

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Využití biblioterapie u dospělých osob s drogovou závislostí

Use of bibliotherapy with drug addicted adult people

Lucie Veselá

Vedoucí práce: Mgr. Barbara Valešová Malecová, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

2017

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Využití biblioterapie u dospělých osob s drogovou závislostí vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha, 12. 7. 2017

.....

podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Barbara Valešová Malecová, Ph.D. za odborné vedení a rady při psaní této bakalářské práce.

ANOTACE

Tato bakalářská práce se zabývá možnostmi využití biblioterapie u dospělých osob s drogovou závislostí. V teoretické části je vymezení problematiky drogových závislostí a vysvětlení pojmu biblioterapie spolu s přehledem biblioterapeutických technik. Praktická část obsahuje konkrétní biblioterapeutické aktivity a výběr vhodné literatury pro práci s lidmi s drogovou závislostí. Hlavním cílem této práce je představení biblioterapie jako jedné z vhodných technik pro práci s jedinci se závislostí.

KLÍČOVÁ SLOVA

biblioterapie, terapie, drogová závislost, drogy, literatura, techniky

ANNOTATION

This bachelor thesis focuses on using bibliotherapy as a possibility treatment of drug addicts. The theoretical part describes the definition of drug addiction and explains the concept of bibliotherapy along with the overview of its techniques. The practical part contains specific bibliotherapeutic activities and selection of a suitable literature for people with drug addiction. The aim of this thesis is to introduce bibliotherapy as a suitable techniques for working with drug addicts.

KEYWORDS

bibliotherapy, therapy, drug addiction, drugs, literature, techniques

Obsah

1	Úvod	7
2	Problematika drogové závislosti.....	8
2.1	Vymezení závislosti	8
2.1.1	Charakteristika drogově závislých osob	9
2.2	Příčiny vzniku závislostí	9
2.2.1	Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti.....	10
2.3	Typy závislostí	12
2.4	Zdravotní komplikace drogově závislých osob.....	13
2.5	Přehled návykových látek podle MKN-10.....	14
2.5.1	Alkohol	15
2.5.2	Opioidy	15
2.5.3	Kanabinoidy.....	16
2.5.4	Sedativa a hypnotika	16
2.5.5	Kokain.....	17
2.5.6	Jiné stimulační látky	17
2.5.7	Halucinogeny	17
2.5.8	Nikotin	18
2.5.9	Organická rozpouštědla	18
2.5.10	Kombinovaná závislost a nové syntetické drogy.....	18
2.6	Vymezení dopadů závislosti na osobní a pracovní život jedince.....	18
2.7	Léčba drogových závislostí.....	20
2.7.1	Terapeutické komunity	22
2.7.2	Uvědomění si nutnosti abstinence a nebezpečí recidivy	23
3	Biblioterapie	25
3.1	Formy biblioterapie	26

3.2	Cíle biblioterapie	28
3.2.1	Cíle biblioterapie u osob s drogovou závislostí	28
3.3	Příbuzné terapie a vědy	29
3.4	Výběr vhodného literárního textu	30
3.5	Biblioterapeutický program	32
3.6	Biblioterapeutické sezení	33
3.7	Terapeutický vztah	34
3.8	Využívání biblioterapie v ČR a v zahraničí	35
3.9	Základní biblioterapeutické techniky při práci s osobami s drogovou závislostí..	36
4	Praktické využití biblioterapie u osob s drogovou závislostí	38
4.1	Výběr vhodné literatury pro osoby s drogovou závislostí	45
5	Závěr.....	51
6	Seznam použitých informačních zdrojů	52

1 Úvod

Knihy mají nezastupitelné místo v lidském životě. V dětství se z nich učíme poznávat barvy, zvířata, později jednotlivá písmena a číslice, učíme se z nich číst, usínáme při poslechu četby někoho z rodiny, slouží nám pro zábavu a později i pro poučení a hledání nových informací. Může však kniha léčit? Můžeme v ní najít odpovědi na otázky, které si klademe v těžkých životních situacích? Jednou z takových životních situací může být právě drogová závislost, jejíž léčbě se chci v této práci věnovat. Osobně jsem se přes dětské pohádky a dívčí romány dostala až k četbě knih, které se na drogovou tematiku zaměřovaly, jejich četba mě nikdy nenechávala chladnou a můj zájem o tuto tematiku se prohluboval spolu s věkem i s lidmi, co jsem ve svém okolí začala vídat. Vždy jsem si myslela, že závislost jako taková je problém, který by mohlo pomoci vyřešit určité sebepoznání, přiznání si problému a vcítění se do lidí, pro které závislý člověk velmi znamená. Když jsem se díky svému studiu setkala s biblioterapií jako takovou a s jejím využitím v praxi nejen u drogově závislých, uvědomila jsem si, že právě tato terapie by mohla být přínosem pro drogově závislé lidi, kteří mají chuť a vůli pro sebe něco udělat. Za každým úspěchem samozřejmě stojí množství překážek, bez kterých by se úspěch nedostavil, a právě biblioterapie by mohla s překonáváním některých překážek člověku pomoci.

Vzhledem k množství terapií určených pro drogově závislé se biblioterapie v České republice příliš nevyužívá. Její využití můžeme najít v psychiatrických léčebnách, terapeutických komunitách nebo ve vězení, častěji bychom se s ní však setkali na Slovensku. Právě z důvodu nevyužívání biblioterapie v tuzemsku, v oblasti drogových závislostí, obsahuje práce jednak teoretické vysvětlení pojmů týkající se závislostí, drog a biblioterapie, tak praktický návrh aktivit, které je možné využít při práci s drogově závislými, spolu se seznamem knih, které se dají při terapii využít. Seznam je rozdělen podle skupin lidí, pro které by mohla být daná literatura nejvhodnější. Cílem této práce je teoreticky seznámit s problematikou drogové závislosti a s využitím biblioterapie v této problematice. Zároveň také nabízí inspiraci pro práci s lidmi se závislostí v praxi.

2 Problematika drogové závislosti

Závislost je stav, kdy je člověk podmíněn nějakou okolností, kterou potřebuje ke své existenci. Člověk může být v dnešní době závislý doslova na všem. Je známá závislost na technice, čokoládě nebo i sportu. Vzhledem k tomu, že tato práce se věnuje především drogové problematice, bude zde pojem *závislost* vždy myšlen ve spojitosti s návykovými látkami.

2.1 Vymezení závislosti

Přestože literatura uvádí ve spojitosti s alkoholem a drogami termín **závislostní chování**, v České republice jsou stále spíše známy termíny toxikomanie nebo narkomanie, i když už není vhodné je používat. Oba pojmy jsou totiž staršího data a plně nevystihují podstatu věci: psychotropně působící látka vyvolává po určité době užívání vznik závislosti. Dlouhodobým zneužíváním některé drogy vzniká buď závislost somatická nebo závislost psychická nebo obě. Závislost somatická znamená adaptaci organismu na požívanou látku. Užívaná látka se stane nutnou součástí metabolismu a její vynechání pak vede ke vzniku abstinčních příznaků. Psychickou závislostí rozumíme zvláštní ladění psychiky, které nutí jedince k periodickému nebo soustavnému požívání látky. Uživatel tak činí proto, aby si navodil příjemný psychický stav nebo aby zabránil vzniku nepříjemných pocitů (Janík, 1990). Jedním z největších znaků závislosti na alkoholu a jiných látkách, ale i třeba patologického hráčství je **bažení** neboli často užívaný anglický termín **craving**. Nešpor a Csémy (1999) překládají tento termín také jako dychtění a uvádějí také definici Longmana (1982), která craving popisuje jako velmi silnou touhu pociťovat účinky psychoaktivní látky, s níž měla osoba dříve zkušenost. Nejsilnější bývá ve chvíli, kdy je jeho předmět dostupný a v počátcích abstinence. Bažení může být tělesné, vznikající při odeznívání účinku návykové látky nebo bezprostředně po něm, a psychické, které se objevuje i po delší abstinenci a může být obranou proti nepříjemným duševním pocitům. Pacienti popisují projevy bažení různě, nejčastěji se však objevují vzpomínky na příjemné pocity pod vlivem dané drogy; nepříjemné tělesné pocity, jako je svírání hrudi, žaludku nebo bušení srdce; nepříjemné duševní pocity, úzkost, stísněnost, zhoršení vnímání okolí, neklid a silná touha po droze (Nešpor, 1999). Podle Göhlerta a Kühna (2001) se o závislosti dá hovořit ve chvíli, byla-li během posledního roku užívání látky splněna tato

kritéria: silné přání užívat psychotropní látku; snížená schopnost kontroly v začátku, ukončení a množství užívání látky; užívání látky ke zmírnění abstinčních příznaků; rozvoj tolerance k látce; omezený úsudek o vlivu látky; zanedbávání ostatních, dříve hodně ceněných zájmů; pokračující užívání látky přes dokázané škodlivé následky.

2.1.1 Charakteristika drogově závislých osob

Vágnerová (2008) uvádí, že lidé se vždycky snažili najít možnost uniknout z aktuální situace, dosáhnout pocitů štěstí, pohody, síly a mimořádných schopností, fantastických zážitků, inspirace. Psychoaktivní látky, nejprve přírodní a později uměle syntetizované, jim žádoucí pocity poskytovaly a poskytují. Po určitou dobu zbavují starostí, strachů, nejistoty, zlepšují sebehodnocení. Přestože se ví o nepříznivých důsledcích užívání psychoaktivních látek – po určité době si droga začne více brát, než člověku dává – lidé se jich zcela nikdy nedokázali zříci, protože přinášejí rychlé a snadné uspokojení. Presl (1995) uvádí, že první kontakt člověka a drogy probíhá většinou už v dospívání, protože experimenty s drogami různého typu jsou u určité části současné mládeže v podstatě normou. V naprosté většině případů se o těchto experimentech rodiče dospívajícího nikdy nedozví, tudíž problém vlastně nikdy nenastane, ale pokud přeci jen dojde k pravidelnému braní drogy, objevují se postupně první, sledovatelné příznaky. Mezi ně se řadí osobnostní změny, změny emočního prožívání, změny v oblasti kognitivních procesů, změny chování a jednání (Vágnerová, 2008). Bergeret (1995) jako znaky společné drogově závislým uvádí ještě tyto rysy: vztahové obtíže, asociální chování, nedostatek libida, potíže s vlastní identifikací, problémy s rodinnými vztahy, nedostatek představ, negativní halucinace, vnitřní prázdnota a specifický vztah k vlastnímu tělu, kdy tělo není předmětem zvláštní pozornosti.

2.2 Příčiny vzniku závislostí

Příčinu závislostního chování nejde jednoznačně určit. Závislým se může stát každý člověk. Nebylo potvrzeno nic, co by jednoznačně prokazovalo predispozice pro vznik závislosti (Kalina, 2003). Bergeret (1995) však hovoří o skupině lidí, které můžeme označit jako osoby „inklinující“ k drogám. Ti jsou vystaveny většímu riziku, že se stanou závislými na farmakách nebo psychicky závislými. Příčiny vzniku závislostí souvisí s psychickými a fyzickými dispozicemi, sociálním a rodinným prostředím, ve kterém člověk nejen vyrůstal, ale i nadále žije, s věkem člověka, jeho

zkušenostmi, psychikou i s aktuálním zdravotním stavem (SANANIM, 2007). Faktory vzniku závislosti sahají od genetické transmise až po biochemické zvláštnosti organismu, mezi ty nejdůležitější však patří: osobnostní struktura daného člověka; prostředí a tolerance společnosti k návykovým látkám; druh drogy a její dostupnost a podnět neboli startér (Heller, 1996). Jiné vymezení faktorů vzniku se zakládá na tom, zda jsou rizikové či protektivní (neboli ochranné). Patří sem například činitele na úrovni rodiny, činitele na úrovni osobnosti, činitele na úrovni vrstevníků a příznivé nebo negativní vlivy v širším prostředí (Nešpor, 2000). Nešpor (2000) uvádí příklad z praxe, kdy celý život u jedince převládaly faktory protektivní, ale po náhlém úrazu se začaly měnit na rizikové, přidal se vliv vrstevníků a jedinec se poprvé dostává do kontaktu s drogou. Zmiňovanou teorii faktorů potvrzují i Göhler a Kühn (2001), kteří zkoumají třífaktorový model choroby, podle kterého u vývoje závislosti nelze hledat jen jednu příčinu, protože vždy jde o souhru faktorů z okruhů osoba – droga – prostředí. Míra převahy rizikových či protektivních faktorů má také za následek, že někteří lidé zvládnou užívat určité druhy drog, aniž by se na nich stali závislími (drogy užívají tzv. „rekreačně“). Jejich protektivní faktory jsou totiž výrazně silnější než faktory rizikové. Takovými faktory může být stabilní pocit sebehodnocení, uspokojivá činnost v povolání nebo angažované zájmy ve volném čase. V literatuře je také k tématu příčin často uváděn bio-psycho-socio-spirituální model závislosti

2.2.1 Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti

Jak již bylo zmíněno, příčiny drogových závislostí jsou velmi komplexní. Bio-psycho-socio-spirituální model (dále jen model) klade důraz na interakci biologických, psychologických, sociálních a spirituálních faktorů než na zdravotní obtíže, které byly způsobeny závislostí na alkoholu nebo drogách (např. onemocnění jater, slinivky atp.). Nezaměřuje se na etiologii, ale na identifikaci faktorů, které se zásadním způsobem podílejí na změně závislého chování. Tento model stanovuje, že nadměrné užívání alkoholu a jiných drog vede k velice negativním biologickým, psychologickým, sociálním a spirituálním důsledkům. S nimi se sdružuje úzkost, která provokuje další nadměrnou konzumaci, jež přináší ještě negativnější důsledky a vyšší úzkost. Vzniká tak bludný kruh, který užívání alkoholu a drog udržuje (Rotgers, 1999).

Biologická úroveň se zaměřuje na lidský mozek a vliv alkoholu a drog na jeho funkce. Když tyto škodlivé látky vstupují do chemického prostředí mozku, způsobují v něm hluboké změny, které doprovázejí podstatné pozitivní i negativní změny kognitivních

funkcí, afektů a chování (Rotgers, 1999). Kudrle (2003) také za biologické faktory považuje problematické okolnosti během těhotenství matky. Pokud byla matka závislá na návykových látkách a plod se s nimi setkával ještě před narozením, může dojít k fetálnímu alkoholovému syndromu.

Psychologická úroveň zkoumá souvislost psychogenních vlivů a faktorů pro rozvoj závislosti, které můžeme podle Kudrleho (2003) najít již v prenatálním a perinatálním období. Jde hlavně o psychické zážitky. Jestliže žena prožívá těhotenství z jakéhokoli důvodu jako stresovou záležitost, přenáší se tyto informace i na plod. Dalšími významnými faktory mohou být harmonický vývoj dítěte, přiměřené uspokojování jeho potřeb nebo třeba podpora v době dospívání. Rotgers (1999) se naopak zabývá dospělými klienty s již vzniklou závislostí a s jejich psychologickými obtížemi, které jsou drogami na jednu stranu způsobeny, ale na druhou stranu potlačovány, vzniká tak bludný kruh. Rotgers apeluje na odborníky, pracujícími s drogově závislými, aby očekávali a plánovali terapeutické aktivity tak, aby pracovaly s častými psychologickými problémy těchto klientů, jako jsou nízké sebehodnocení, stud, problémy s identitou a sebeporozuměním nebo třeba zášť vůči ostatním lidem.

