014). Hagioterapie apeluje na spirituální sféru lidského jedince, ne na věrouku a víru v Boha (Remeš, 1998). Jinými slovy, každý z nás má v sobě jistou míru náboženskosti, jen někteří tuto skutečnost pak nazývají Bohem. I Bibli lze chápat dvojím způsobem. Prostřednictvím Písma k nám hovoří Bůh (pohled teisty) i odvěká moudrost lidstva (pohled ateisty). Každý tak má možnost v ní najít to své.

Prokop Remeš potvrzuje tvrzení, že tento typ biblioterapie je skutečně pro každého, ve své stati (1998):

„Po překonání počáteční nedůvěry („zase nás bude někdo evangelizovat“) lze většinou pozorovat nárůst touhy po zaobírání se vyššími hodnotově morálními, případně náboženskými podněty a konfrontování se s nimi, a to i u klientů bez vyššího vzdělání a jinak bez intelektuálních zájmů.“

V současné době je hagioterapie praktikována v PN Bohnice především na oddělení závislostí. Je určena pacientům s neurotickými poruchami, poruchami prožívání životního smyslu či poruchami osobnosti (Remeš, 1998).

5.1.5 Hagioterapeutické setkání

Hagioterapeutická setkání probíhají v PN Bohnice pod taktovkou Prokopa Remeše každé pondělí a jsou dvouhodinová. Udávají se formou otevřené skupinové psychoterapie, která je nepovinná a volitelná. Mimo hagioterapie si mohou pacienti zvolit hippoterapii, taneční terapii, pletení košíků nebo program s terapeutem.

Jednotlivá setkání se uskutečňují v kostele sv. Václava, který stojí v areálu nemocnice. V místnosti k tomu určené jsou židle postavené do kruhu a na každé z nich leží jeden výtisk Bible. Uprostřed pak stojí stolička, na které leží dřevěný meč a skleněné kuličky. Vše je takto připraveno pro příchozí pacienty z oddělení závislostí. Každého setkání se účastní 8 až 10 lidí, z čehož průměrně 5 jej navštěvuje pravidelně. Terapie probíhá zvláště pro muže a zvláště pro ženy, jelikož případné navázání vztahu mezi pacienty by bylo kontraproduktivní vzhledem k úspěšnosti léčby. Nicméně mnohých setkáních se účastní zástupci obou pohlaví. Jde většinou o studenty, psychoterapeuty, pacienty z ostatních oddělení, kteří přicházejí nárazově ze zvědavosti nebo dělat výzkum (ovšem terapie se účastní jako rovnocenní s pacienty). Naopak přítomnost mužů i žen zároveň

v rámci jednoho setkání může přinést potřebnou dynamičnost a mnohostrannější i komplexnější náhled na řešený problém.

Tato forma biblioterapie v podání Prokopa Remeše nemá žádná předepsaná pravidla. Nicméně je zde kladen velký důraz na rovnocennost, svobodu vyjadřování a právo na vlastní názor všech členů setkání a to bez výjimky.

Doktor Remeš zahajuje každé sezení uvítáním všech zúčastněných podáním ruky a představením své osoby. Poté, co nabídne všem tykání, které podněcuje kýženou rovnocennost všech přítomných, vyzve ostatní, aby se také představili, a zapálí kadidlo. S dřevěným mečem v ruce pak vysvětluje metodu lovců perel.⁹ Lovkyně perel na břehu moře odkládají svoje šaty, aby se tak mohly ponořit do hlubin moře pro poklad, stejně tak jako účastníci sezení odloží všechny vzpomínky a myšlenky, které by mohly bránit koncentraci na příběh, a ponoří se do hlubin své duše. Oba případy se shodují v tom, že ono „ponoření se“ vyžaduje notnou dávku odvahy. Cílem terapie v tomto smyslu je přijmout čtený příběh jako příběh o sobě samém a svých problémech. Na konci sezení si pak každý vezme ze stoličky svoji perlu (v podobě skleněné kuličky) a podělí se s ostatními o svůj nový poznatek, který si během čtení a rozboru textu uvědomil. Perla tak byla úspěšně ulovena. Meč v průběhu hagioterapie označuje toho, kdo ostatním sděluje své pocity, jež v něm příběh vyvolal. Koluje tak celou skupinou, aby se každý dostal ke slovu a vyjádřil, co je pro něj v tu chvíli nejdůležitější.

Než dojde ke čtení samotného příběhu, sesednou si všichni do co nejužšího kruhu. Poté se čte biblický text vybraný doktorem Remešem, který následně terapeut okomentuje a vysvětlí z religiozního, historického a lingvistického hlediska. Přiblíží jej, aby byl pacientům i hostům srozumitelný ve své obecné rovině. Následuje druhé čtení, které stejně jako to předchozí čtou pacienti. To má za cíl uvědomění si podrobností příběhu. Do třetice čte terapeut, kdy současně vyzve všechny ostatní, aby zavřeli oči a soustředil se sami na sebe a na příběh. V zápětí je vyhrazen prostor, aby si všichni příběh ještě jednou sami pro sebe přečetli. Doktor Remeš pak vyzve ostatní, aby se podělili o své první dojmy z příběhu. To bývá prvním příslovečným kamenem úrazu. Pacienti totiž často sedí a mlčí, což ovšem neznamena, že jsou bez pocitů či emocí, ale že je spíše neumějí popsat. Jeden z přítomných potom obdrží meč a má nyní vyjádřit, jak ho příběh oslovil. Terapeut pohotově reaguje, podněcuje k zamyšlení a ukazuje i jiný možný způsob náhledu na daný problém. Tím tak připodobňuje jednotlivé situace v příběhu k reálným životním skutečnostem přisedících. Touto cestou dochází k tzv. AHA-efektu, kdy pacienti prostřednictvím biblického vypravování náhle dokáží lépe pochopit sama sebe a své chování, k čemuž byli

⁹ Vychází z učení Otců pouště, zejména Efréma Syrského (306 – 373 po Kr.).

dříve slepí. Vystávají otázky dobra a zla, viny a odpuštění, lásky a nenávisti nebo života a smrti.