Sociální úroveň řeší narůstající problémy s udržení uspokojujících sociálních vztahů alkoholiků a drogově závislých. Ve vztazích vzniká intenzivní emocionální stres, který obvykle vede k dalšímu užití drogy, která na počátku problémy ve vztazích způsobila. Je zřejmé, že bez léčby a intervence není možné tuto sestupnou spirálu zvrátit (Rotgers, 1999). Kudrle (2003) k této úrovni zmiňuje hlavně vliv rodiny na zrání a formování jedince. Život člověka bude ovlivňovat sociální zajištění rodiny, společenský status, rasová příslušnost, ale i to, zda jedinec vyrůstal na vesnici nebo ve městě a jestli vyrůstal ve společnosti závislých osob a je tudíž konfrontován s braním drog či pitím alkoholu již od dětství. Kudrle se zmiňuje i o nezastupitelné roli kolektivu kamarádů, do které řadí především zdravý a aktivní rozvoj vztahů, zájmovou činnost a vyrovnání se s autoritami.

Spirituální úroveň je poslední úrovní modelu a věnuje se vlivu návykových látek na duchovní život člověka. Mnoho závislých lidí popisuje intenzivní pocity odcizení, izolace, prázdnoty a ztráty smyslu života (Rotgers, 1999). Kudrle (2003) uvádí, že tuto úroveň nejvíce zpopularizovali Anonymní alkoholici. Hovoří o vztahu k Vyšší moci, která má pomoci obnovit zdraví a navrátit smysl životu. Pojem spirituální ovšem

odlišují od pojmu náboženství v tradičním pojetí, protože cílem není účast v nějaké konkrétní církvi, ale jen přímý prožitek Božství.

2.3 Typy závislostí

Většina autorů jako Vágnerová, Göhlert, Kühn nebo kolektiv autorů SANANIM se ve svých publikacích shoduje na dvou typech závislosti. Prvním z nich je závislost somatická a druhým je závislost psychická.

Somatická závislost neboli tělesná závislost je definována jako stav adaptace biologických funkcí organismu na příslušnou psychoaktivní látku, někdy doprovázený zvyšující se tolerancí. Po vysazení drogy se projevuje abstinčním syndromem, který může mít různé příznaky, ale téměř vždy zahrnuje neklid, napětí, zvýšené pocení nebo třes (Vágnerová, 2008). Fenomémem tolerance se zabývají Göhlert a Kühn (2001), kteří tělo závislého jedince přirovnávají k „biochemickému hospodářství“, které může fungovat jen s drogou (substancí). Chybí-li substance, hospodářství se hroutí a dochází k již zmiňovaným abstinčním příznakům. Somatickou závislost je možné s přiměřenou lékařskou péčí překonat v poměrně krátkém časovém úseku, a to třeba během dvou až čtyř týdnů.

Závislost psychická se projevuje obtížně přemožitelnou touhou vzít si svou dávku drogy, potřebou užívat ji opakovaně a přesvědčením, že pokud by to neudělal, bude se cítit špatně. Úzkost a podrážděnost v tomto případě způsobuje i pouhá myšlenka na to, že by jedinec svou dávku neměl (Vágnerová, 2008). Tato touha po látce vzniká kvůli jejímu euforizujícímu, stimulujícímu, povzbuzujícímu nebo naopak tlumivému a halucinogennímu účinku. V mozku vzniká určitý druh takzvané návykové paměti, která se vytváří po častějším užití drogy, proto se psychické závislosti, na rozdíl od fyzické, jedinec nemusí zbavit celý život (Göhlert, 2001). Právě z tohoto důvodu vznikají léčebná zařízení, jako jsou například terapeutické komunity, které nabízejí dlouhodobou léčbu, protože překonání psychické závislosti vyžaduje mnohem více než pevnou vůli. K jejímu zvládnutí je potřeba mnoho měsíců, někdy i let (SANANIM, 2007).

2.4 Zdravotní komplikace drogově závislých osob

Drogová závislost má bezpochyby velký vliv na život člověka, tudíž i na jeho zdraví a to jak fyzické (somatické), tak psychické. Komplikace se u každého jedince mohou samozřejmě lišit, záleží na tom, v jaké kondici byl daný člověk, než začal s pravidelným užíváním drog a i na konkrétním druhu drogy. Co se týče **somatických komplikací** u lidí závislých na alkoholu, míra poškození organismu závisí na množství zkonsumovaného alkoholu, což znamená na denní dávce, frekvenci pití a době trvání a na individuální vnímavosti, která je dána rodovou dispozicí, prodělanými nemocemi atd. Prvním orgánem, který bývá nadměrným užíváním alkoholu poškozen, jsou játra, jelikož v nich probíhá odbourávání etanolu. Dalšími orgány, které trpí chronickou expozicí alkoholu jsou slinivka břišní, trávicí ústrojí, ledviny, srdce a dýchací systém. Bez následků však nezůstává ani kůže a skelet (Heller, 1996). Aktivní užívání nealkoholových drog s sebou nese výrazně vyšší riziko otrav, úrazů nebo infekcí, které vznikají kvůli používání nesterilních pomůcek, nesterilní přípravě drog, vzájemnému půjčování jehel, sexuální promiskuitě nebo nedostatečné hygieně. Drogy mají vliv také na orgány a mohou způsobit poškození cévního systému, dýchacího systému, centrálního nervového systému, ale i očí nebo ledvin (Minařík, Hobstová, 2003). Špatné hygienické návyky mohou způsobit u drogově závislých osob onemocnění hepatitidou různého typu, avšak nejzávažnějším a asi nejznámějším onemocněním spojeným s drogami je AIDS. Podle Presla (1995) jsou nejrizikovější skupinou lidé, kteří si drogu píchají do žil. Z tohoto důvodu začaly vznikat programy na výměnu jehel a stříkaček jako forma terciální prevence. Nešpor (2000) upozorňuje na vyšší riziko zdravotních komplikací u jedinců, kteří užívají jakékoli drogy ve vyšším věku, jelikož jejich odolnost vůči návykové látce s věkem klesá. Na jednu stranu může být pokles odolnosti výhodou, protože související nepříjemné pocity mohou zvyšovat motivaci k tomu, aby člověk s drogou přestal, na druhou stranu však tento pokles přináší větší riziko těžkých intoxikací. Důležité je také zmínit riziko kombinování drog s léky, kterými jsou lidé vyššího věku mnohdy léčeni například kvůli cukrovce, vysokému krevnímu tlaku nebo onemocněním srdce. Kombinace těchto léků a drog může způsobit závažné komplikace nebo otravy.

Psychologické komplikace drogově závislých mohou být někdy považovány za pouze okrajový problém, avšak ředitel americké National Institute on Drug Abuse (NIDA) říká, že 30-60 % osob zneužívající návykové látky trpí souběžně probíhající

duševní poruchou. U dospívajících závislých je dokonce pětikrát větší riziko vzniku posttraumatické stresové poruchy než u jejich vrstevníků, kteří závislí nejsou. Většina duševních poruch zvyšuje riziko problémů s návykovými látkami a komplikuje tak jejich prevenci a léčbu. Mezi nejčastější psychologické poruchy spojené s alkoholismem nebo toxikomanií patří například poruchy příjmu potravy, deprese, disociální porucha osobnosti, narcistická porucha nebo patologické hráčství (Minařík, Hobstová, 2003). Tématice drog a psychóz se věnují i Göhlert a Kühn (2001), kteří uvádějí, že psychotické syndromy vykazovali mladí konzumenti drog již v první drogové vlně koncem 60. let. Psychózy a jejich projevy se liší podle konkrétního druhu drogy, proto je více k této tématice uvedeno v následující kapitole Přehled návykových látek.

2.5 Přehled návykových látek podle MKN-10

Návykové látky se klasifikují podle mezinárodní klasifikace MKN-10 (2013), která byla vydána WHO (Světovou zdravotnickou organizací) a platí pro většinu evropských zemí. Klasifikace klade důraz na craving (bažení) a do závislostního chování řadí kromě alkoholu a drog i další závislosti, jako je například patologické hráčství, gamblerství, workoholismus, závislost na technologiích, závislosti na sexu, ale také poruchy příjmu potravy. Problematika alkoholu a drog spadá pod Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99) a konkrétněji se jedná o Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10-F19).

- F10 – užíváním alkoholu
- F11 – užíváním opioidů
- F12 – užíváním kanabinoidů
- F13 – užíváním sedativ a hypnotik
- F14 – užíváním kokainu
- F15 – užíváním jiných stimulačních látek (včetně kofeinu)
- F16 – užíváním halucinogenů
- F17 – užíváním nikotinu (tabáku)
- F18 – užíváním organických rozpouštědel
- F19 – užíváním více látek a jiných psychoaktivních látek (nové syntetické drogy)

Krátký přehlednější popis návykových látek pokračuje v následujících kapitolách.

2.5.1 Alkohol

Alkohol vzniká chemickým procesem kvašení ze sacharidů – buďto z jednoduchých cukrů obsažených v ovoci nebo polysacharidů z obilných zrn nebo brambor. Alkoholy tvoří z chemického hlediska celou skupinu látek, z nichž ethylalkohol druhý nejjednodušší, převzal mezi laiky jméno celé skupiny. Při nedokonalých chemických procesech (např. domácí výroba destilátů) vzniká směs ethylalkoholu s nejnižším alkoholem, metylalkoholem (metanol), který je silným nervovým jedem se selektivním působením na oční nerv, což vede k oslepnutí. (Kalina, 2003)

Janík (1990) uvádí, že alkoholismus patří mezi nejzávažnější a nejrozšířenější formy návyku. Lze o něm hovořit tehdy, dosáhne-li závislost na alkoholu (dříve známá pod názvem alkoholová toxikomanie) takového stupně, že škodí buď jednotlivci, společnosti nebo oběma. Nadměrné a soustavné požívání alkoholu způsobuje cirhózu, což je jedna z hlavních příčin úmrtí. V Evropě se alkohol stal drogou, která je na prvním místě ve zneužívání a vytváření závislosti. Příčinou požívání alkoholických nápojů je ethylalkohol, který patří mezi psychotropní látky, tj. takové, které výrazně ovlivňují vyšší nervovou činnost člověka. Už po malém množství alkoholu jsou patrné jeho účinky na rychlost reakcí, koordinaci pohybů, úsudek, rozhodování. Alkohol oslabuje vnímání bolesti, odstraňuje zábrany, jeho užití vede i ke vzrušeným emocionálním projevům nebo agresivitě (SANANIM, 2007). Z medicínského hlediska se obvykle rozlišuje úzus, který znamená požívání alkoholu při různých společenských událostech nebo jako doplněk jídla. Dalším stupněm je abúzus, který je charakterizován jako zneužívání či nadměrné užívání nebo užívání v nevhodnou dobu a v nevhodném množství (Janík, 1990). Nešpor (1999) pracuje s teorií, že mezi lidmi závislými na alkoholu se častěji vyskytují jedinci, kteří vykonávají konkrétní povolání (např. stavební dělník, lékař, číšník nebo policista), při kterém mají určitou zátěž, ať už zátěž z odpovědnosti, osamělosti nebo směnného provozu. Z tohoto důvodu začaly velké firmy v USA organizovat rozsáhlé preventivní programy, což se následně ujalo i v Evropě.

2.5.2 Opioidy

Opioidy jsou takto nazývány proto, že se jedná o alkaloidy (přírodní látky zásadité povahy) získávané ze surového opia. To získáme, nařízeme-li nezralou makovici (papaver somniferum), začne z ní vytékat žlutozeleně zbarvená šťáva, která na

vzduchu zasychá v hnědou, beztvárovou hmotu (Kalina, 2003). Opium obsahuje celou řadu alkaloidů, mezi základní patří morfin a kodein. Oba byly postupně ze surového opia chemickou cestou izolovány a z obou byly později připraveny ještě účinnější deriváty – z kodeinu takzvaný **braun** a **dikodid**, z morfinu pak diacetylmorfin známější pod názvem **heroin**. Jako další můžeme uvést papaverin, thebain, meconidin. Opioidy se v lékařství používají jako nejsilnější léky proti bolesti nebo jako léky proti kašli, protože tlumí kašlací reflex (Presl, 1995). John (1995) se domnívá, že opioidy jsou skupinou drog, které nelze užívat rekreačně, jelikož tělo si na ně rychle zvyká. Závislost na heroinu popisuje tak, že zpočátku ho jedinec užívá, aby nevnímal své problémy, byl nad věcí a aby mu bylo lépe než ostatním. Jakmile se však objevuje první stopy fyzické závislosti, bere heroin proto, se jím vyhnul. Největší úskalí vidí John v tom, že postupná tolerance těla nutí jedince zvyšovat dávky, aby dosáhl stejného účinku jako na začátku. Z tohoto důvodu většina uživatelů heroinu přechází na nitrožilní užívání.

2.5.3 Kanabinoidy

Konopí seté (*cannabis sativa*) je jednoletá dvoudomá rostlina. Existují její různé formy lišící se obsahem pryskyřice a množstvím účinné látky – THC (tetrahydrocannabinol). Pochází z Indie a jedná se o nejstarší rostlinu pěstovanou pro její psychotropní účinky. (Presl, 1995) Na černém trhu se vyskytují a jsou zneužívány dvě základní formy této drogy: marihuana a hašiš. **Marihuana** představuje název pro sušené květenství a horní lístky ze samičí rostliny konopí. **Hašiš** je konopná pryskyřice obsahující malý obsah květenství a drobných nečistot. (Kalina, 2003). Po užití marihuany dochází u jedince k poruše vnímání času a poruše krátkodobé paměti. Nastupují pocity blaženosti a euforie, typický je bezdůvodný, neutišitelný smích. Z fyzických příznaků intoxikace lze uvést zvýšenou chuť k jídlu, sucho v ústech a zarudnutí očí (SANANIM, 2007). Trvalý i jednorázový konzum konopí může u některých jedinců, kteří nejsou psychicky stabilní vyvolat i psychotické epizody (Göhlert, 2001). U vysokých dávek hašiše jsou popisovány bohaté zrakové halucinace ve stavu útlumu až polospánku. Od bojovníků protidrogové prevence je možno slyšet, že hlavním rizikem tzv. lehkých drog, a tedy i marihuany, je to, že jsou „vstupní branou“ do světa drog tvrdých. (Presl, 1995)

2.5.4 Sedativa a hypnotika

Léčiva z této skupiny způsobují zklidnění centrální nervové soustavy, často provázené i zmírněním stavů úzkosti. Tento útlum je způsoben vyššími dávkami sedativ

a navozuje stav podobný přirozenému spánku. V takovém případě se hovoří o hypnotikách, ale ostře definovaná hranice mezi sedativy a hypnotiky neexistuje. Pro tuto skupinu látek je charakteristická postupně na dávce závislá deprese. Dávky těchto léčiv vyšší než ty, které jsou potřebné k navození spánku, mohou vést k celkové anestezii nebo k útlumu respiračních a vazomotorických center a tím pádem i ke kómatu, v krajních případech až ke smrti (Hampel, 2002).

2.5.5 Kokain

Kokain je nejvýznamnější alkaloid, obsažený v listech jihoamerické rostliny koka, kterou domorodci dříve žvýkali. Je užíván hlavně pro své stimulační účinky na centrální nervovou soustavu, vzniká po něm pocit zvýšené svalové síly, bystrosti a povznesené nálady (Janík, 1990). Pokud se kokain upraví tak, aby se dal kouřit, nazývá se crack, jehož kouření má na rozdíl od šňupání kokainu okamžitý a razantní efekt (Presl, 1995).

2.5.6 Jiné stimulační látky

Stimulační droga číslo jedna je bezpochyby metamfetamin – **pervitin**. Je zástupcem širší skupiny amfetaminových drog. Jeho výroba není příliš složitá, tudíž je často spojen s „domácí“ výrobou. Jako vstupní produkt slouží stimulační látka efedrin, který je obsažen v různých lécích. Často se neprodává čistý a jsou do něj přidávány příměsi, což ještě zvyšuje riziko poškození organismu (Presl, 1995). Jeho trvalým užíváním může vést k takzvaným paranoidně-halucinačním stavům, které se vyznačují velkým neklidem, klamáním smyslů a pocitem možného ohrožení (Göhlert, 2001). Dalším zástupcem této skupiny je droga **MDMA** nebo **extáze**. Extázi se často přezdívá droga lásky nebo taneční droga. Po jejím užití lze zaznamenat velký příval energie, odhození zábran a touhu komunikovat s ostatními, proto je vyhledávána zejména mladými lidmi, kteří žijí nočním životem. Mezi její rizika patří možná otrava jedy, jelikož složení tablety nelze odhadnout a pak také předávkování a dehydratace (Portál Návykové látky, 2017).

2.5.7 Halucinogeny

Halucinogeny jsou skupinou látek, přírodních nebo syntetických, které mají vliv zejména na vnímání. Už od nepaměti je tato skupina drog spojena s náboženskými rituály. Nejznámějším zástupcem halucinogenů je **LSD**, které je nebezpečné zejména z důvodu nevypočitatelnosti účinků, ale také z rizika vzniku latentní psychózy. Dalším

zástupcem je **psilocybin**, který je obsažen v houbě lysohlávce české, která se suší nebo nakládá a konzumují se pouze její hlavičky (Presl, 1995).

2.5.8 Nikotin

Kouření (tabakismus nebo nikotinismus) patří do odlišné oblasti společenských negativních jevů. Je nutné podotknout, že lidé závislí na cigaretách, netrpí závislostí pouze na nikotinu, ale i na dalších látkách, které jsou v tabáku obsaženy a mají svůj velký podíl na poškozování organismu. Kuřáci mohou mít poškozené plíce, srdce, cévní systém a zvyšuje se u nich riziko úmrtí na arteriosklerózu. Dlouhodobé a nadměrné kouření však může způsobit i psychické obtíže jako jsou nesoustředěnost, nervozita, sklony k výbušnosti atp. (Janík, 1990)

2.5.9 Organická rozpouštědla

Těkavé látky se vyznačují narkotickým účinkem, snadno dochází k předávkování, rozpouštějí v těle látky tukové povahy (molekuly bílkovin), proto při pravidelném užívání poškozují mozek, s tím souvisí úbytek rozumových schopností, ale také ledviny, játra nebo kostní dřeň. Nejznámějšími zástupci jsou **toulen** a **aceton**, používají se k ředění barev a jsou volně k dostání v drogeriích. Dalšími volně dostupnými zástupci jsou chemopren a styrofix, spadající do kategorie lepidel (SANANIM, 2017).

2.5.10 Kombinovaná závislost a nové syntetické drogy

Pojmem nové syntetické drogy se označuje skupina látek, kterou lze na drogové scéně nalézt stále častěji, neboť se ilegální výrobci snaží obejít stávající legislativu a vyrobit psychoaktivní látku, která by doposud nefigurovala na seznamu ilegálních substancí. Jejich nebezpečí spočívá právě v tom, že droga není dostatečně vyzkoušena a neví se, jaké může mít účinky. Většina informací o účincích pochází pouze ze sdělení experimentátorů, kteří své zkušenosti sdílí například na internetu (Prev-centrum, 2017).

2.6 Vymezení dopadů závislosti na osobní a pracovní život jedince

O fyzických a psychických komplikacích spojených se závislostí toho bylo napsáno mnoho, ale vždy se toto téma týkalo samotného jednotlivce, jeho těla a jeho vlastní psychiky. Člověk je však tvor společenský a ve chvíli, kdy se stává závislým, bohužel neovlivňuje jen sebe, ale i svou rodinu, přátele a nejbližší. Komplikace

v osobním a pracovním životě se mohou u závislých mužů a žen poněkud měnit vzhledem k jejich sociálním rolím.

Faktem zůstává, že alkohol a drogy přinášejí do společného života rodiny a do pracovního života jedince nestabilitu a zmatky. Závislost působí určité problémy, ze kterých má daný jedinec nepříjemné pocity, které řeší právě alkoholem nebo drogou a vzniká tak začarovaný kruh (Nešpor, 1992). Ztráta zaměstnání bývá většinou první negativní a smutnou zkušeností po tom, co se člověk stal závislým. K výpovědi zaměstnavatele vede změna chování jedince, kterou už nelze přehlédnout. V důsledku závislosti dochází ke snížené schopnosti soustředit se, nekontroluje své výstupy, stává se nespolehlivým a mnohdy přestává dbát na svůj zevnějšek (Psychické zdraví, 2017).

Co ty se týče rodiny, tam je celá situace těžší. Manželka či partnerka závislého člověka si téměř vždy prochází cestou plnou omylů a iluzí o možnostech svého vlastního vlivu. Na počátku je typické popírání nebo bagatelizování závislosti partnera, později nestupuje nějaké „řešení“ v rámci vlastních omezených možností, které zahrnuje domlouvání, prosby i vyhrožování rozchodem. Další etapa je charakteristická izolací celé rodiny od společnosti, která je však nejen neúčinná, ale celou situaci může i zhoršit. V poslední etapě se žena začíná od svého muže distancovat i veřejně a teprve v tomto stádiu se snaží aktivně vyhledat odbornou pomoc. Čím delší je tato cesta, tím je samozřejmě větší negativní dopad na celou rodinu a děti (Šedivý, 1988). Situace se závislými matkami a manželkami, u kterých mohou alkohol a drogy zastínit smysl pro rodičovské povinnosti je poněkud složitější. Léčba těchto pacientek je složitější, jelikož k ní dochází až v pozdějších, rozvinutých stádiích, kdy jsou škody na psychosomatickém zdraví i selhání v sociální sféře markantní. Je tomu tak proto, že ženy celkově umí více své problémy maskovat nebo jsou doma delší dobu samy, tudíž si manžel nemusí dlouhou dobu všimnout, že se žena stává závislou. V praxi se ukazuje, že riziko sociálně patologického poškození dětí v rodině se závislou matkou je vyšší, než bude-li se takto chovat otec (Válková, 1988). Další problémy v osobním životě závislých se mohou týkat sexuální sféry, jelikož dlouhodobé užívání alkoholu nepříznivě působí na pohlavní žlázy i na příslušné hormony. Jednou z nejčastějších příčin impotence středního a vyššího věku je kromě alkoholu kouření (Nešpor, 1992).

2.7 Léčba drogových závislostí

Vágnerová (2008) uvádí, že snaha léčit závislost na psychoaktivních látkách se objevila až v 19. století. Tato léčba je velice obtížná, dlouhodobá a její efekt nebývá vždy uspokojivý. Existuje velmi málo údajů o četnosti těch, kteří dokázali natrvalo abstinovat. Značná část závislých lidí nevydrží zátěž omezení a začne s drogami znovu. Nezbytným předpokladem k léčbě je motivace a ochota spolupracovat. Cíl léčby je třeba stanovit vzhledem k reálným možnostem každého klienta. Podle Kaliny (2003) je cílem léčby závislých změna, která přináší zlepšení zdraví a kvality života na nejvyšší možnou míru. Heller (1996) není tak obecný a do cílů léčby řadí hlavně nutnost odstranění drogy z organismu, obnovení a rehabilitaci somatických a psychických funkcí organismu, přijetí a stabilizaci nového životního stylu, dodržování abstinence a resocializaci.

V České republice lze nalézt různé typy zařízení k léčbě závislostí nebo zařízení, která sice léčbu jako takovou neprovádějí, ale mohou lidem se závislostí poradit a pomoci. Kalina (2003) do výčtu jednotlivých typů zařízení zařazuje: terénní programy, kontaktní centra, ambulantní lékařskou péči, ústavní lékařskou péči, detoxifikační jednotky, programy střednědobé ústavní léčby, terapeutické komunity, programy následné péče, doléčovací programy a programy metadonové a jiné substitute. **Terénní programy** nebo terénní práce stojí na pomyslném začátku v systému péče o drogově závislé. Často jsou vůbec první službou, se kterou se závislý jedinec setkává. Cílovou populací jsou tedy klienti, kteří nemají motivaci službu sami vyhledat a řešit své zdravotní, sociální, psychické či právní problémy. Cílem terénních programů je minimalizovat negativní důsledky užívání drog nejen pro samotné uživatele, ale i pro celou společnost (Hrdina, Korčišová, 2003). Terénní programy jsou jednou z forem kontaktní práce nízkoprahových **kontaktních center**. Tato centra usilují o změnu rizikového chování uživatelů drog a snaží se je motivovat ke změně životního stylu. Klientům nabízí bezplatně speciální adiktologické služby (výměnný program injekčních stříkaček, detoxifikace nebo předléčebné poradenství), zdravotnické služby (základní ošetření, testy na infekční choroby) a sociální služby (trestně-právní poradenství, osobní asistence, krizová intervence nebo poradenství pro rodinu, přátele a partnery drogou ohrožených nebo uživatelů) (Libra, 2003). **Ambulantní léčba** probíhá ve specializovaných zařízeních a ordinacích, přičemž jejich ordinační hodiny jsou přizpůsobeny tak, že nevyžadují pracovní neschopnost. Tato forma léčby má

nepochybně svoje výhody, ale ne každý závislý uživatel ji zvládne. Pokud se člověk i přes ambulantní léčbu vrací k drogám, měl by uvažovat o léčbě ústavní (Nešpor, 1992). **Ústavní léčba** znamená dlouhodobý pobyt (minimálně 4 – 6 týdnů) na nemocničním lůžku. Cílem je detoxifikace, což znamená odstranění drogy z těla a také odstranění následků způsobených drogou v organismu. Tato léčba je vhodná pro klienty s chronickou formou závislosti jako forma první pomoci a ochrany zdraví (Heller, 1996). Jednou z forem ústavní léčby je i **střednědobá ústavní léčba**, která je vymezena trváním 3 – 6 měsíců a je poskytována některými psychiatrickými léčebnami. **Detoxifikační jednotky** byly zřízeny pro klienty, u nichž by nebyla bezpečná detoxifikace v domácím prostředí, ale nevyžadují intenzivní péči v jiném léčebném zařízení, jako je třeba ARO (Nešpor, 2003). V **terapeutických komunitách** se provádí terapie, která se zaměřuje na vývoj osobnosti, emoce, na chování, duchovní rozměr a etiku, k čemuž lze využít i biblioterapii, proto je terapeutickým komunitám a práci v nich věnována samostatná kapitola. Protože pro jedince, kteří si prošli léčbou závislosti, může být těžké zařadit se zpět do běžného života a dodržet abstinenci, mohou využít **následné péče a doléčovacích programů**, které se zaměřují na psychoterapii, prevenci recidivy, sociální práci, lékařskou péči a práci s rodinnými příslušníky. Mimo to také nabízejí různé volnočasové aktivity, chráněná pracovní místa a rekvalifikaci (Kuda, 2003). Jako poslední v léčbě a péči o závislé figurují substituční metadonové programy. **Substituční léčba** se využívá u pacientů závislých na opiátech. Pacientům se místo drogy podává lékařsky předepsaná látka, která má stejné účinky, ale menší rizika, aby se zabránilo abstinčním příznakům. Jejím cílem je eliminování šíření a užívání ilegální drogy a eliminace škodlivých forem podávání drog. V Evropě byla tato léčba poprvé uvedena na trh v roce 1960 a od té doby se velmi rozšířila a začala používat v mnoha státech. Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (anglická zkratka EMCDDA) zaznamenalo největší rozšíření substituční léčby v roce 1980 především v reakci na velký rozmach závislých uživatelů heroinu a s tím spojené rozšíření viru HIV. Nejvíce užívanou substitucí v EU je zcela jistě **metadon**, ale mimo něj lze užívat i buprenorfin nebo dihydrokodein (Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union, 2000).

2.7.1 Terapeutické komunity

Terapeutická komunita je „zvláštní formou intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti, většinou různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí a kromě skupinových sezení sdílejí další společný program s pracovní a jinou různorodou činností, což umožňuje, aby do tohoto malého modelu společnosti promítali problémy ze svého vlastního života, zejména své vztahy k lidem“ (Kratochvíl, 1979, citovaný podle Kaliny, 2008, s. 17). Kalina, Adameček a Richterová-Těmínová (2003, s. 201) charakterizují terapeutickou komunitu jako „specializované rezidenční pobytové zařízení, zaměřené na léčbu vedoucí k abstinenci a na sociální rehabilitaci, které poskytuje střednědobou a dlouhodobou odbornou péči v trvání 6 – 18 měsíců“. Mezi společné rysy terapeutických komunit lze uvést „aktivní podíl pacientů na léčení, vytvoření dobré komunikace na všech úrovních, podíl na rozhodování, kolektivnost a využívání sociálního učení, při kterém dostává člen komunity bezprostřední zpětnou informaci o tom, jak působí jeho chování na druhé“ (Nešpor, 2000, s. 93). První pokus o založení terapeutické komunity se uskutečnil ve Velké Británii v roce 1941 na nemocničním oddělení s demoralizovanými a nedisciplinovanými neurotickými vojáky. Od té doby se ukazuje, že dobře fungující terapeutická komunita je užitečná v léčbě duševních problémů, ale i závislosti na návykových látkách (Nešpor, 1996).

Kratochvíl (2005) odlišuje terapeutické komunity v širším smyslu a v užším smyslu. „Terapeutická komunita v **širším slova smyslu** je systém organizace léčebného oddělení, ve kterém se podporuje všestranně otevřená komunikace a v němž se na rozhodování podílejí všichni členové týmu i pacienti. Významnou složkou této formy organizace jsou schůzky personálu s pacienty, při nichž dochází k výměně informací a k projednávání problémů ve vzájemných vztazích. Terapeutická komunita v **užším slova smyslu** je psychoterapeutickou metodou, při které se využívají modelové situace malé společenské skupiny k projekci a korekci maladaptivních interpersonálních stereotypů prožívání a chování. Při společném soužití pacientů v každodenním bezprostředním styku, kdy jsou zajištěny různorodé činnosti a možnost diferencování rolí, poskytují vzájemné interakce, problémy a konflikty určitý materiál, na němž se pacienti učí poznávat svůj podíl ve vytváření, udržování a opakování svých životních problémů. Současně si mohou osvojovat nové, diferencovanější a přizpůsobivější formy chování“ (Kratochvíl, 2005, citovaný podle Kaliny, 2008, s. 17). Smyslem terapeutických komunit je zcela jednoznačně životní změna. Proto je její prostředí

navrženo tak, aby síť vztahů, vzorce interakce, pravidla, role a hodnoty navodily pozitivní změny u jednotlivých účastníků (Kalina, 2008). V týmu zaměstnanců terapeutických komunit lze nalézt pracovníky s různým vzděláním, ať už jde o psychoterapeutické, speciálně pedagogické, lékařské nebo sociální (Kalina, 2000).

Stejně jako každá sociální skupina, má i terapeutická komunita svoje **pravidla**, která musejí všichni klienti bez výjimky dodržovat. Každá komunita si je vytváří sama dle potřeby, tudíž se mohou v některých oblastech lišit, princip je však u většiny komunit stejný. Po přečtení pravidel na webových stránkách několika terapeutických komunit z České republiky a ze Slovenska jsem vytvořila přehled několika pravidel, ve kterých se komunity shodují:

- důsledného dodržování léčebného programu
- důsledné dodržování denního režimu
- konkrétní povídání o svém problému (např. o pití, drogách)
- dodržení mlčenlivosti o ostatních klientech komunity
- psaní deníku
- aktivní zapojení se do práce i sportu
- poslouchání názorů jiných, přemýšlení o nich a dělání vlastních rozhodnutí
- být upřímný k sobě i k ostatním členům komunity
- neodsuzování ostatních členů komunity

S myšlenkou první terapeutické komunity pro drogově závislé v České republice přišlo koncem roku 1990 sdružení SANANIM z důvodů narůstající klientely. V lednu 1991 byla tato komunita otevřena v Němčicích u Volyně v jižních Čechách. V současné době je na území České republiky podle Mapy členských a spolupracujících komunit cca 15 terapeutických komunit.