Na závěr sezení po zadání úkolu k příštímu setkání se všichni přítomní chytí za ruce a doktor Remeš pronáší modlitbu, ve které zhodnotí základní myšlenku příběhu a vysloví přání, aby pacienti měli sílu, odvahu a štěstí při boji se svou závislostí.

6 Použité metody

Předchozí část této práce má za cíl posloužit jako teoretická základna, která poskytuje základní informace o hagioterapii v kontextu psychoterapie jako možné léčby syndromu závislosti. Jak již bylo mnohokrát nastíněno, s hagioterapií je úzce spojeno jméno Prokopa Remeše, který ji sám vnímá jako „... *jakési "vyplnění" prázdného prostoru ve smyslu existenciální psychoterapie - témata viny, trestu, smrti, svobody, nepřítomnost smyslu...*“ A přitom ji sám definuje jako „... *formu existenciální terapie, která je otevřená k tématům transcendentna. Jako nástroj používám bibli, která při hagioterapii slouží jako zrcadlo.*“ (Remeš, ústní sdělení, 11. 4. 2014)

Doktor Remeš vidí cíl své práce v tom, aby si pacientka byla vůbec schopná připustit si svůj vážný stav, vytvořila si objektivní sebehled, který by jí měl dát podnět k proměně a to celé aby přijala jako výzvu. Jinými slovy se zaměřuje na nalezení sama sebe v biblickém příběhu a v tomto důsledku na započetí změny svého destruktivního chování za méně destruktivní (Remeš, ústní sdělení, 11. 4. 2014).

Ve světle předchozích kapitol hagioterapie působí jako nemálo přesvědčivá a jistě úspěšná léčebná metoda. Následující výzkum tak má potvrdit nebo vyvrátit, zda-li tomu je tak skutečně i v očích jednotlivých pacientek.

6.1 Zaměření výzkumu

Cílem této práce je zjistit, jaké místo má pro pacientky 7. a 8. pavilonu oddělení závislostí v PN Bohnice hagioterapie v terapeutickém procesu a v jejich životě vůbec.

Vzhledem k tomu, že cílem tohoto výzkumu je reflexe subjektivní zkušenosti participantek s hagioterapií, byl zvolen kvalitativní metodologický přístup. Pomocí tohoto pružného přístupu je možné lépe proniknout do daného problému a porozumět významu hagioterapie pro pacientky léčící se pro závislost na psychoaktivních látkách či hazardní hře. Dalším důvodem pro volbu kvalitativního přístupu je fakt, že je zkoumán problém, který zasahuje pouze určitou část populace. Pro potřeby tohoto zkoumání byly navrženy následující výzkumné otázky:

1. *Jak pacientky reflektují význam hagioterapie v kontextu své léčby závislosti?*
2. *Jakým prvkům hagioterapie přiřkládají pacientky zásadní subjektivní význam?*

6.2 Metoda tvorby dat

Jako technika sběru dat byly tedy vybrány polostrukturované rozhovory.¹⁰ Díky navrženým okruhům otázek nebylo možné opomenout žádnou z vytyčených oblastí a zároveň tato forma rozhovoru umožňovala jistou flexibilitu, co se týče pořadí či znění jednotlivých otázek (např. některé participantky spontánně zodpověděly některé z otázek, aniž bych je předem položila) a zároveň bylo možné jít v rozhovorech do potřebné hloubky. Dalším důvodem pro výběr tohoto postupu byl fakt, že na oddělení pro závislosti pracuji, a tak mi navržená kostra otázek zprostředkovala jistý odstup a objektivitu. Rozhovory byly na základě písemného souhlasu zaznamenávány na diktafon, což mi umožnilo uchovat a neopomenout všechny důležité informace a zároveň jsem měla prostor pro plné soustředění se na rozhovor a písemné zaznamenávání postřehů týkajících se například neverbálních projevů participantek. Délka rozhovoru se pohybovala kolem 70-ti minut, záleželo na sdílnosti participantky. Během rozhovorů jsem se snažila navodit přátelskou a uvolněnou atmosféru, která by napomohla sdílnosti a otevřenosti žen. Každé participantce byla nabídnuta možnost rozhovor v kterékoli fázi ukončit a na konci každého rozhovoru jim byla (vzhledem k faktu, že se rozhovor mohl dotýkat citlivých témat) také nabídnuta možnost konzultace pro případ, že by se necítily psychicky dobře. Nahrávky rozhovorů jsou uchovány pod kódem každé z participantek tak, aby byla znemožněna jejich identifikace.

6.2.1 Okruhy otázek (příklady konkrétních otázek)

a) Význam samotného pojmu "hagioterapie"

("Jak jste rozuměla pojmu "hagioterapie", kdy jste jej slyšela poprvé?", "Jak tento pojem chápete nyní?", "Co si pod tímto pojmem představujete?")

b) Motivace pro volbu hagioterapie

("Co Vás vedlo k tomu, že jste si hagioterapii zvolila jako nepovinnou součást léčby?", "S jakými očekáváními jste do hagioterapie vstoupila?", případně "Zvolila jste si hagioterapii i v předchozích léčbách?" atd.)

c) Role hagioterapie v terapeutickém procesu

¹⁰ Rozhovor je základní metodou v oblasti pomáhajících profesí (poradenství, psychoterapie, různé další formy sociální práce). Polostrukturovaný typ rozhovoru má předem daný soubor témat a volně přidružených otázek. Pořadí otázek, volba slov i formulace mohou být pozměněny v průběhu rozhovoru podle potřeby. Stejně tak lze některé otázky zcela vynechat nebo i přidat (Matoušek, 2003).

("Jaké změny se během léčby odehrály?", "Co tyto změny způsobilo?", "Hraje v tom roli hagioterapie?", "Jakou roli konkrétně?", "Splnila hagioterapie Vaše očekávání?", "V čem ano a v čem ne?", "Co konkrétně Vás v hagioterapii zaujalo/ovlivnilo?")

d) Přesah biblioterapie do perspektivy dlouhodobé abstinence
("Vnímáte hagioterapii tak, že Vám může prospívat dlouhodobě?", "V čem konkrétně vnímáte její užitek/přínos?", "Hodláte v hagioterapii pokračovat i po skončení ústavní léčby?", "Proč ano/ne?")

6.3 Výzkumný soubor

6.3.1 Techniky výběru výzkumného souboru

Význam hagioterapie byl zkoumán na vzorku pacientek, aktuálně se léčících v PN Bohnice se syndromem závislosti na psychoaktivních látkách nebo hazardní hře. Jednalo se (vzhledem k výzkumnému záměru) o účelový výběr, všechny participantky musely splňovat kritérium pravidelné docházky na hagioterapii v současné léčbě. Participantky nebyly osločovány jednotlivě, aby se necítily pod nátlakem. Na společném komunitním sezení byla všem pacientkám (tedy i těm, které se hagioterapie neúčastní) podána ústní informace o výzkumu. Tato informace byla poté ještě v písemné formě vyvěšena na nástěnce, která je všem pacientkám přístupná. Z oslovených pacientek se pro účast na tomto výzkumu rozhodlo 8 z nich.

6.3.2 Popis tvorby dat a výzkumného souboru

Následující tabulka popisuje výzkumný soubor osmi pacientek, které jsem podrobila svému výzkumu. U Marie a Markéty nutno podotknout, že hagioterapii navštěvují už podruhé.

Tabulka 3: Výzkumný soubor

PACIENTKA	věk	závislost	doba závislosti	vzdělání	léčba
Viera	29	pervitin	10 let	SŠ	první
Marie	53	alkohol	20 let	VŠ	čtvrtá
Johana	24	pervitin, opiáty, benzodiazepiny	24 let	ZŠ	první
Simona	46	alkohol	10 let	VŠ	první
Pavla	38	gamblerství	14 let	SOU	třetí
Markéta	40	alkohol	20 let	SŠ	čtvrtá
Tereza	21	pervitin	6 let	ZŠ	první
Jana	59	gamblerství	8 let	SŠ	první

Rozhovory byly realizovány na oddělení, kde se participantky léčí, v samostatné místnosti, aby byl zajištěn klid a prostor pro rozhovor.

6.3.3 Etika

Před samotnou realizací rozhovorů jsem požádala léčebnu, respektive její Etickou komisi, o souhlas. Rovněž jsem požádala o souhlas primáře a vedoucí lékaře oddělení. Pro účely této práce byly pozměněny jména zúčastněných pacientek, aby byla korektně zachována anonymita.

Každou pacientku jsem informovala o možnosti rozhovor ukončit, kdykoliv jí začne být nepříjemný. Na závěr jsem všechny také upozornila, že v případě negativní psychické reakce na rozhovor mohou požádat kohokoli z terapeutického týmu o individuální konzultaci. Tím jsem chtěla docílit ošetření celého výzkumného procesu od začátku do konce.

6.4 Metody analýzy dat

Získaná data byla zpracována metodou otevřeného kódování, aby bylo možno provést tematické rozkrytí textu. Nejprve byly rozhovory doslovně přepsány (nebyla provedena žádná redukce dat), poté byla provedena segmentace, kódování a kategorizace dat. Jednotlivým úsekům textu byly přiděleny kódy, na jejichž základě byly vytvořeny jednotlivé kategorie. Tyto kategorie obsahují jevy, které se u jednotlivých participantek podobaly či shodovaly.

Výše zmíněnou cestou byly získány tyto kategorie:

1. *Motivace pro volbu hagioterapie a chápání pojmu "hagioterapie"*
2. *Účinné faktory hagioterapie*
3. *Změny na osobní úrovni*
4. *Hagioterapie versus jiné typy terapie*
5. *Vyhlídky do budoucnosti*

7 Výsledky výzkumu

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

7.1 Motivace pro volbu hagioterapie a chápání pojmu

Přestože má hagioterapie v terapeutickém programu oddělení léčby závislostí své pevné místo již několik let, povědomí o charakteru této terapie bylo u většiny participantek před jejím zahájením velmi nízké. Pokud vůbec nějakou představu měly, byla velmi neurčitá (že je to v kostele, že budou nuceny uvěřit v Boha, atd.) Uváděly, že informace o hagioterapii jim nikdo z personálu ani spolupacientek nezprostředkoval. Určité informace pak obdržely od ostatních pacientek, které na hagioterapii chodí, až po rozhodnutí, že se této terapie zúčastní. Výjimkou byly dvě participantky, které již zkušenosti s hagioterapií měly z předchozích léčeb, přičemž i ony reflektují téměř nulovou informovanost, jaká provázela zahájení této terapie.