2.7.2 Uvědomění si nutnosti abstinence a nebezpečí recidivy

Poté, co jedinec nějakou dobu abstínuje, může se mu zdát, že má svou závislost pod kontrolou a že nemůže vadit, pokud si dá jedno pivo, jednu cigaretu či něco horšího. V případě, že tak učiní a po období abstinence znovu sáhne po návykové látce, hovoříme o **recidivě**. Nešpor (1992) upozorňuje na to, že recidiva se nesmí podcenit, ale ani přecenit. Na počátku recidivy si hodně klientů říká, že když se jednou napili, tak se nic neděje a svůj problém bagatelizují, jenže postupem času se jim závislost opět vymyká z rukou. Kdyby si dopady recidivy uvědomovali včas, mohli by si ušetřit

leckteré nepříjemnosti. Na druhou stranu však recidiva pro závislého nesmí neznámenat, že jeho předchozí snaha byla zbytečná. Některým klientům naopak recidiva pomůže uvědomit si důležitost abstinence.

Aby klient recidivě předešel, je vhodné dodržovat určitá pravidla, která mu mohou pomoci. Například doléčovací programy výrazně zvyšují úspěšnost léčby. V rámci doléčovacího programu může klient požádat o pomoc se svými psychickými i sociálními problémy jako je zaměstnání, bydlení, splácení dluhů atp. Pro abstinující klienty není vhodné scházet se s bývalými přáteli, kteří pořád drogy berou a vracet se do prostředí, kde se bere nebo s nímž má klient zkušenost z doby, kdy drogy bral. Normálním projevem po odchodu z léčby je přechodná zesilující se chuť na drogu. Tyto chutě postupem času odezní a budou méně intenzivní, ale klient se na ně může lépe připravit tak, že si začne všimát, v jakých chvílích se objevují. Bývalý uživatel by měl též vědět, že kromě užívání té konkrétní drogy, kvůli které se léčil, by se měl vyhýbat jakýmkoli jiným návykovým látkám. Jejich nadměrné užívání může mít za následek to, že klient v podstatě jen vymění jednu závislost za druhou nebo dojde k prolomení zábran a recidivě k původní droze (SANANIM, 2007).

3 Biblioterapie

Biblioterapie patří mezi expresivně – formativní druhy terapie (= terapie, které využívají pro vyjádření – expresi – i jiné formy než verbální, například tanec, dramatické scénky, psaní básní atp.), které se začaly vyčleňovat z psychoterapie přibližně v padesátých letech 20. století. V té době se vytvářela a formovala celá řada různých terapií, které se začaly nazývat podle prostředků zdrojů, které při svém působení využívaly. Samotný termín **biblioterapie** vznikl spojením řeckých slov *biblion* (= kniha) a *therapeia* (=léčit, je nutné zmínit, že v antickém Řecku nemusela terapie znamenat pouze medicínskou pomoc, ale právě také léčení pomocí básní nebo třeba hudby). Biblioterapie tedy využívá při své terapeutické intervenci především psaný text. V užším speciálně pedagogickém kontextu jde především o text smysluplný. Tj. opírá se zejména o sématické obsahy slov, významová poselství odstavců a kapitol a sdělení, která z vybraných textů vyplývají (Svoboda, 2014). Mnoho lidí se mylně domnívá, že biblioterapie znamená přečíst si knihu a zázračně se uzdravit, realita ovšem stojí na hlubších základech a na dlouhodobém působení na klienta během terapeutických sezení. Termín je také často spojován s Biblií, což je též mylná informace

Websterův mezinárodní slovník z roku 1961 pod heslem biblioterapie uvádí, že „jde o využití vybraných materiálů na čtení jako léčebné pomůcky v medicíně a psychiatrii a poradenství při řešení osobních problémů prostřednictvím usměrněného čtení“ (Pilarčíková – Hýblová, 1997, s. 11). Podle jedné z hlavních představitelk biblioterapie na Slovensku Kataríny Majzlanové biblioterapie znamená „záměrné, systematické, a cílevědomé terapeutickovýchovné působení jednotlivými složkami literárního projevu na postižené, narušené, ohrožené a nemocné jednotlivce tak, aby napomohlo zlepšit anebo upravit jejich celkový stav ve smyslu zmírnění anebo eliminace problémů v chování a žití“ (Majzlanová, 2011, citována podle Svobody, 2014, s. 198-199). Shoduje se s ní i Valešová Malecová (2015), která biblioterapii charakterizuje jako metodu, která záměrně, systematicky a cílevědomě využívá různé formy práce s literárním textem a vlastní literární tvorbu k terapeutickým cílům. Smyslem biblioterapie je reflexe prožívané situace na pozadí četby knihy, při níž dochází u klienta k uvolnění, vhledu, uvědomění si významu prožívané situace, k jejímu přijetí, vyrovnání, k obnově radosti ze života, podpoře osobní spokojenosti apod. Jedná se o pozitivní ovlivnění psychosomatického stavu pacienta, posílení psychické

odolnosti, vyrovnanosti, kreativity, fantazie a komunikačních schopností (Raudenská, 2010). V literatuře lze najít kromě pojmu biblioterapie i pojmy bibliopsychologie a bibliopedagogika. V práci s těmito pojmy pracovat nebudu, ale pro úplnost uvádím jejich definice. „Bibliopsychologie se zabývá vlivem četby na duševní život člověka a vztahem čtenáře a knihy a bibliopedagogika se zabývá se edukačním potenciálem knihy a četby a zkoumá specifické metody práce se čtenáři“ (Svoboda, 2014, s. 201).

3.1 Formy biblioterapie

Pilarčíková – Hýblová (1997) uvádí, že se biblioterapie realizuje v různých formách, například ve formě **individuální**, která se zaměřuje na jednotlivce. Uplatňuje se u klientů, kteří disponují určitým čtecím návykem. Využívá se při řešení konkrétního problému u konkrétního klienta. Je tedy vhodná v případě, že se jedná o choulostivý problém, případně ve chvíli, kdy by pro různé komunikační zábrany či jiné důvody nebylo možné začlenit jedince do skupiny. Zpravidla se jedná o práci terapeuta s klientem. Vášová (1995) o individuální metodě uvádí, že může být časově náročná, ale při pečlivém vedení je velice účinná. Upozorňuje na to, že v individuální terapii se musí dávat velký pozor na výběr vhodné literatury pro klienta. Terapeut si musí všimnout jeho reakcí na četbu a jeho zájmu o určité knihy. Vhodnému výběru může někdy napomoci rozhovor o zájmech, přáních a čtenářských požadavcích. Další forma je **skupinová**, která se uskutečňuje s malou sociální skupinou, kterou tvoří více než dva klienti (obvykle 15-25 osob). V ideálním případě může využívat skupinovou dynamiku a vzájemné působení mezi účastníky střetnutí (Pilarčíková – Hýblová, 1997). Tato forma by měla poskytovat dobrou atmosféru, která se vytvoří právě interakcí mezi členy skupiny a mezi terapeutem. Pokud jsou podmínky příznivé, klienti překonají emocionální izolaci a budou mít snahu si navzájem pomoci (Vášová, 1995). Skupinová terapie se ještě dělí podle toho, zda je daná skupina uzavřená či otevřená. Uzavřená skupina po dobu terapeutické práce nepřijímá nové členy, což je výhodné v tom, že se zachová kontinuita práce, atmosféra mezi členy je důvěrná a jejich vzájemné vztahy procházejí určitým vývojem. Nevýhodou může být to, že členové začnou po určité době stagnovat a jejich komunikace se může dostat na mrtvý bod. U otevřené skupiny, která členy přijímá i po začátku terapeutické práce je výhodou, že zde není takové riziko stagnace, jelikož noví příchozí nabízí rozšíření množství zpětných vazeb. Problémem a zároveň tedy nevýhodou je menší důvěra mezi členy, která s sebou přináší i menší

otevřenost (Valešová Malecová, 2015). Poslední v řadě existuje forma **hromadná**, kde je ve skupině klientů více než 25 osob. Hromadná forma je velmi ojedinělá, většinou se kombinuje se skupinovou nebo individuální formou (Pilarčíková – Hýblová, 1997). Valešová Malecová (2015) uvádí, že nevýhodami hromadné terapie je to, že neumožňuje individuální přístup a kontakt se všemi klienty. Někdy se však dá využít metodou besedy nebo přednášky.

Valešová Malecová (2015) do forem biblioterapie ještě zařazuje rozdělení na receptivní a expresivní biblioterapii, jejichž přístupy se v rámci programu dají kombinovat, případně střídat během sezení a shoduje se tak s Pilarčíkovou – Hýblovou (1997). V **receptivní biblioterapii** jde hlavně o čtení, předčítání nebo poslech, za využití audionahrávek, prózy nebo poezie. Text se čte na pokračování, předčítá terapeut nebo si jej klienti přečtou ještě před začátkem sezení individuálně. Klienti si své asociace, dojmy a pocity mohou zaznamenávat do deníků, což využijí v následné diskuzi (Pilarčíková – Hýblová, 1997). Výhodami receptivní biblioterapie je získání osobních zkušeností, nadhledu, ztotožnění se s literární postavou nebo situací, čímž je klient podněcován k výpovědi o sobě, svých problémech a možných řešení (Valešová Malecová, 2015). **Expresivní neboli aktivní biblioterapie** se dá rozdělit na dvě části. První část je dokončování literárního textu do určitého tvaru. Nejčastěji se využívají otevřené věty nebo příběhy a úkolem klientů je dokončit je, ať už samostatně nebo ve skupinách. Druhou částí je pak samostatná literární tvorba, kdy každý klient může samostatně napsat vlastní literární útvar nebo tak mohou učinit společně ve dvojicích či skupinách. Je důležité podotknout, že nejdůležitějším posláním této formy biblioterapie je naučit klienta vyjadřovat své pocity a svůj momentální citový vztah s okolím. Umělecká hodnota jednotlivých děl tudíž není vůbec podstatná (Pilarčíková – Hýblová, 1997). Ve Velké Británii ještě formy biblioterapie rozdělují na **kreativní biblioterapii**, která využívá beletrii a poezii, ať už při práci se skupinami nebo s jednotlivcem a snaží se tak o podporu lepšího duševního zdraví (obdoba české a slovenské expresivní terapie) a pak **svěpomocnou (self-help) biblioterapii**, kterou doporučují lékaři jako praktickou pomoc pro lidi s psychickými problémy a ke které se využívají speciální svěpomocné knihy (Journal of Hospital Librarianship, 2009).

3.2 Cíle biblioterapie

Obecný cíl biblioterapie by se dal jednoduše odvodit z definice samostatného slova terapie, což je „odborně vedený proces vedoucí k psychosomatickému uzdravení jedince“ (Svoboda, 2014, s. 199). Konkrétní cíle se stanovují v souladu s hlavními terapeutickými záměry, které jsou u každého klienta jiné vzhledem k jejich problémům. Mezi nejčastěji uváděné cíle lze zařadit: urychlení adaptace na novou životní situaci, odvrácení pozornosti od vlastních problémů, osvojení si nových zájmů, přípravu na rekvalifikaci, kompenzaci potřeb, zvýšení sebevědomí, změnu postojů a hodnot, řešení problémů, rozvoj paměti, pozornosti a myšlení, řešení vnitřních konfliktů nebo stimulaci emocionálního, etického a sociálního citění (Pilarčíková – Hýblová, 1997). Podle Valešové Malecové (2011, s. 81) mohou vhodné techniky expresivních terapií pomoci klientům „odreagovat napětí, zbavit se tísně, odvrátit pozornost od vlastních problémů či dočasný únik od reality“ dále dodává, že klient má „možnost zažít různé sociální situace, postupně si na ně zvyknout a osvojit si vhodné copingové strategie“. Další zaměření terapií je na „pomoc a podporu orientace klienta ve vlastní životní situaci; rozvoj kompetencí klienta, které jsou potřebné na to, aby byl schopný plnohodnotně žít vlastní život a řešit problémy a optimalizaci života klienta, jako je úprava prostředí nebo podpora pozitivních vztahů“ (Valešová Malecová, 2011, s. 78).

3.2.1 Cíle biblioterapie u osob s drogovou závislostí

Cíle biblioterapeutické práce s osobami s drogovou závislostí se mohou poněkud lišit od obecných cílů, jelikož samotná problematika drogových závislostí je složitá. Bútor, (1979, citovaný podle Valešové Malecové, 2015) uvádí tyto hlavní cíle při léčbě závislostí: náhled na chorobu, nabourání racionalizace, loajalita k léčebné instituci a k léčebnému režimu, vytváření skupinové soudržnosti, tvorba systému pozitivních cílů v abstinenci, spolupráce a postoje rodinného partnera v průběhu terapie, zveřejňování abstinence v relevantním prostředí. Majzlanová (2011, s. 43) ještě doplňuje, že „biblioterapie jako metoda komunikativního charakteru, má podněcující vliv na verbální projev klientů, může sloužit jako interakční činitel, stimulator emocionálního, etického a sociálního vývinu“.

3.3 Příbuzné terapie a vědy

Různé druhy terapií se v dnešní době mohou navzájem velice ovlivňovat. Biblioterapie jako taková si může vzít inspiraci v muzikoterapii, dramaterapii i arteterapii a naopak jim sama může něco nabídnout. Svoboda (2014) však biblioterapii ve svém původním širokém slova smyslu rozčleňuje na terapie, které přednostně využívají psaný text. U všech zmiňovaných expresivních terapií jde hlavně o samotný průběh terapeutického procesu, při kterém by mělo docházet k emocionálnímu ovlivňování jak jedinců, tak skupin. Do výčtu těchto příbuzných terapií patří poetoterapie, paremiologická terapie, imagoterapie, narativní terapie, hagioterapie, didaktoterapie a pohádkoterapie.

Poetoterapie na rozdíl od biblioterapie využívá rýmy, zvukomalbu, dynamiku, přednes a rytmus místo děje jako takového. Jejím cílem je pozitivně změnit emoce, prožívání, jednání a chování jedince. Navozuje vnitřní relaxaci, překonává depresivní stavy, odvrací pozornost od vnitřních problémů a probouzí nové zájmy. V poetoterapii je lepší využívat lyrickou poezii, ve které jde hlavně o obsah, imaginaci a podvědomé intuitivní vyústění. Doporučuje se také vlastní tvorba klientů, která může přinášet emotivní i katarzní sebevyjádření (Svoboda, 2010).

Paremiologická terapie je „lčba využívající kratší slovní hříčky, jako jsou například příslovce, aforismy, hesla, apoftegma, hádanky, glosy, pořekadla...“ (Svoboda, 2014, s. 200). Tato forma terapie má možnost pomoci člověku vyjadřovat své pocity, zvážit přístup k životu, přehodnotit životní hodnoty, formulovat vlastní postoje, názory a plány do budoucna a zkoumat nové možnosti vlastního života (Valešová Malecová, 2015)

Imagoterapii lze charakterizovat jako „systematický nácvik nápodoby chování vybraného ideálního vzoru z krásné literatury“ (Kulka, 2008, s. 71). Klienti si do běžného života přenášejí chování vybraného literárního vzoru. V první řadě je nutné se seznámit s obsahem zvoleného literárního díla (může jít i o dílo filmové), poté se provádí psychologická analýza hrdiny a následně si klienti konkrétní úryvky díla dramatizují a přehrávají (Kulka, 2008).

Narativní terapie vychází z anglického slova narrative, což znamená vyprávění. Vyprávění je termín používaný v souvislosti s procesem popsání něčeho, co se událo nebo co se děje. Při této terapii se tedy klient stává vypravěčem a terapeut posluchačem,

ale na rozdíl od jiných terapií je u této cílem, aby klient vyprávěl příběh svými slovy, svým vlastním jazykem bez zásahu terapeuta, který by mohl používat odborné psychologické výrazy nebo „sklouzávat“ do další fáze v podobě analýzy příběhu (Skorunka, 2008).