S výše uvedenými skutečnostmi zřejmě souvisí i fakt, že polovina participantek si hagioterapii nezvolila cíleně.

"Já už jsem za svou bohnickou kariéru zkusila všechny možné terapie, ale tuhle jsem si zvolila, protože na mě čekala jako poslední možnost" (Pavla)

"... vyšlo to na mě... Mě bylo úplně fuk, kam půjdu" (Johana)

"Já si to nevybrala. Poslala mě tam sestřička..." (Tereza)

Co se týče očekávání od tohoto typu terapie, jedna participantka zmiňuje, že by jí hagioterapie mohla poradit, *"jak a kdo mi pomůže z té situace"* (Jana), konkrétnější představu však nemá.

Jisté rozdíly jsou patrné v chápání pojmu "hagioterapie" a její roli v terapeutickém procesu i v jejím průběhu. Žádná z pacientek nepopisovala cíle či smysl hagioterapie (v obecné rovině), buďto reflektovaly její konkrétní přínosy pro sebe, nebo žádné zásadní přínosy nevnímaly v důsledku svého špatného psychického stavu či nízké motivaci k léčbě jako takové.

Některé z pacientek oceňovaly možnost zamyslet se nad svým životem – nejvíce ve smyslu minulosti a přítomnosti (jaké chyby udělaly, jak to souvisí s jejich aktuální situací), méně však již budoucnosti (čili jak toho konkrétně využít, např. pro abstinenci, pro nápravu vztahů s okolím, atd.). To může být jedním z důvodů, proč málokterá z pacientek uvažuje o tom, že by v hagioterapii pokračovaly i po skončení ústavní léčby.

7.2 Účinné faktory hagioterapie

Participantky tematizovaly následující faktory: osobnost terapeuta, atmosféru v kostele a nadčasovost biblických příběhů.

Osobnost terapeuta sehrála klíčovou roli v procesu chápání a přínosu této terapie pro všechny participantky. Ty se zejména shodovaly v tom, že důležitým momentem v tomto procesu byl **akceptující a nehodnotící postoj terapeuta** vůči nim. Ten se promítl i do celkové atmosféry spolupráce mezi pacientkami. Lze říci, že díky hagioterapii u nich došlo k emočně korektivní zkušenosti. Participantky často zmiňovaly negativní zkušenosti, kdy byly díky své závislosti vnímány jako osoby méněcenné, neschopné, nespolehlivé či jakýmkoliv dalším způsobem "závadné" a odmítané, což v nich vyvolávalo potřebu se bránit a jít s druhými do konfrontace. Díky akceptujícímu postoji se u nich tyto potřeby neevokovaly, naopak – mohly si dovolit otevřít se a být samy sebou, mohly se soustředit samy na sebe a nechat působit podněty, které v rámci hagioterapie přicházely – nikoliv od samého začátku hagioterapie, až po jistém odstupu. Atraktivita terapeuta byla tematizovaná také v rovině fyzické přitažlivosti – pacientky obecně začaly více dbát na svůj zevnějšek, začalo jim záležet na tom, jak je terapeut vnímá, jak na něj fyzicky působí – proto měly zpočátku snahu se stylizovat, často snily o tom, že se do nich terapeut zamiluje.

„V té první léčbě mě hagioterapie naprosto uchvátila, ta atmosféra toho kostela a je pravda, že pan doktor Remeš se mi hrozně líbil, já snad do něj byla i zamilovaná. No, a to jsem se pak hodně soustředila na něj a na to, aby si mě všimnul, takže jsem se hlavně soustředila na to, abych neříkala blbosti, ale unikala mi asi podstata věci... Hlavně jsem se hezky oblíkla a namalovala, aby mi to slušelo, je to srandovný, když si na to vzpomenu.“ (Marie)

Některé z participantek projevíly náhled na souvislost této "zamilovanosti" a jejich dosavadních negativních zkušeností s muži. Mnoho z nich bylo v minulosti sexuálně zneužíváno či týráno a jejich minulí či současní partneři jsou problematičtí (závislí, opakovaně ve výkonu trestu, agresivní, atp.). Na terapeutovi vyzdvihují právě jeho nehodnotící přístup, charisma, důvěryhodnost a kultivovanost.

"Málokdo z nás má doma partnera, kterej je zlatíčko. Mám pocit, že my závislý ženy, si vybíráme většinou grázlíky... A pan doktor patří právě mezi ty zlatíčka...." (Markéta)

Pro většinu pacientek je také důležitá **atmosféra v kostele**, kde hagioterapie probíhá. Vyhovuje jim klid a ticho (tak rozdílné oproti běžnému ruchu a nedostatku soukromí na oddělení) či vznešená atmosféra.

Participantky popisují **působení biblických příběhů**. Jejich čtení v nich spouští fantazii, která jim umožní se do příběhu ponořit. Jako bod zlomu uvádějí

moment, kdy si uvědomí, že tyto příběhy jsou nadčasové a přenositelné do dnešní doby a že je možné je vztáhnout k jejich současné situaci a také k tomu, jak se k danému problému postavit.

"Ty biblické příběhy jsou tak trefné a aktuální v současnosti, že mě to stále překvapuje... Jsou to ale těžká témata, já se v nich vidím..." (Jana)

Biblické postavy u nich tedy fungují především jako model pro formování postoje k určitému tématu, především ve smyslu přijetí, respektive smíření se s určitou situací, a dále jako zprostředkování naděje pro určité řešení této situace, naděje, že tuto situaci mohou zvládnout.

"(Hagioterapie) jednoznačně mi pomohla najít tu naději, že jsem v situaci, která se dá řešit, sice to bude těžký, ale je to možné." (Jana)

7.3 Změny na osobní úrovni

Jak bylo zmíněno v předchozím oddílu, tyto faktory u většiny participantek vedly k otevření "další dimenze" v léčebném procesu. Je zajímavé, že i když téměř všechny participantky vstupovaly do hagioterapie bez určitého či konkrétního očekávání, či jejich představa o hagioterapii byla velmi neurčitá, až na výjimky popisují velmi podobné prožitky. Hovoří o tom, že v úvodu u nich převládala nervozita, obava z neznámého, která byla ještě umocněná prostředím, kde se hagioterapie odehrává. Moment překvapení přicházel jednak s osobou terapeuta a jeho přístupem, na který nebyly zvyklé, a jednak s formou této terapie – čtením biblických příběhů a rozpravami, které na ně navazovaly. Je možné, že právě tato nečekaná "originálnost" participantkám znemožnila využívat tradiční obrany závislých, jakými jsou například racionalizace, popírání či svalování viny za svou situaci na ostatní, a tím jim umožnila podívat se na sebe a svou situaci z jiného úhlu. Důležitým momentem v léčbě je pro ně uvědomění si svého problému, respektive jeho plné zvědomění. Participantky verbalizovaly pochopení souvislosti své závislosti a jejich současné nepříznivé životní situace a většina z nich projevila ochotu za to přijmout zodpovědnost.

"Myslela jsem si, že jsem začala rozumět svojí závislosti. Teda, přiznala jsem, že hraju, kradu, lžu a to všechno nejen kvůli mému dětství, ale kvůli tomu, že hraju a neustále si něco namlouvám a lžu si do kapsy..." (Pavla)

Biblické příběhy slouží participantkám jako zrcadlo a tím, že jim umožňují identifikovat se s postavami, které v nich vystupují, jim pomáhají orientovat se v náročných životních situacích a především dodávají naději, že je mohou zvládnout. Příběhy také pomáhají nenásilnou formou otevírat témata, pro které není jindy (např. na skupinové terapii) prostor. Tato témata mají existenciální rozměr (přijetí zodpovědnosti, přinášení oběti, otázky práva na dobrovolný odchod

ze světa, vina, odpuštění, atp.) a pro participantky zcela zásadní význam ve smyslu hlubšího pochopení sama sebe. Je však nutno dodat, že jejich probírání téměř vždy vede k přechodnému zhoršení psychického stavu (deprese, úzkosti, prožívání pocitů viny, poruchy spánku). Participantky se tedy cítí být hagioterapií silně zasaženy.

"Hrozně jsem brečela, bylo mi strašně líto, jak jsem si po... život, teda hlavně svým dcerám..." (Viera)

"Mě trvá několik dní, než se z těch témat oklepu. Ted' pláču i dost často, ale večery po terapii s panem doktorem propláču vždycky (Jana)

Na druhou stranu participantky toto reflektují jako přínosné do budoucna.

"Jsem silnější,... jsem sebevědomější, cítím svobodu, hlavně v rozhodování, umím se vcítit do svých spolupacientek, chci strašně žít... nechci nikoho soudit, což jsem dřív dělala velmi často, hlavně v opilosti..." (Simona).

Dalším důležitým momentem, několika participantkami zmiňovaným, je získání náhledu na to, že v životě je běžné, že se dějí i negativní věci a že se tyto věci musí řešit konstruktivně, nikoliv závislostním chováním. A dále, že je nutné se v tomto ohledu postavit na vlastní nohy či že je žádoucí změnit dosavadní nefunkční způsoby řešení problémů (ve smyslu úniku, myšleno nyní nikoliv prostřednictvím alkoholu, drog či hry), případně nutné se na závažné životní situace dívat z více úhlů pohledu.

"Za co zásadního bych poděkovala je asi to, že se musím spoléhat sama na sebe, a že se ty křivdy děly a budou dít a já musím ty věci hlavně řešit a ne pít" (Marie).

"... tak třeba jsem si nikdy neuvědomila, že když ve vztazích pálím mosty, tak moje děti táhnou s sebou a neřeším, jak jim je..." (Simona)

7.4 Hagioterapie versus jiné formy terapie

Všechny participantky tematizují výjimečnost hagioterapie v kontextu ostatních typů terapie. Chápou hagioterapii jako prostředek k uskutečnění zásadních osobnostních změn. Zmiňují, že na běžné skupinové terapii je to často svádí k tomu, aby mluvily spíše tak, jak si myslí, že by měly (resp. říkají to, co si myslí, že by terapeuti chtěli slyšet), případně zmiňují to, že na skupinách se neustále dokola mluví o stejných tématech.