Hagioterapie probíhá většinou formou skupinové terapie a při těchto sezeních se využívají texty z Bible. Klienti rozebírají biblický text, jeho děj, morální konflikt a charakter jednotlivých postav, což má za následek postupné vystupování osobních problémů pacienta na povrch. Prostřednictvím Bible jako projekčního materiálu mohou klienti dojít k takzvanému Aha-zážitku, který se vyznačuje tím, že si klient na příkladu druhého člověka uvědomí sám sebe. Hagioterapie se pokouší rozvinout schopnost člověka svobodně přehodnotit vlastní normy a postoje na základě nového poznání (Česneková, 2015).

Didaktoterapie je prováděna hlavně prostřednictvím odborné a populárně naučné literatury nebo formou přednášek a besed. Jejím cílem je působit na rozum, soudnost a zdravou kritičnost klientů, proto je založena na základních informacích o příslušné problematice, která se klientů bezprostředně týká (Valešová Malecová, 2015)

Pohádkoterapie nebo **skazkoterapie** využívá jako prostředek k terapeutickým cílům pohádky. Jak je z druhého názvu patrné, využívá se především v Rusku, v České republice se systematicky nevyužívá (Polínek, 2014). Jde o jeden z „nejméně traumatizujících a bezbolestných způsobů psychoterapie. Pokud je možné, že se s pomocí pohádek (či pod jejich vlivem) mohl zformovat životní scénář, pak je s pomocí pohádky také možné pokusit se z nevhodného životního vzorce člověka vyvést“ (Черняева, 2007, s. 8, citováno podle Polínka, 2014, s. 230)

3.4 Výběr vhodného literárního textu

Při výběru vhodného literárního textu je zapotřebí zohledňovat charakteristiku klienta. Jeho věk, pohlaví, zájmy, ale také problém, který se prostřednictvím textu bude snažit rozebrat a pochopit. Pilarčíková – Hýblová (1997) uvádí několik autorů a jejich výběr textů, například Appel (1944) doporučoval převážně populárně – naučnou literaturu, Sadler (1945) využíval v biblioterapii poezii (v dnešní době už by byl řazen spíše do poetoterapie) a Delaney (1955) využíval naučnou literaturu s tematikou alkoholu a alkoholismu. Je patrné, že neexistuje jedna správná cesta, jak vybrat pro

klienta vhodný text. Velkou roli ve výběru hraje i terapeut, který by měl klienta znát a měl by ho navést správnou cestou. Stejně, jako je důležité znát klienta, kterému je text doporučen, je potřeba znát i onen konkrétní text a jeho účinky a funkce. **Účinky** četby mohou být různé, ale Vášová (1995) vyjmenovává hlavně účinky instrumentální, prestižní, potvrzovací, estetické, rekreační, únikové a psychoterapeutické. Funkce literárního textu popisují autorky Vášová (1995), Pilarčíková – Hýblová (1997) i Valešová Malecová (2015) v podstatě shodně. Mezi hlavní funkce literárního textu patří určitě **funkce informační**. Ta podle Valešové Malecové (2015) zvyšuje míru poznání a snižuje strach z neznámého, proto se k naplnění této funkce často využívá literatura naučná. Dochází zde k přenosu informace nebo zprávy od autora k příjemci. Tyto informace mohou být jednak věcné, faktografické nebo technické, čímž se u čtenáře rozvíjí paměť a pozornost, ale také to mohou být informace o mezilidských vztazích, osobních zkušenostech autora, osudech, postojích nebo hodnotových orientacích jiných lidí, přičemž text plní výchovné cíle (Pilarčíková – Hýblová, 1997). **Výchovná funkce** se snaží změnit čtenářův pohled na svět. Na základě četbou získaných informací o prožívání a postojích jiných lidí se rozvíjejí nonkognitivní funkce osobnosti. Čtenář tak začíná měnit svou hodnotovou orientaci a snaží se řešit své problémy tvořivě (Pilarčíková – Hýblová, 1997). Díky **identifikační funkci** má čtenář možnost identifikovat se nebo ztotožnit se s literární postavou a nenuceně tak přebrat její modely chování (Pilarčíková – Hýblová, 1997). Tato funkce plní zároveň i **funkci potvrzovací**, u které jsou vyhledávané informace, které schvalují jednání čtenáře a tím posilují jeho postoje nebo třeba sebevědomí (Valešová Malecová, 2015). Při plnění **konfrontační funkce** čtenář podle Valešové Malecové (2015) konfrontuje své vlastní názory s autorovými nebo literární skutečností se skutečností, která ho obklopuje, což může vést ke změně postojů. Pilarčíková – Hýblová (1997) tuto funkci nazývá „funkce zrcadla“. Mezi další neméně důležité funkce literárního textu patří **funkce estetická**, která prohlubuje čtenářův vkus a vyvolává estetický zážitek (Valešová Malecová, 2015). **Katarzní funkce** neboli funkce **očistná** se podle Pilarčíkové – Hýblové (1997) plní ve chvíli, kdy čtený text obsahuje protikladné efekty a vyvolává protichůdné city. Zároveň vytváří mezi lidmi krátká spojení a pocit určitého uvolnění napětí, kterými umožňuje katarzi – očištění. Podobnou funkci plní u lidí i hudba. **Relaxační funkce** při čtení textu umožňuje změnit činnost, soustředit se na něco nového, zapomenout na vlastní problémy, uvolnit se nebo nahradit nepříjemnou realitu dočasným snížením napětí (Valešová Malecová, 2015). Může však dojít i k takzvanému stavu bibliománie, což je

patologický stav, kdy čtenář trvale uniká z reality do pseudoreality knih (Pilarčíková – Hýblová, 1997). Aby došlo k plnění **funkce prestižní**, musí se čtenář zaměřit na určitý druh knih nebo třeba časopisů podle své příslušnosti k sociální nebo zájmové skupině. Čtením této literatury dochází k rozvoji konkrétních zájmů a zvyšování prestiže v určitých skupinách lidí se stejným zájmem (Pilarčíková – Hýblová, 1997). Poslední funkcí je **funkce léčebná**. Literární text se zde stává prostředkem k dosahování terapeutických cílů. Valešová Malecová (2015) uvádí ještě **funkci spojovacího článku**, kde text může fungovat jako spojovací článek mezi terapeutem a klientem nebo může spojovat klienta s realitou nebo s jeho vlastním vnitřním světem.

3.5 Biblioterapeutický program

Biblioterapeutický program je proces skládající se z určitého počtu sezení, která se opakují v předem stanovené frekvenci. Během biblioterapeutického programu dochází k plnění cílů, které si klienti spolu s terapeutem stanovují na začátku programu neboli na prvním sezení. Určení cílů je hlavním předpokladem biblioterapeutického procesu. Podle Valešové Malecové (2015) musí být cíle pro konkrétního klienta jednak žádoucí, ale také realistické a splnitelné. Je nutné, aby klient své cíle formuloval pozitivně, uvědomil si, jaké věci se chce naučit uskutečňovat a ne ty, které nechce. Při formulaci cílů musí být klient konkrétní a cíle formulovat v pojmech pozorovatelného chování. Tato formulace pomůže klientovi i terapeutovi posoudit, zda došlo ke splnění cíle či ne. Při výběru cílů platí určitá kritéria, na která by si klient měl dát pozor. Do tohoto seznamu kritérií patří například hodnota stanoveného cíle, předpoklad klienta tento cíl splnit, diagnostika, doporučení, souhlas, úspěch a efektivita (Možný, Praško, 1999 a Hanser, 1987, citovaní podle Kantora a kol., 2009, s. 118). Cíle se v biblioterapeutickém programu dělí na **hlavní** (globální) cíle a **konkrétní** (částkové) cíle. Podle Pilarčíkové – Hýblové (1997) hlavní cíl přináší pozitivní efekt, kterým může být změna v chování, postojích a emotivním ladění. Valešová Malecová (2015) uvádí, že je to cíl, kterého má skupina (pokud se jedná o skupinovou biblioterapii) a každý klient v průběhu biblioterapeutického procesu dosáhnout. Také uvádí, že hlavní cíle by měly být maximálně tři. Konkrétní cíle se podle Pilarčíkové – Hýblové (1997) sestavují v souladu s hlavními terapeutickými záměry u jednotlivých klientů. Konkrétní cíle získáme rozřazováním konečných cílů na drobnější na sebe navazující kroky. Na rozdíl od hlavních cílů, jsou konkrétní cíle specifické pro každého jedince ve skupině.

Každý klient si sám určuje, jaké vlastnosti a schopnosti je potřeba rozvíjet nebo upevňovat, aby dosáhli konečného cíle (Valešová Malecová, 2015).

Biblioterapeutický program probíhá skupinovou nebo individuální formou. Forma se dá změnit v seznamovací fázi programu, ve které probíhá navazování kontaktů nebo případná diagnostika, pokud terapeut zjistí, že „některý z klientů ještě není připravený pro práci ve skupině (přílišné upozorňování se sebe, afektované projevy, násilné chování, apatie, nezájem...)“ (Majzlanová, 2004, s. 149). Kromě fáze seznamovací procházejí klienti během programu ještě fází stimulační, hlavní, fází upevňování a závěrečnou fází.

3.6 Biblioterapeutické sezení

Biblioterapeutické sezení je setkávání terapeuta a klientů pravidelně každý týden v určeném čase po dobu několika měsíců. Počet sezení je předem stanoven a je určen potřebami dané skupiny či jednotlivce. Podle Valešové Malecové (2015) je minimální počet sezení u preventivně zaměřovaných sezení deset sezení s frekvencí jedenkrát týdně, což ale znamená, že pokud má skupina nebo jedinec vážnější problém, sezení bude více než deset a v tom případě se může biblioterapeutický program protáhnout na několik měsíců nebo let. Frekvence sezení se odvíjí od věku, problémů a diagnózy zúčastněných, proto není možné určit nejvhodnější frekvenci sezení, ale obvykle se skupina schází jedenkrát až dvakrát týdně. Také obsah biblioterapeutických sezení závisí na složení skupiny, věku, pohlaví i zájmů klientů a samozřejmě vychází z konkrétních cílů celého biblioterapeutického programu (Pilarčíková – Hýblová, 1997).

„Každé biblioterapeutické sezení má určitý model a schéma“ (Majzlanová, 2004, s. 151). V této věci se Majzlanová (2004) shoduje s Pilarčíkovou – Hýblovou (1997) a obě dělí sezení na tři části – úvodní část, jádro a závěr. Pro Majzlanovou (2004) je v **úvodní části** sezení důležité „zahřání“ klientů, aby se dostatečně připravili na práci ve skupině. Je tedy vhodné vybrat aktivity, které zaktivizují verbální i neverbální projev klientů, navodí přátelskou a důvěrnou atmosféru, zbaví klienty napětí a zvýší jejich koncentraci a pozornost. Je možné, že na několikátém sezení se klienti už budou natolik znát, důvěřovat si a bavit se, že úvodní část začne postrádat svůj smysl, proto se tyto aktivity mohou zkrátit a přesunout rovnou do jádra neboli hlavní části sezení. Majzlanová (2004) upozorňuje na to, že úvodní část sezení je též nejvhodnější dobou na informování klientů o činnostech, které se budou na daném sezení uskutečňovat, na

seznámení s pravidly a tak podobně. V **jádro** sezení už se nejčastěji pracuje s textem nebo různými technikami, které se vybírají na základě cílů, problémů klientů, jejich diagnózy i současných potřeb (Majzlanová, 2004). Prezentuje se konkrétní téma sezení a rozvíjí se pomocí expresivních i receptivních forem biblioterapie (Valešová Malecová, 2015). V **závěrečné fázi** sezení mají klienti možnost sebereflexe, probíhá relaxace, rituály skupiny a také závěrečná diskuze, která je dobrovolná (Majzlanová, 2004). V diskuzi klienti interpretují své pocity, vyslovují své myšlenky, komentují svoji volbu, konfrontují své názory a postoje, mohou diskutovat o přečteném i o problémech nebo zážitcích, které četba navodila, oživila, připomněla. Navzájem si sdělují své čtenářské zážitky, komentují jednání a chování literárních postav a zaujímají k nim stanoviska, mohou se vyjádřit i k průběhu sezení nebo dát zpětnou vazbu ostatním klientům či terapeutovi (Valešová Malecová, 2015). Terapeut má velice důležitou roli při vedení diskuze. Podle Majzlanové (1993 – 1995, citované podle Pilarčíkové – Hýblové, 1997) je jeho úlohou dosáhnout maximální výpovědi klienta, otázkami klienta navést na hledání aktuálních problémů a možných řešení a vyjadřováním důvěry a dodáváním sebedůvěry přes biblioterapeutické aktivity navázat na samostatné řešení.

3.7 Terapeutický vztah

Jako mezi všemi lidmi, kteří se navzájem poznají a tráví spolu pravidelně čas, vzniká i mezi klienty a terapeutem určitý vztah. Prochaska a Norcross (citováni podle Kaliny, 2008, s. 131) řadí terapeutický vztah mezi „společné faktory psychoterapie, které mají největší podíl na změně. Význam tohoto faktoru je podporován tím, že sama psychoterapie je v podstatě interpersonálním vztahem“. Tento vztah by však měl zůstat v určitých rovinách, postavený na vzájemném respektu a úctě. Vztah mezi klientem a terapeutem by za žádnou cenu neměl přejít ve vztah přátelský, partnerský či sexuální. Role terapeuta při sezení je velká, proto by měl znát svou úlohu, správně a pohotově reagovat a sledovat reakce ostatních klientů. Náplní terapeutovy práce je vymýšlet a připravovat vhodné programy a aktivity na konkrétní sezení, pracovat správně se skupinou a mít přehled o dění v ní, měl by umět interpretovat vlastní pozorování a umět s takto získanými informacemi pracovat i nadále (Majzlanová, 2004). Klíčová je pro terapeuta seznamovací fáze s klienty, kdy má za úkol klienty motivovat, vytvořit atmosféru důvěry a bezpečí, odbourává napětí a navozuje pocit uvolnění. Mezi tím musí klienty poznat, zjistit jejich cíle, co od terapie očekávají a jejich schopnosti a potřeby

(Valešová Malecová, 2015). Nejdůležitější vlastností, kterou by měl terapeut ovládat je empatie. Tato práce vyžaduje velký zájem o druhého, představivost, schopnost nalézt obdobu jeho pocitů ve vlastních zkušenostech. Zároveň by toto vcítění nemělo přesáhnout určité meze, aby nedošlo k identifikaci s klientem (Hajný, 2016). V závěru této kapitoly je důležité podotknout, že terapeut má během sezení velkou moc, klienti většinou k terapeutovi vzhlíží, váží si ho, věří jeho názorům a doporučením. Terapeut proto musí neustále dobře zvažovat, jak se vyjadřuje a musí umět pracovat sám se sebou. Na terapeuty jsou kladeny velké nároky na osobní zralost a vyrovnanost, proto by žádný z nich neměl „usnout na vavřínech“. Osobní rozvoj a neustálé vzdělávání hraje v této práci nezastupitelnou roli (Nováková, 2014, portál psychologie.cz).