"Mě je úplně blbě z toho, když je skupina, je to třikrát tejdně, furt se mele o spouštěčích, chutích, doléčování..." (Johana)

Hagioterapie je také pro participantky psychicky velmi náročná (viz. předchozí oddíl), jiné typy terapie, jako je např. arteterapie či muzikoterapie, zaujímají v léčebném procesu také významné místo, mají však pro ně spíše

relaxační ráz a participantky nevnímají jejich potenciál pro přesah do běžného života (narozdíl od hagioterapie).

"Na muzikoterapii se uvolním, je mi dobře, jakoby jsem mimo realitu a ulítávám si. Je mi to příjemný, ale v životě je mi to na h...." (Pavla)

7.5 Vyhlídky do budoucna

Přestože participantky reflektují nesporné přínosy hagioterapie, pouze dvě z osmi vážně uvažují o tom, že by v hagioterapii pokračovaly i po skončení léčby. Některé z nich uvádí časové důvody, že budou příliš zaměstnané realizováním naplánovaných změn, jiné se obávají toho, jak by náročná témata probíraná na hagioterapii zvládaly.

"Musím odejít z Prahy, musím začít vydělávat prachy, splácet dluhy..." (Pavla).

"Vlastně by to bylo super, ale já musím teď dělat věci postupně a popořádku" (Viera)

Víceméně se zdá, jakoby účinky hagioterapie byly "pouze" v rovině psychické – participantky získávají náhled na svou situaci, uvědomují si, že je třeba se k problémům stavět čelem, nikoliv před nimi utíkat. Uvědomují si, že uskutečnění změn v jejich životě je v jejich rukou, že nelze spoléhat na druhé lidi, že je nutné, aby byly v tomto ohledu aktivní. Nicméně, pokud už má dojít na uskutečňování konkrétních kroků realizace změny, participantky zůstávají ve své pasivitě a vznášejí požadavky na změnu směrem k druhým (nejčastěji se jedná o rodinné příslušníky), očekávají samozřejmě pomoc.

8 Diskuse a závěry

Výzkumný soubor, na němž se tato práce zakládá, byl sestaven z osmi pacientek ze 7. a 8. pavilonu oddělení závislostí Psychiatrické nemocnice v Bohnicích. Byly zde zastoupeny všechny věkové kategorie od studentek přes matky malých i dospělých dětí k babičkám. Rovnoměrně zde byly přítomny absolventky vysokých škol, středních škol i osoby pouze se základním vzděláním. Tři z dotazovaných byly alkoholičky, tři závislé na nelegálních návykových látkách (nejčastěji pervitin) a dvě gamblerky. Z výše uvedeného lze soudit, že jsem měla k dispozici víceméně reprezentativní vzorek.

Pacientky byly vybírány pomocí inzerátu, který jsem vyvěsila na nástěnkách v příslušných pavilonech. Z toho usuzuji, že se mi od nich dostávalo pravdivých informací, jelikož přišly dobrovolně ze své vlastní vůle a tudíž neměly nutkání rozhovor urychlit či jiným způsobem oklamat jen proto, aby jej měly rychle za sebou. Na druhou stranu přiznávám, že nedostatkem výzkumného souboru byla jeho málopočetnost. Díky tomu nemohu uvedené výsledky považovat za zobecňující, jinými slovy nedají se procentuelně generalizovat na všechny závislé ženy, které navštěvují hagioterapii.

Dalším delikátním problémem bylo moje postavení vůči participantkám a rozboru jejich myšlenek. Zprvu se může zdát, že má letitá praxe v oboru adiktologie mi při vedení tohoto výzkumu leccos ulehčila a pomohla, ovšem opak je pravdou. Se závislými ženami pracuji již 19 let, a proto pro mě bylo mnohdy složité k nim zaujmout postoj výzkumníka a ne terapeuta. Jejich příběhy, situace i aktuální problémy řeším téměř denně, a tak pro mě bylo značnou komplikací zaujmout nyní ke všem a ke všemu objektivní stanovisko a současně kódovat a kategorizovat jednotlivá výzkumná témata.

Zvolená kvalitativní metoda (rozhovor) se ukázala pro tento typ výzkumu velice příhodná. Vedení rozhovoru je sice časově náročnější než postupy kvantitativního typu, nicméně mohla jsem jej v průběhu stimulovat a směřovat k tématům, která mě zajímala. Následně pak vykrytalizovaly takové náměty, se kterými jsem předem vůbec nepočítala.

Etické náležitosti byly po celou dobu rozhovorů zachovány. Dbala jsem na to, že participantky jsou zde zcela dobrovolně. Žádná z pacientek nepřerušila rozhovor ani nepožádala o následnou péči z důvodů psychického rozlazení. Mou pozici terapeuta vůči mým pacientkám rozhovory nijak neohrozily, přestože jsem měla nyní možnost nahlédnout na klientky z jiné perspektivy.

Na tomto místě bych se ráda uchýlila k výsledkům, které vyplynuly z mého výzkumu a více či méně korespondují s teoretickými skutečnostmi.

Téměř všechny participantky se shodují na nanejvýš profesionálním vystupování pana doktora Remeše, jejich psychoterapeuta. Pozitivně hodnotí jeho akceptující a nehodnotící přístup k nim. Dále také všechny reflektují velice blahodárnou a uklidňující atmosféru kostela. To vše v jednom vnímají jako účinný faktor hagioterapie, kdy se mohou ocitnout daleko od světa, kde je všichni hodnotí a odsuzují.

Všech osm pacientek vstupovalo do hagioterapie s neurčitým očekáváním, s obavami, že budou nuceny uvěřit v Boha a s apriorním odporem, že budou vystaveny nějakému nátlaku. Všechny následně vyjadřují nadšení z náplně této terapie a jejích účinků. Popisují nadčasovost Bible a překvapení nad tím, že se skutečně lze nalézt v každém ze čtených příběhů. Nejčastěji zmiňovali příběh o Abrahámovi, který pro lásku k Bohu byl schopen obětovat i vlastního syna. To spoustu žen chytilo za srdce. Připodobňují Abrahámovu situaci ke své tím, že ony by pro lásku ke svým dětem měly obětovat drogu a chápou abstinenci jako svou zkoušku. Z toho tedy vyplývá, že metoda zrcadla, jak je popsána v kapitole 5.1.2., fakticky funguje a působí. Zároveň ale také znemožňuje pacientkám jejich typický styl obrany, tedy racionalizaci, omlouvání svých činů, popírání a svalování viny na ostatní.

Dalším pozoruhodným výsledkem tohoto výzkumu je silný situační účinek hagioterapie. Téměř všechny participantky (7 z 8) si díky ní uvědomili svou závislost a situaci, ve které se ocitly. Pochopily, že ublížily lidem, na nichž jim záleží a tento zásadní moment v terapii popisují jako úžasné prozření. Mnohé líčí své sužující pocity a to, že jsou celý den po hagioterapii citově deprimované a večer pláčí v posteli. V tomto bodě však téměř všechny (6 z 8) bohužel ustrnou a nesnaží se na svém problému dál pracovat. Čekají od hagioterapie, že jim sama pomůže a ony pro to nebudou muset nic dělat. Stále čekají pomoc od druhých, svalují vinu za svou závislost na ostatní anebo na špatné dětství a odmítají za své činy převzít zodpovědnost. Bohužel mnoho nepřemýšlejí o tom, co by samy pro sebe a svou situaci mohly udělat. Velkou roli zde stále hraje sobectví a sebelítost. Zvláštním poznatkem je, že takto situaci nezvládají klientky s nižším vzděláním. Pacientky s vysokoškolským diplomem či maturitou si mnohem rychleji uvědomí svůj problém a v některých případech se lépe chopí příležitosti s ním efektivněji pracovat.

Na základě zjištěných výsledků hodnotím jako velice potřebnou propracovanější propagaci hagioterapie na obou odděleních. Je jisté, že tento typ biblioterapie je účinný a pacientkám pomáhá. Často zmiňují její nadmíru pozitivní účinky oproti ostatním nabízeným terapiím na oddělení a její nedostatečná reklama pak může upřít mnohým pacientkám možnost pomoci. Při otázce, zda by

chtěly pokračovat v hagioterapii i po skončení léčby, byly často zaskočené tím, že je to vůbec možné.

Dalším závěrem, který jsem z mého výzkumu učinila je, že by bylo, myslím, potřebné navázat na silný situační účinek terapie, který pak bohužel nemá pokračování. To by však mohlo být téma pro další studii.

Tato výzkumná práce by mohla pro příště pracovat s rozsáhlejší výzkumným souborem. Z výsledků by pak mohla vzejít další pozoruhodná témata a mohly by mít větší zobecňující účinek. Jistě by také mohlo být zajímavé zaměřit se na celkovou efektivnost hagioterapie, tedy věnovat pozornost tomu, zda a kolikrát klientky po absolvování hagioterapie recidivují. Ze vzorku této práce by ovšem tento výzkum vzejít nemohl, jelikož obsahoval 4 z 8 participantek, které nastoupili svou první léčbu.

Cílem této práce bylo zjistit, co hagioterapie pro pacientky znamená a jaké místo má v jejich léčebném procesu i životě vůbec. Jednomyslně se účastnice mého výzkumu shodly na tom, že pro ně tento typ terapie má velký smysl. Hovoří často o jednom konkrétním bodu zlomu, kdy se hagioterapii otevřely a shledaly její blahodárné účinky. Většina z nich ji hodnotí jako jednu z nejefektivnějších terapií na oddělení. Další oblíbenou je pak arteterapie. O ostatních aktivitách se zmiňují pouze ve smyslu relaxace a uvolnění. Jako další pozitivum shledávají zcela profesionální přístup terapeuta, klidné prostředí i sestavení skupiny, kde si nemusejí na nic hrát a mohou se otevřít a nestydět se před sebou. Jediné negativum, o kterém často mluví je psychická náročnost této terapie. I přesto však některé vážně uvažují o navštěvování hagioterapie i po skončení léčebného procesu.

Z opačné strany ji hodnotí vedoucí terapeut a zakladatel Prokop Remeš po 22 letech své praxe. Domnívá se, že pacienti, kteří si zvolí hagioterapii, mají větší šanci a silnější motivaci k abstinenci. Jen nedokáže odhadnout, co se udává dřív, jestli šance k abstinenci nebo větší motivace (Remeš, ústní sdělení, 19. 3. 2014).