3.8 Využívání biblioterapie v ČR a v zahraničí

Biblioterapie je poměrně mladá disciplína, která sice našla své příznivce, ale nepronikla naplno do českých léčeben, terapeutických komunit a jiných zařízení. Přestože nalezneme v praxi hojně využívané prvky, terapeuti a učitelé je nenazývají biblioterapií v pravém slova smyslu. Nasvědčuje tomu i fakt, že knih o využití biblioterapie je velice málo a povětšinou nejsou od českých autorů. Jedním z největších pokusů seznámit širokou veřejnost s biblioterapií v České republice byl počín zaměstnanců Krajské knihovny v Pardubicích, kteří vytvořili biblioterapeutický seznam vhodné literatury – takzvaný Biblioterapeutický kabinet (Vališová, Valtrová, Raclavská, 2009). Dalším, asi nejznámějším, počinem je online projekt **BiblioHelp**, za kterým stojí Bc. Edita Vališová, Bc. Darina Novotná, Bc. Helena Valtrová, Bc. Iva Raclavská a Bc. Božena Kováčová. Cílem tohoto projektu je doporučit každému člověku s problémem knihu, která by mu mohla nejvíce pomoci. Knihy v databázi se snaží pokrýt širokou škálu životních zátěžových situací, které by mohly v průběhu života postihnout jakéhokoli člověka. Databáze obsahuje knihy pro všechny věkové kategorie včetně dětí a jsou v ní zastoupeny jak beletristické a naučné knihy, tak poezie. Projekt BiblioHelp je financován z grantu Ministerstva kultury ČR od roku 2009 (BiblioHelp, 2009). Na webových stránkách léčeben pro drogově závislé v ČR není uvedeno, že by někde byla biblioterapie využívána. Je však možné narazit na její prvky v podobě deníků nebo seznamů doporučené literatury.

V zahraničí je biblioterapie známější, ale zaměřuje se spíše na práci s dětským čtenářem, čímž zároveň dochází k rozvoji dětských čtenářských dovedností. Vališová,

Valtrová, Raclavská (2009) v časopise Čtenář zmiňují zejména projekt **Best Children's Books**, což je rozsáhlý americký projekt, který se věnuje dětskému čtenářství. Je zde k nalezení samostatná sekce zaměřena na biblioterapii, kde jsou dětské problémy rozděleny do sedmi kategorií (např. šikana, rozvod rodičů, zdravotní znevýhodnění...). Čtenář zde ke každé kategorii najde seznam doporučené literatury, která se daným problémem zabývá. Dalším z amerických projektů zaměřených na děti je **Magination Press**. Jde o specializované knihkupectví, které se svou tvorbou zaměřuje na pomoc dětem v krizových situacích.

3.9 Základní biblioterapeutické techniky při práci s osobami s drogovou závislostí

Ve zdrojích od autorů, které uvádí Valešová Malecová (2015) lze nalézt, že při biblioterapeutické práci s osobami závislými na alkoholu se uplatňují tři hlavní metody. Těmito autory jsou například Bock (1971), Meyerowitz (1975), Bútorá (1979), Novotný (1992), ale i Majzlanová (2011). Techniky, které jsou zde popisovány, sice autoři řadí k technikám, které se uplatňují u lidí závislých na alkoholu, ale techniky lze samozřejmě využít při závislosti na jakékoli droze, ať už jde o opiáty či heroin.

Emocionálně – projektivní biblioterapeutická technika je založena na tom, že klient vnímá umělecké potence literárního díla, se kterým pracuje (Majzlanová, 2011). Pokud je kniha čtena v kolektivu, posluchači mohou prožít emocionální zážitek, který bude navíc umocněný, protože každý z nich důvěrně zná danou tematiku. Po přečtení vede terapeut diskuzi, ve které by měli klienti hovořit o svých pocitech z daného příběhu nebo o tom, zda u nich došlo k nějaké formě identifikace s hlavní postavou (Valešová Malecová, 2015).

Autobiografickou biblioterapeutickou techniku popisují Valešová Malecová (2015) i Majzlanová (2011) jako formu expresivní biblioterapie, při které jde o to, že klient sám tvoří nějaká literární díla. Tato díla nemusejí mít velkou literární hodnotu, důležité je, aby byla autobiografická a aby v nich klient dokázal odkrýt své vnitřní problémy. Napsané texty se odevzdávají terapeutovi, ale pokud mají klienti zájem, mohou se číst před skupinou nahlas a následně o nich vést diskuzi nebo se mohou otisknout do interního časopisu (Valešová Malecová, 2015). Majzlanová (2011) do těchto děl řadí i deníky, které si mohou klienti psát mimo sezení, anonymní ankety, vypisování výroků nebo průběžné psaní poznámek.

Racionálně – didaktická technika má za úkol prohloubit klientovy vědomosti o problematice tím, že čte odborné nebo populárně – naučné texty, časopisy či knihy (Valešová Malecová, 2015). Majzlanová (2011) uvádí, že tato technika se často zařazovala do programu kvůli zájmu samotných klientů. Poté, co přečetli nějaký odborný text, měli tendenci informovat o obsahu ostatní klienty a vznikaly tak diskuze, ve kterých klienti vyjadřovali vlastní názor na přečtené častokrát doplněný i vlastními zkušenostmi.

Jednou ze složek racionálně – didaktické techniky je podle Valešové Malecové (2015) **didaktoterapie**, která je založena na poskytování informací o problematice, která se klienta týká. Valešová Malecová odkazuje na Klub abstinentov Žilina, kde se didaktoterapie mohou klienti zúčastnit a popisují jí jako „terapii učením“. Toto učení může probíhat jak formou textů jak je již popsáno v racionálně – didaktické technice, ale i formou přednášek nebo besed. Didaktoterapie se snaží působit na klientův rozum, soudnost a zdravou kritičnost tím, že vysvětluje příčiny vzniku závislostí, jejich důsledky a zásady léčby. Takovéto působení by mělo přinést celkovou změnu osobnosti klienta a s tím spojenou i změnu jeho postojů a názorů (Klub abstinentov Žilina, 2010).

Valešová Malecová (2015) do technik práce s osobami s drogovou závislostí řadí navíc ještě techniku životního příběhu a psaní deníků. **Životní příběh** pomáhá klientům uvědomit si, co se s jejich životem právě děje, čím a jak je jejich život ovlivněný, čímž se v klientech probudí vlastní iniciativa a plánování budoucnosti. Cílem techniky životního příběhu je klientovo uznání, že jeho život je hodnotný a má určitý směr (Bartlová, 2008, citována podle Valešové Malecové, 2015). Již zmiňovaný **deník** pomáhá klientům vyznat se ve svých vlastních myšlenkách, proniknout do svého vnitřního světa a chápat jejich chování. Deník může sloužit i jako prostředník mezi terapeutem a klientem, jelikož do něj klient zaznamenává vztahy ke skupině, komunitě, k sobě samému a k vlastní minulosti i přítomnosti, které třeba nechce říkat nahlas (Klub abstinentov Žilina, 2010).

4 Praktické využití biblioterapie u osob s drogovou závislostí

V praktické části práce lze nalézt seznam aktivit, které je možné využít při biblioterapeutickém sezení s osobami s drogovou závislostí. Vzhledem k tomu, že sezení probíhají stylem - úvod, jádro, závěr - budou takto seřazeny i vhodné aktivity. Následně jsou jednotlivé aktivity rozřazené do skupin podle témat, které mohou pomoci vyřešit lidem problémy s drogovou závislostí.

Příklady vhodných aktivit na úvod sezení

Aktivity, které terapeut zvolí na začátek sezení, nemusejí mít nutně co dočinění s tématem drog a závislostí. Jedná se o aktivity, které mají klienty uvolnit a pomoci se rozmluvit, tudíž se mohou zaměřovat na náladu klientů, na jejich zážitky z posledních dní, jejich osobní pokroky i problémy.

Je třeba upozornit na to, že všechny aktivity, které zde budou zmiňované, ať už se bude jednat o aktivity úvodní, hlavní nebo závěrečné, by měly být pro každého klienta dobrovolné a pokud je klientovi z nějakého důvodu nepříjemné aktivitu vykonávat, neměl by do ní být nikdy nucen.

1. Předčítání z deníků

Deník, jakožto hojně využívaná terapeutická pomůcka, může sloužit jako vstupní brána do klientova nitra, do jeho pocitů a prožívání. Lze ho využít hned v úvodu, kdy má každý klient možnost přečíst kousek ze svého deníku a poslechnout si zpětnou vazbu od terapeuta, tak od ostatních klientů. Terapeut má v tomto případě za úkol klienta vyslechnout a následnými vhodně zvolenými otázkami klienta nasměrovat tak, aby si sám sobě odpověděl na to, proč se tak cítil, co bylo spouštěčem jeho chování nebo pocitů atd. Tento druh aktivity se může stát rituálem ve chvíli, kdy si k sobě klienti vytvoří vztah založený na důvěře a vzájemné úctě.

2. Nálada klientů

Klienti se mohou rozmluvit tím, že každý sdělí svou náladu ostatním. Jak se má, proč má takové pocity, co mu udělalo radost nebo naopak, co mu přivodilo smutek či stesk. Většinou sedí klienti v kruhu, aby na sebe dobře viděli a zapojuje se i terapeut. Podoba této aktivity se dá různě obměňovat, aby se nestala nudnou a jednotvárnou.

Terapeut může vyzvat klienty, aby všichni najednou ukázali polohou palce nahoru nebo dolů svou náladu, následně se rozdělili do skupin podle nálady a vytvořili několik společných znaků jejich špatné nebo dobré nálady, popřípadě zjistili, jestli nemá někdo ze skupiny stejný důvod těchto nálad. Další verzí může být, že se pošlou dokola smajlíky s výrazy nálad a každý klient si vybere tu, která je mu nejbližší a o té následně hovoří. Práce s kartičkami vyžaduje lepší přípravu, aby se nestalo, že kartiček bude nedostatek.

3. Navození pozitivní atmosféry

Pokud terapeut shledá, že nálada ve skupině je horší, je možné zkusit navodit větší pocit pozitivní energie tím, že každý klient dostane za úkol vzpomenout si na nejhezčí zážitek v minulém týdnu a přednést ho ostatním.

Příklady aktivit vhodných do jádra sezení

V jádru sezení se již odehrávají hlavní aktivity zaměřené na konkrétní problémy klientů, kterými může být jednak závislost na návykových látkách jako taková, ale i problémy, co se k ní mohou vztahovat, jako je uvědomění si nutnosti abstinence, problémy v rodině, odcizení od přátel, sociální vyloučení a tak podobně. V této části sezení lze využívat jednak textů knih z doporučené literatury pro drogově závislé (viz níže), ale i vlastní tvorba klientů.

1. Aktivity sloužící k zamyšlení se nad problémem závislosti

a) Ohlédnutí do minulosti

V této aktivitě budou klienti číst následující text z knihy *My děti ze stanice Zoo*. Čtení může probíhat individuálně, terapeut může předčítat nebo se klienti ve čtení vystřídají.

„Když jsme dopili víno, řekl Piet, že má doma ještě trochu fetu. Všichni začali jásat. Piet vylez ven balkónem. Bydleli jsme v přízemí, já jsem tak taky často lezla. Bylo to děsně bezvadný po letech bydlení v jedenáctém poschodí. Piet se vrátil s takovým plátem, kterej byl velkej asi jako ruka, rozděleným na kousky po jednom gramu za deset marek. Vytáhnul dřevěnou rourku, asi dvacet centimetrů dlouhou. Nejdřív nacpal nahoru tabák, aby se pak nemusel hašiš kouřit až na dřevo. Pak smíchal tabák s hašišem a dal to navrch. Při kouření se musela hodně zaklánět hlava a rourka se držela co nejvíc šikmo, aby nevypadnul žádněj uhlík. Pozorně jsem koukala, jak to dělaj ostatní. Bylo mi jasný, že teď, když mám na návštěvě Pieta a Kathiho, nemůžu říct ne, A

tak jsem docela cool prohlásila: „Dneska mám na to taky chuť.“ A dělala jsem, jako kdyby to vůbec nebylo poprvé. Stáhli jsme žaluzie. Ve světle, který pronikalo do pokoje, se tvořily hustý mraky kouře. Pustila jsem desku s Davidem Bowiem, potáhla jsem a zadržela kouř v plicích, až jsem se rozkašlala. Všichni byli úplně potichu. Každý zíral do blba a poslouchal muziku. Čekala jsem, co se se mnou stane. Ted', když sis vzala fet, říkala jsem si, se s tebou musí stát něco šíleně novýho“ (Christiane, F., e-book, 2006, s. 11).

Po přečtení úryvku budou mít klienti za úkol zamyslet se nad svou první „větší“ zkušeností s drogou. Každý klient dostane čistý list papíru, na který napíše příběh ze dne, kdy poprvé zkusili drogu, ale upraví příběh tak, aby jako hlavní hrdinové tohoto příběhu, drogu odmítli a předešli tak vzniku závislosti, do které se nakonec dostali. Zamyslí se nad tím, co by udělali jinak, kdyby se do té chvíle mohli vrátit, nad spouštěčem, který je nakonec dostal k tomu, že si drogu vzali nebo třeba nad vhodnými způsoby odmítnutí. Po dokončení mohou příběhy předčítat ostatním, terapeut vyvolá diskuzi nad tím, jestli klient v příběhu skutečně uplatnil vhodné způsoby jednání a odmítnutí.

a) Dopis svému minulému já

Klientům se rozdají papíry, mohou si po místnosti posedat, kam chtějí, aby jim to bylo pohodlné a cítili se uvolněně. Mají za úkol napsat dopis svému minulému/tehdejšímu já, které začalo hledat útěchu ve drogách. V dopise by měli uvést nejrůznější důvody, které je napadnou, proč by jejich tehdejší já, nemělo začínat brát drogy. Spolu s důvody mohou napsat i rady, jak se vypořádat s určitými problémy, které vedli k začátku užívání drog, na koho se obrátit s žádostí o pomoc, jak předejít komplikacím, které vyvolaly první potřebu vzít si drogu a podobně. Následně mohou dopisy předčítat před ostatními klienty.

2. Aktivity podporující uvědomění si nutnosti abstinence

a) Seznamy pro a proti

Technika seznamů pro a proti se dá využít na více témat. U této aktivity dostanou klienti červený a zelený papír. Jejich úkolem je na zelený papír napsat veškeré možné kladné důvody, proč je pro ně osobně nutné dodržovat abstinenci a co jim abstinence přináší (např. mám lepší vztahy se svou rodinou, poznal jsem spoustu nových lidí, lidé v práci mne přijali do kolektivu a nestrání se, nemusím se bát, že o svou práci přijdu, protože plním všechny své povinnosti, mám více peněz, které si

šetřím na dovolenou s přítelkyní, protože neutrácím za drogy, fyzicky vypadám lépe atp.). Na červený papír napíšou negativa abstinence (např. někdy se nudím, chybí mi přátelé, se kterými jsem se dříve stýkal atp.). Předpokladem této aktivity je, že seznam na zeleném papíře bude jednoznačně delší než na papíře červeném. Pokud tomu tak není, terapeut musí danému člověku návodnými otázkami pomoci si uvědomit, co dalšího dobrého mu abstinence přináší a v čem se jeho život zlepšil.

b) Motivace

Motivace přestat s drogami a nezačít s nimi znovu je u drogově závislých velice důležitá a při terapeutické práci se dá využít v mnoha aktivitách. Terapeut by měl znát, co každého klienta motivuje léčit se a pracovat na sobě. Následující aktivita slouží k získání informací o tom, co klienty motivuje a zda jsou schopni vytvořit si popřípadě najít v literatuře nějaký motivační text nebo báseň sami. Využívá se zde následující text z knihy *Mé syny zničil heroin*.

„Hodně jsem si lámala hlavu tím, jak bych mohla Simona motivovat k tomu, aby ten přísný režim dodržel a nevzdal to stejně jako tehdy na Slovensku. Ulevilo se mi, že mají pravidla zamezující kontakt pacientů s rodinnými příslušníky, a rozhodla jsem se, že mu věnuji kopii básně s názvem „Jestli“, kterou mám pověšenou na zdi ve třídě, kde učím. Často jsem tuto báseň četla svým studentům. Chtěla jsem je tím motivovat k tomu, aby si sami věřili, zvláště ve zkouškovém období. Moc dobře jsem věděla, jak moc ovládá závislost na heroinu Simonovu mysl, takže jsem chtěla, aby se držel víry, že se z její moci dokáže sám osvobodit, že může mít lepší život – jestli ho opravdu chce.