9 Použitá literatura

1. Adamkovičová, D. (2011). *Aplikácia psychologických aspektov biblických príbehov vo vybraných psychoterapeutických smeroch* (diplomová práce). Dostupný z: http://www.ctar.sk/wp-content/uploads/DP_adamkovicova_PK.pdf.
2. Balcar, K. (2007). *Logoterapie a existenciální analýza: Výcvik a vzdělání*. Dostupné z: <http://www.slea.cz/index.php?page=kb4>.
3. Bartoš, H. (2006). *Očima lékaře: Studie k počátkům řeckého myšlení o lidské přirozenosti z hlediska rozlišení duše – tělo*. Červený Kostelec: Pavel Mervart.
4. Frankl, V., E. (2011). *Bůh a člověk hledající smysl*. Brno: Cesta.
5. Frankl, V., E. (2006). *Lékařská péče o duši: Základy logoterapie a existenciální analýzy*. Brno: Cesta.
6. Göhlert, Ch., & Kühn, F. (2001). *Od návyku k závislosti*. Praha: Ikar.
7. Grün, A. (1994). *Hlubinně psychologický výklad písma*. Praha: Česká křesťanská akademie.
8. Hartl, P., & Hartlová, H. (2004). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
9. Jellinek, E. M. (1960). *The Disease concept of alcoholism*. Dostupné z: <http://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.39015056545786;view=1up;seq=3>.
10. Kalina, K. (2000). *Léčba drogově závislých*. Dostupné z: <http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/lecba.html>.
11. Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada.
12. Kalina, K. (2003). Rozšiřování terapeutických možností. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogově závislosti: Mezioborový přístup* (2, 103 - 109). Praha: Úřad vlády ČR.
13. Kratochvíl, S. (2006). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.

14. Kudrle, S. (2003). Úvod do bio-psycho-spirituálního modelu závislosti. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup* (1, 90 – 95). Praha: Úřad vlády ČR.
15. Langle, A. (2007). *Životopis*, Dostupné z: <http://www.slea.cz/index.php?page=al1>.
16. Lečbych, M. (2013), Kritická úvaha o konceptu závislosti na internetu, *Adiktologie*, 13(1), 54 – 60. Dostupný z: casopis.adiktologie.cz/public.magazine/download-file/17.
17. *Masarykův slovník naučný: Lidová encyklopedie všeobecných vědomostí* (1927), III. díl, H-Kn. Praha: Československý kompas.
18. Matoušek, O. (2003). *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.
19. Miovský, M. (2003). Problémy mezioborového přístupu k léčbě závislostí. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup* (2, 15 - 18). Praha: Úřad vlády ČR.
20. Nechanská, B. (2013). *Péče o pacienty užívající psychoaktivní látky (alkohol a jiné drogy) hospitalizované v psychiatrických lůžkových zařízeních v ČR v roce 2012*. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/ai_2013_46.pdf.
21. Nešpor, Karel (2007). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
22. Nešpor, Karel (2011). Závislost na alkoholu – diagnostika a léčba dnes, *Psychiatrie*, 15(3), 154 – 159. Dostupný z: www.drnespor.eu/adnes4.doc.
23. Remeš, Prokop (2004). *Nahá žena na střeše*. Praha: Portál.
24. Remeš, P. (1998). Hagioterapie - nový směr existenciální psychoterapie?, *Česká a slovenská psychiatrie*, 94(4), 206 – 211. Dostupné z: <http://www.hagioterapie.cz/?p=75#more-75>.
25. Schovanková, L. (2006). *Hagioterapie pro ženy v krizových situacích: Se zaměřením na léčbu alkoholové závislosti v Psychiatrické léčebně Bohnice* (diplomová práce). Dostupné z: http://is.muni.cz/th/64718/ff_m/diplomova_prace.doc.

26. Skála, Jaroslav et al. (1987). *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum.
27. Skála, Jaroslav (1988). *...až na dno?!: Fakta o alkoholu a jiných návykových látkách*. Praha: Avicenum.
28. Störig, Hans, Joachim (2000). *Malé dějiny filozofie*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
29. Vacek, Jaroslav (1996). *O nemocech duše*. Praha: Mladá fronta.
30. Vágnerová, Marie (2001). *Úvod do psychologie*. Praha: Karolinum.
31. Vybíral, Zdeněk, & Roubal, Jan (2010). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.
32. Vymětal, Jan (2004). *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada.
33. Vymětal, Jan (1987). *Psychoterapie*. Praha: Horizont.
34. Yalom, Irvin (2006). *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál.

10 Přílohy

Příloha č.1: Vyjádření etické komise

Etická komise

ekomise@plbohnice.cz

Psychiatrická nemocnice Bohnice
státní příspěvková organizace
IČO: 00064220 DIČ: CZ00064220
181 02 Praha 8, Ústavní 91
ředitel organizace: MUDr. Martin Holly



Alice Herešová

Terapeut – Pávilon 7
Psychiatrická nemocnice Bohnice
aliceheresova@seznam.cz

Naše značka:

Vyřizuje/linka: 420284016141 V Praze dne 24.1.2014

Žádost o umožnění sběru dat

Etická komise PL Bohnice vyslovila **souhlas** se sběrem dat v rámci bakalářské práce na téma "Význam hagioterapie v terapeutickém procesu léčby závislosti žen na pavilonu 7 a 8, v Psychiatrické nemocnici Bohnice."

Etická komise žádost posoudila a schválila bez výhrad.

MUDr. Richard Krombholz
Předseda etické komise PL Bohnice

Mgr. Jan Pomykacz v.z.
tajemník etické komise

Psychiatrická nemocnice Bohnice
Ústavní 91
181 02 Praha 8 – Bohnice

tel. + 420 725867810, fax. + 420 284016595
pomykacz@bohnice.cz, www.bohnice.cz

Příloha č. 2: Doslovné přepisy rozhovorů (viz. přiložené CD)