Jestli si myslíš, že jsi poražený, tak jsi.

Jestli si myslíš, že si netroufneš, tak si netroufneš.

Jestli chceš vyhrát, ale myslíš si, že nemůžeš,

tak je skoro jisté, že nevyhraješ.

Jestli si myslíš, že prohraješ, tak už jsi prohrál.

Je totiž známá věc,

že úspěch začíná ve tvé mysli.

Jde jen o to, co si sám myslíš.

Jestli myslíš, že jsi v nižší lize, tak jsi.

Musíš myslet vysoko, aby ses pozvedl.

Předtím, než dosáhneš vítězství,

si musíš být napřed jistý sám sebou.

Životní bitvy nevyhrává vždycky

ten silnější nebo rychlejší,

ale dřív nebo později

ten, kdo si myslí, že vyhrát může.

Pod to jsem ještě připsala „Simonovi s láskou máma, 3. května 2002.“ To bylo to nejlepší, co jsem pro něj mohla udělat, abych mu pomohla najít motivaci, kterou tolik potřeboval“ (Burton-Phillips, 2008, s. 93-94).

Po přečtení se terapeut ptá: „Myslíte, že Simonovi báseň pomohla a namotivovala ho k vyléčení?“ „Myslíte si, že Simonova matka vybrala báseň dobře?“ „Jak by působila na vás?“ „Máte vy sami nějakou báseň nebo text, co motivuje vás?“ „Přednesete ji i ostatním?“. Klienti se mohou poté pokusit sami složit báseň nebo text, který by motivoval je. Hodnota díla nebo básně není podstatná, pokud poslouží danému cíli.

3. Aktivity podporující uvědomění si škodlivosti drog

a) Pexeso

K této aktivitě bude potřeba několik sad pexesa, které se vytvoří předem. Dvojice bude tvořit vždy na jedné kartičce název drogy a na druhé kartičce krátká charakteristika toho, jak daná droga působí negativně na lidský organismus při dlouhodobém užívání (např. první kartička Cigarety – druhá kartička Zužování cév, riziko rakoviny plic, zvýšené riziko impotence; Pervitin – Paranoidní stavy, úporné bolesti hlavy, agrese, zanášení organismu odpadními látkami z důvodu míchání drogy; Extáze – Porucha srdečního rytmu, riziko přehřátí organismu, dehydratace). Klienti takto sestavené pexeso hrají ve dvojicích, případně mohou doplňovat další negativní účinky, pokud mají s drogou sami zkušenost.

b) Antidrogový leták

Každý klient se pokusí na základě svých zkušeností a znalostí o drogách vytvořit reklamní antidrogový leták pro ostatní. Klienti si musejí představit, že tento text budou číst například žáci na středních školách v rámci prevence, tudíž text, který tvoří je má

potencionálně odradit od experimentování s drogami. Klienti tudíž uvažují nad škodlivostí drog, nad tím, jak je osobně ovlivnily drogy po fyzické stránce, ale mohou zapojit i stránku emocionální, kde můžou napsat, jaké změny proběhly v jejich rodině, v kolektivu přátel a tak podobně. Leták jako takový mají možnost vyzdobit a pomalovat, aby vypadal co možná nejvíce realisticky.

4. Preventivní aktivity

Preventivní aktivity mají za úkol odrazovat klienta od recidivy. Jelikož jedním z důvodů recidivy může být prožívání stres v životě, je důležité, aby si klienti uměli život organizovat tak, aby se stresu co možná nejvíce vyhýbali a pokud se mu nedokážou z nějakého důvodu vyhnout, je nutné umět s ním pracovat. MUDr. Karel Nešpor, CSc. ve své knize Alkohol, jiné návykové látky a stres uvádí některé dovednosti potřebné pro život. Tento seznam dovedností se dá využít v následující aktivitě tak, že se seznam poskytne klientům, kteří si barevně zaškrtnou ty dovednosti, které podle jejich názoru nezvládají nebo s nimi mají větší či menší problém. Následně si na papír sepiší seznam činností, kterými by se daná dovednost dala zlepšit. Společně je pak přednášejí před terapeutem a ostatními klienty. V případě, že se sejde více klientů s podobnými nebo stejnými nedostatky v určitých dovednostech, napíše se tento společně sestavený seznam činností na tabuli nebo se připne na nástěnku, aby ho měli klienti na očích jako motivaci.

Příklad: Klient si barevně zaškrtnou bod „Schopnost plánovat čas, vést přiměřený a vyvážený životní styl.“, terapeut může otázkami zjistit důvod klientova smýšlení: „Jak se projevuje tvá neschopnost plánování času? Co myslíš, že by ti pomohlo naplánovat si čas lépe?“ společně se mohou dostat například k tomu, že klientovi by pomohlo řídit se určitým denním režimem a založit si podrobnější diář, kam si bude vše zapisovat. Vytvořený denní režim si klient může vyvěsit do svého pokoje, aby ho měl neustále na očích.

„Dovednosti sebeovlivnění

- *Schopnost se motivovat ke zdravému způsobu života a vhodně se motivovat i v jiných oblastech.*
- *Schopnost oddálit uspokojení nebo potěšení.*
- *Schopnost chránit a posilovat zdravé sebevědomí.*
- *Schopnost plánovat čas, vést přiměřený a vyvážený životní styl.*

- *Dovednosti při zvládnání rizikových duševních stavů jako bažení, úzkost, hněv, deprese, radost nebo nuda.*
- *Schopnost se uvolnit, používat vhodnou relaxační techniku, odpočívat.*
- *Schopnosti pečovat o vlastní zdraví (výživa, cvičení, využívání zdravotní péče, hygiena atd.).*

Sociální dovednosti

- *Schopnost čelit sociálnímu tlaku (např. odmítnout vrstevníky, starší nebo nadřízené, když nabízejí alkohol nebo jiné návykové látky).*
- *Další asertivní dovednosti (dovednosti zdravého sebeprosazení).*
- *Schopnost komunikace, vyjednávání, nacházení kompromisu apod.*
- *Dovednosti rozhodování se a schopnost předvídat následky určitého jednání.*
- *Schopnost vytvářet vztahy a budovat si přiměřenou síť sociálních vztahů.*
- *Mediální gramotnost a schopnost čelit reklamě na návykové látky.*
- *Schopnost racionálně hospodařit s penězi.*
- *Dovednosti týkající se volby a hledání vhodného zaměstnání a dobrého fungování v něm.*
- *Zvládnutí přechodu do nového prostředí nebo nové situace.*
- *Rodičovské dovednosti.*
- *Dovednosti týkající se organizace času. “*

Příklady aktivit vhodných do závěru sezení

V závěru sezení se mají klienti uklidnit, uvolnit, případně zrekapitulovat to, co bylo na sezení probíráno. Mohou poskytnout terapeutovi zpětnou vazbu. K získání zpětné vazby má terapeut na výběr několik možností. Nejjednodušší je klasická závěrečná diskuze, kde ovšem může narazit na nechuť komunikovat nebo odmítnutí reflektovat proběhlé před ostatními z důvodu pocitu studu. Tomuto může terapeut zabránit tím, že na konci sezení rozdá klientům náladovou škálu, kde mají klienti možnost anonymně zaškrtnout na škále od jedné do pěti, jak se jim sezení a jeho průběh líbilo. Nevýhodou však je, že terapeut nezjistí důvod špatného hodnocení, proto může na některých sezeních klienty poprosit, zda by mu zpětnou vazbu nenapsali několika větami na papír.

V závěru sezení je také vhodné, aby terapeut sám sezení zhodnotil ze svého pohledu a upozornil klienty na to, co se bude probírat na sezení následujícím.

4.1 Výběr vhodné literatury pro osoby s drogovou závislostí

Výběr vhodné literatury pro osoby s drogovou závislostí není lehký úkol. Je potřeba pamatovat na to, že každý člověk je jiný a text, který pomohl jednomu, by mohl lehce ublížit druhému. Jak je již v práci výše uvedeno, je potřeba brát v potaz osobní charakteristiku jedince, jeho věk, pohlaví, zájmy i problémy, které má, případně i důvod, proč začal s užíváním drog. Následující seznam literatury je seřazen podle toho, komu by mohla daná kniha pomoci, přestože není potřeba držet se těchto skupin striktně.

AUTOBIOGRAFICKÉ PŘÍBĚHY DROGOVĚ ZÁVISLÝCH

Autobiografické knihy lidí s drogovou závislostí bývají často velice syrové, příběhy jsou nezaobalené a reálné. Takové knihy by mohly být nápomocné lidem, kteří své závislosti na drogách ještě nepropadli úplně. Dají se považovat za určitý druh sekundární prevence, aby problém, který už nastal, nebyl ještě horší. Reálné příběhy pomohou nahlédnout závislým osobám do světa, který třeba už měli možnost poznat osobně, ale ještě ne, se všemi jeho důsledky. Také by tyto příběhy mohly podpořit snahu klientů v léčbě své závislosti.

1. CHRISTIANE. F. *My děti ze stanice ZOO*. 7. vyd. Ostrava : Oldag, 2005. ISBN 80-86508-69-2.

Nejspíše nejznámější zpověď třináctileté dívky, zachycena na magnetofonových páskách, ze které nakonec vznikla kniha. Kniha popisuje nejen Christianinu závislost na heroinu, ale i závislost jejích přátel a způsob, jakým si na drogy společně vydělávali peníze. V roce 2014 vyšlo volné pokračování o životě Christiany s názvem *Můj druhý život*.

2. HOLDEN, Kate. *Na vlastní kůži: skutečný příběh o návratu z pekla prostituce a drog*. Brno: Jota, 2006. ISBN 80-7217-421-5.

Příběh mladé Australanky, která se stane závislou na heroinu. Kniha popisuje jak problémy v rodině, tak práci prostitutky, díky které Kate vydělává na drogy pro sebe i pro svého přítele.

3. MELASOVÁ, Tatiana. *Tovar*. Bratislava: Marenčin PT, 2010. ISBN 978-80-8114-118-8.

Příběh Tatiany ze Slovenska, která byla od patnácti let závislá na heroinu a za svůj život podstoupila několik neúspěšných léčení. V roce 2009 napsala tuto knihu v léčebném zařízení v Budmericiach.

4. NATASCHA. *Dušemrdi: [autentický příběh sedmnáctileté narkomanky]*. Praha: Volvox Globator, 2009. ISBN 978-80-7207-716-8.

Deník sedmnáctileté dívky, která žije jen se svou matkou na předměstí nejmenovaného německého města, je závislá na drogách a vydělává si na ně prostitucí. Celý životní příběh je psán s brutální otevřeností.

5. VONDRKA, Josef. *Smrt jménem závislost*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-884-8.

Publikace je autobiografickou reportáží člověka závislého na drogách. Kniha popisuje shánění drog, „abstáky“, hospitalizace, úmysly s drogou přestat a návraty k ní a celkový mučivý bludný kruh závislých, ze kterého, zdá se, není uniku.

AUTOBIOGRAFICKÉ PŘÍBĚHY RODIČŮ OSOB S DROGOVOU ZÁVISLOSTÍ

Knihy, jejichž autory nejsou sami závislí nýbrž jejich rodiče či jiní příbuzní mají možnost zapůsobit na citovou stránku těch jedinců, kteří mají funkční rodinu, která si nepřeje nic jiného, než aby jejich syn nebo dcera s drogami přestali. Tyto knihy mohou mít velkou moc otevřít oči těm, kteří nevidí, že jejich závislost neničí život jen jim samotným, ale i všem lidem okolo, kteří se mu snaží pomoci. Knihy s tímto tématem mohou být samozřejmě nápomocny i rodičům, jelikož mohou nabízet určité formy řešení těžké životní situace nebo mohou fungovat jako prevence.

1. BURTON-PHILLIPS, Elizabeth. *Mé syny zničil heroin*. Brno: Jota, 2008. ISBN 978-80-7217-560-4.

Knihu napsala matka dvou chlapců – dvojčat, kteří od třinácti let experimentovali s drogami. Příběh může pomoci i ostatním rodičům, kteří nevědí, jak se se závislostí svých dětí vyrovnat nebo jak v lepším případě takovým událostem předejít.

2. KEULS, Yvonne. *Matka Davida S., narozeného 3. července 1959.* 2., nezm. vyd. Přeložila Olga KRIJTOVÁ. Praha: Panorama, 1990. Stopy, fakta, svědectví (Panorama). ISBN 80-7038-057-8.

Děj, který vypráví matka syna, který se stane závislým v době, kdy je povědomí o drogách a o následcích, které mohou mít, téměř nulové. V knize je popsáno dětství Davida, takže se každý čtenář může zamyslet nad tím, kde se mohla stát chyba.

3. NAGY, Viliam. *Anjel narkomanov.* Prešov: Petra, 2002. ISBN 80-89007-05-8.

Skutečný příběh otce tří dětí, které jsou závislé na drogách. Kniha je psaná jako deník otce Viliama, ale i jeho syna, který drogám podlehl nejvíce.

ROMÁNY O DROGÁCH A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI

Příběhy o lidech, kterým do života vstoupila drogová závislost mohou lidem se závislostí pomoci nahlédnout do světa drog z pohledu někoho jiného. Vzhledem k tomu, že nejde o autobiografie, mohou klienti sledovat i jiný pohled na problém, vztahy mezi postavami v knihách a prostředí, ve kterém se příběhy odehrávají.

1. CIMICKÝ, Jan. *Andělský prášek.* Praha: Baronet, 2003. ISBN 8072145525.

Román popisující, jak snadné pro mladé lidi je sáhnout po droze, když mají pocit, že se jejich život neubírá směrem, jakým by chtěli a jak těžký je následně návrat do běžného života bez drog. Jelikož je autor známým psychiatrem, nabízí se čtenáři zcela jiný pohled na příběh z drogového prostředí.

2. JOHN, Radek. *Memento.* 7. vyd., V nakl. Pavel Dobrovský - Beta 1. vyd. Praha: Dobrovský, 2014. ISBN 9788073065874.

Román o drogově závislých, kde se čtenář dostává přímo do centra dění a do života těch, jejichž život droga ovládá. Kniha ukazuje, jak málo stačí, aby se lidský život pod tíhou drog naprosto zhroutil. Jako u většiny knih s touto tematikou, příběh neztrácí na síle ani po několika letech od vydání.

3. SELBY, Hubert. *Rekviem za sen.* Přeložil Ondřej FORMÁNEK, ilustroval Erika HUPTYCHOVÁ. Praha: Maťa, 2001. Cesty tam a zase zpátky. ISBN 8086013847.

Román vypráví paralelně se odvíjející příběhy dvou kamarádů Harryho a Tyrona, Harryho přítelkyně a Harryho matky. Ukazuje, jak závislost nejen na heroinu, ale i na

televizi či lécích, dokáže zničit běžné životy. Podle románu vyšel v roce 2000 i stejnojmenný úspěšný film.

4. WELSH, Irvine. *Trainspotting*. Vyd. 3., V Argo 1., rev. a opr. Přeložil Ondřej FORMÁNEK. Praha: Argo, 2014. ISBN 9788025710913.

Zábavný a propracovaný román, na jehož motivy vznikl i stejnojmenný film, který se stal skoro okamžitě jedním z nejpobulárnějších filmů britské kinematografie. Autor v knize popisuje životy lidí, kteří se za pomoci drog pokoušejí uniknout před „normálním“ životem. Chvillemi se zdá, že při cestě za drogou je nezastaví vůbec nic, ani smrt jejich blízkých.

KNIHY (NEJEN) PRO RODINY DROGOVĚ ZÁVISLÝCH

V následujícím seznamu jsou uvedeny spíše naučné knihy o drogách, které se ale nesmějí vynechat v případě, že se v rodině nebo kolektivu objeví problém s drogovou závislostí. Je častým problémem, že starší generace není obeznámena s drogami, které se nyní objevují na černém trhu nebo se jednoduše nikdy o drogy nezajímala. Následující knihy mohou pomoci rodinám pochopit, jak drogy fungují, jaký mají vliv na závislého člověka a co mohou doopravdy způsobit. Zároveň se knihy tohoto typu dají doporučit i samotným lidem se závislostí, jelikož si ani oni sami, přestože drogu užívají, nemusí uvědomovat skutečnou sílu dopadu drog na jejich organismus nebo tuto sílu jednoduše podceňují.

1. BARNARD, Marina. *Drogová závislost a rodina*. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-386-8.

Tato kniha je výsledkem výzkumů, které se týkaly závislosti na návykových látkách a především vlivu zneužívání na celý rodinný systém. Je rozdělena kapitolami, které popisují vliv užívání návykových látek u jednotlivých členů rodiny a dopady na ostatní příslušníky.

2. CAMPBELL, Ross. *Tvoje dítě a drogy*. Bratislava: Porta libri družstvo, 2003. ISBN 80-89067-09-3.

Knihy se zaměřuje na to, jak pomoci svým dětem, aby dokázali říci drogám „ne“, předejít problému s drogami nebo rozpoznat nebezpečné signály závislosti. Téma je velice aktuální, jelikož v dnešní době do kontaktu s drogou přichází většina dětí.

3. JANIÁKOVÁ, Danica. *Tak už dost! : východiská zo závislosti*. Bratislava: Kontakt, 2003. ISBN 8096898507.

Kniha je soupisem publicistických rozhovorů se zainteresovanými profesionály, kteří se zajímají nebo přímo podílejí na protidrogových aktivitách na Slovensku. Je zde zároveň i přehled toho, co nejlépe dělat v oblasti prevence a léčby všech závislostí.

4. Kolektiv autorů SANANIM. *Drogy: otázky a odpovědi : [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]*. Praha: Portál, 2007. Rádcí pro zdraví. ISBN 9788073672232.

Kniha má už v názvu uvedeno, že je určena pro rodinné příslušníky a pomáhající profese. Obsahuje informace o drogách, o nebezpečích s nimi spojené, o tom, jak postupovat v případě podezření, že dítě nebo rodinný příslušník bere drogy. Tato kniha je několikrát citována v kapitole o drogové závislosti.

KNIHY O ALKOHOLU A ALKOHOLISMU

Alkohol je jako společensky tolerovaná droga často podceňován, ale závislost na něm může mít stejně katastrofické dopady jako na jiných drogách. Z tohoto důvodu je zde seznam knih, které se zaměřují primárně na alkoholovou závislost a osudy lidí, kteří jí propadli.

1. FORMÁNEK, Josef. *Úsměvy smutných mužů: zápisky z léčebny*. Praha: Gekko, 2014. ISBN 978-80-905581-1-3.

Osobní zápisky autora z protialkoholní léčebny. Čtenář může narazit na příběhy vtipné, ale i drsné, které plynou z nemorálního soužití třiceti mužů na uzavřeném oddělení. Kniha se točí okolo čtyř pacientů, kteří mají jediný nelehký úkol – zbavit se své závislosti na alkoholu.

2. HRADECKÝ, Daniel. *Trosky jednoho deníku*. Praha: Petr Štengl, 2016. ISBN 9788087563465.

Román ze života autora, ve kterém svádí boj se svou závislostí na alkoholu. Celá kniha se odehrává v poměrně krátkém časovém úseku a autor se zabývá samotnou esenciální podstatou bytí.

3. LONDON, Jack. *Démon alkohol*. Přeložil Jaroslav ALBRECHT. Frýdek-Místek: Alpress, 2017. Klokán (Alpress). ISBN 9788075432544.

Autobiografický příběh slavného spisovatele Jacka Londona, o kterém on sám prohlásil, že v něm nedopověděl celou pravdu, protože se bál. Možná právě proto kniha místy působí jako popis nejlepších let života autora, ve kterých se měl jednoduše báječně. Je třeba brát ohled na dobu a místa, kde autor žil a tvořil.

4. NĚMČÍK, Tomáš. *Panáček*. Zlín: Kniha Zlín, 2015. WALT. ISBN 9788074733802.

Kniha je autobiografickou výpovědí autora o celoživotním boji se závislostí na alkoholu. Autor popisuje, jak se mu mladická revolta vymkla z rukou a alkohol převzal vládu nad jeho životem. Ovlivnil nejen jeho zdraví a chuť do života, ale i vztahy s rodinou. Autentičnost příběhu dodávají fotografie, které jsou v knize zařazeny.

5 Závěr

Cílem této práce bylo teoreticky seznámit s problematikou využití biblioterapie u lidí s drogovou závislostí a navrhnout její praktické využití s těmito lidmi. První polovina teoretické části se zabývá závislostmi z obecného hlediska, jak vznikají, co je příčinou jejich vzniku, klasifikací návykových látek a možnostmi léčby závislostí. Druhá polovina teoretické části už seznamuje s hlavním tématem práce, a to s biblioterapií a jejími principy a cíli při práci s drogově závislými. Je zcela zřejmé, že biblioterapie jako taková není doposud moc rozšířena, čemuž nasvědčuje i množství zdrojů, ze kterých je v práci čerpáno. Knihy, které se k této problematice dají dohledat, ať už české nebo zahraniční, jsou poměrně staré a mnohdy v nich chybí aktuální informace. Knihy jsou také špatně dostupné. V běžných knihovnách se neobjevují prakticky vůbec, proto není divu, že široká veřejnost nemá o biblioterapii větší informace.

V praktické části práce lze nalézt konkrétní aktivity, které se opírají o biblioterapeutické techniky využívající se při práci s drogově závislými. Aktivity uvedené v práci nejsou ověřeny v praxi vzhledem k tomu, že v České republice se v léčebnách biblioterapie příliš nevyužívá. Pokud by aktivity byly vyzkoušeny v praxi, práce by mohla být rozšířena o shrnutí, zda byly aktivity účinné či nikoliv, o názor samotných klientů nebo o přesný popis jednoho terapeutického sezení od začátku do konce. Druhá část praktické části obsahuje seznam literatury, který by se při práci s drogově závislými lidmi postupně rozšiřoval a doplňoval s ohledem na zájmy a zaměření konkrétních klientů.

Osobně věřím, že by biblioterapie měla mít své místo v léčbě drogových závislostí, protože ani v dnešní době, kdy převažují moderní technologie, lidé na knihy nezaněvřeli. S hlavními postavami knih a příběhů se člověk, ať chce nebo ne, ztotožňuje už od dětství a z tohoto důvodu si myslím, že vhodně vybrané knihy pomohou lidem, kteří na nějakou dobu sešli ze své životní cesty a hledají, jak se vrátit zpět.

6 Seznam použitých informačních zdrojů

ADAMEČEK, David a Martina RICHTEROVÁ – TĚMÍNOVÁ. Terapeutická komunita jako metoda a systém. In KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.

BARANCIK, Steve. Bibliotherapy - Using Children's Books To Address Children's Problems [online]. 2006-2017 [cit. 28.06.2017]. Dostupný z www: <<http://www.best-childrens-books.com/bibliotherapy.html>>.

BERGERET, Jean. *Toxikomanie a osobnost*. Praha: Victoria Publishing, 1995. Vědět víc (Victoria Publishing). ISBN 80-7187-003-x.

Časopis Čtenář - Projekt BiblioHelp aneb Biblioterapie na webu - 2009, roč. 61 - 0708/2009. Časopis Čtenář - ČTENÁŘ – MĚSÍČNÍK PRO KNIHOVNY [online]. Copyright © 2007 BestSite s.r.o., All rights reserved. [cit. 28.06.2017]. Dostupné z: <http://ctenar.svkk1.cz/clanky/2009-roc-61/0708-2009/projekt-bibliohelp-aneb-biblioterapie-na-webu-60-443.htm>

ČESNEKOVÁ, Magdalena. Hagioterapie jako dílčí metoda psychoterapie. Praktický lékař. 2015, (2), 68-72.

Extáze - účinky, stavy a rizika spojena s užíváním extáze | NávykovéLátky.cz. Drogy a návykové látky - informační portál [online]. Copyright © 2017 [cit. 05.03.2017]. Dostupné z: <http://navykovelatky.cz/tanecni-drogy/extaze/>

GÖHLERT, Fr.-Christoph a Frank KÜHN. *Od návyku k závislosti: toxikomanie : drogy: účinky a terapie*. Praha: Ikar, 2001. Pro zdraví. ISBN 8072029509.

HAMPL, František a Jaroslav PALEČEK. *Farmakochemie*. Praha: Vydavatelství VŠCHT, 2002. ISBN 80-7080-495-5.

HELLER, Jiří a Olga PECINOVSKÁ. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada, 1996. ISBN 8071692778.

HRDINA, Petr a Blanka KOŘČÍŠOVÁ. Terénní programy. In KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.

JANÍK, Alojz a Karel DUŠEK. *Drogy a společnost*. Praha: Avicenum, 1990. Život a zdraví (Avicenum). ISBN 80-201-0087-3.

JOHN, Radek a Jiří PRESL. *Drogy!*. Praha: Medea kultur Praha s. r. o., 1995

Journal of Hospital Librarianship, 9:399–407, 2009, Copyright © Taylor & Francis Group, LLC, ISSN: 1532-3269 print/1532-3277 online DOI: 10.1080/15323260903253456

KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2449-2.

KOLEKTIV AUTORŮ SANANIM. *Drogy: otázky a odpovědi : [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]*. Praha: Portál, 2007. Rádci pro zdraví. ISBN 9788073672232.

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

KUDRLE, Stanislav. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In

KULKA, Jiří. *Psychologie umění*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 9788024723297.

Klub abstinentov Žilina. Klub abstinentov Žilina [online]. Copyright © 2010 [cit. 28.06.2017]. Dostupné z: <http://www.klubabstinentovzilina.sk/>

LIBRA, Jiří. Nízkoprahová kontaktní centra. In KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.

MAJZLANOVÁ, K. Biblioterapie a dramaterapie při léčbě lidí závislých od alkoholu. In KOVÁČOVÁ, B. (Ed.). (2011). *Výchova versus terapie - možnosti, hranice a riziká*. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. s. 43-55. ISBN 978-80-223-3006-0.

MAJZLANOVÁ, K. *Dramaterapia v liečebnej pedagogike*. 2. vyd. Bratislava : IRIS, 2004. 196 s. ISBN 80-89018-65-3.

MINAŘÍK, Jakub a Jiřina HOBSTOVÁ. *Somatické komplikace a komorbidita*. In KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.

MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.

NEŠPOR, Karel. *Jak překonat problémy s alkoholem*. Praha: Sportpropag a.s. pro Ministerstvo zdravotnictví ČR, 1999.

NEŠPOR, Karel. *Kouření, pití, drogy: děvčata a kluci spolu mluví o závislostech*. Praha: Portál, 1995. ISBN 8071780235.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2000. ISBN 807178432x.

NEŠPOR, Karel. *Týká se to i mne?: Jak překonat problémy s alkoholem*. Praha: Sportpropag a.s., 1992.

NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY. *Bažení (craving)*. Praha: Sportpropag a.s. pro Sdružení FIT IN – Rodiče proti drogám, 1999.

odrogach.cz - Těkavé látky. odrogach.cz - Domovská stránka [online]. Copyright © 2003 [cit. 05.03.2017]. Dostupné z: <http://www.odrogach.cz/skola/uzivani-navykovych-latek/informace-o-drogach/tekave-latky2.html>

O projektu | www.bibliohelp.cz. BiblioHelp - léčba knihou | www.bibliohelp.cz [online]. Copyright © 2009 [cit. 28.06.2017]. Dostupné z: <http://www.bibliohelp.cz/o-projektu>

PILARČÍKOVÁ-HÝBLOVÁ, S. *Biblioterapia*. Liptovský Mikuláš : Vydané vlastným nákladem, 1997.

POLÍNEK, Martin Dominik. Skazkoterapie. In MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.

PRESL, Jiří. *Drogová závislost: může být ohroženo i vaše dítě?*. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 1995. Medica. ISBN 80-85800-25-x.

Prev-Centrum | Info o drogách - Nové syntetické drogy. Prev-Centrum | Základní informace [online]. Dostupné z: <http://www.prevcentrum.cz/Nove-Synteticke-Drogy>

Klub abstinentov Žilina. Klub abstinentov Žilina [online]. Copyright © 2010 [cit. 06.03.2017]. Dostupné z: <http://www.klubabstinentovzilina.sk/19/terapeuticka-komunita/>

RAUDENSKÁ, J. (2010). *Hysterie - strach z odmítnutí* [recenze]. E-psychologie [online], 4 (3), 83-84 [cit. 2. 4. 2017]. Dostupný z WWW: <<http://e-psycholog.eu/pdf/raudenska-rec.pdf>>. ISSN 1802-8853.

Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union. Lanham, MD: Bernan Associates [distributor], 2000. ISBN 9291681040.

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

SKORUNKA, David. Narativní přístup v psychoterapii: pohled psychoterapeuta a klienta. Brno, 2008. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/71263/fss_d/DISERTACE.pdf. Disertační práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Katedra psychologie. Školitel Ivo Čermák.

Sociální dopady drogové závislosti - Psychické zdraví - psychické nemoci, deprese, poradna lékaře . Psychické zdraví - psychické nemoci, deprese, poradna lékaře - Úvodní stránka [online]. Copyright © 2013 [cit. 01.04.2017]. Dostupné z: <http://www.psychicke-zdravi.cz/novinky-laik-dimenzef/socialni-dopady-drogove-zavislosti-380>

SVOBODA, Pavel. Biblioterapie. In MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.

SVOBODA, Pavel. Poetoterapie: rozhovor s Pavlem Svobodou, autorem publikace Poetoterapie. Arteterapie : časopis České arteterapeutické asociace se zaměřením na

arteterapii, artefiletiku, muzikoterapii a dramaterapii. Praha: Česká arteterapeutická asociace, 2010, 2010(22), 29-35. ISSN 1214-4460.

ŠEDIVÝ, Václav a Helena VÁLKOVÁ. Lidé, alkohol, drogy. Praha: Naše vojsko, 1988.

Terapeutický vztah – Martin Hajný | Psychoterapie Praha. Martin Hajný | Psychoterapie Praha – Psycholog Praha, psychoterapie, poradenství [online]. Copyright © 2016 [cit. 15.06.2017]. Dostupné z: <http://martin.hajny.net/?p=2193>

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

VALEŠOVÁ MALECOVÁ, Barbara. Možnosti a hranice uplatnění expresivních terapií v speciálněpedagogické starostlivosti v ČR. In KOVÁČOVÁ, Barbora. (Ed.). (2011). *Výchova verus terapia - možnosti, hranice a riziká*. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. s. 77-83. ISBN 978-80-223-3006-0.

VALEŠOVÁ MALECOVÁ, Barbara. Študijný materiál k predmetu Biblioterapie I. Praha : Katedra speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta, Univerzita Karlova v Praze, 2015.

VÁŠOVÁ, Lidmila. Úvod do bibliopedagogiky. Praha: ISV, 1995. Knihovnictví. ISBN 8085866072.

Základní podmínka dobré terapie | Psychologie.cz. Homepage | Psychologie.cz [online]. Copyright © Copyright Mindlab s.r.o. [cit. 15.06.2017]. Dostupné z: <https://psychologie.cz/zakladni-podminka-dobre-terapie/>