

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**Cyrlometodějská teologická fakulta**

**Katedra křesťanské výchovy**



Obor: Sociální pedagogika

**Resocializace v terapeutické komunitě Pastor**

**Bonus**

Bakalářská práce

Marcela Bečičková

Vedoucí práce: PhDr. Jiří Pospíšil Ph.D.

**2012**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci Resocializace v terapeutické komunitě Pastor Bonus vypracovala samostatně pod odborným vedením pana PhDr. Jiřího Pospíšila, Ph.D. a uvedla v seznamu literatury veškeré literární a odborné zdroje, které jsem při práci použila.

V Praze dne 26.května 2012

.....

Marcela Bečičková

Zde bych ráda poděkovala panu PhDr. Jiřímu Pospíšilovi Ph.D. za jeho ochotu a odbornou pomoc při vedení bakalářského projektu. Děkuji také své rodině, která mi byla po celou dobu studia velkou oporou. Poděkování také patří Mgr. Pavlíně Opletalové za cenné rady při praxi v terapeutické komunitě Pastor Bonus.

# Obsah

Obsah .....	5
1. Úvod.....	7
2. Drogy a závislost.....	8
2.1 Co jsou drogy? .....	8
2.2 Druhy drog .....	8
2.2.1 Těkavé látky .....	8
2.2.2 Konopné drogy.....	9
2.2.3 Halucinogenní drogy.....	9
2.2.4 Stimulační drogy .....	9
2.2.5 Opiáty.....	10
2.3 Co je to závislost? .....	10
2.3.1 Znaky závislosti .....	11
2.3.2 Rozdělení závislostí .....	11
2.4 Způsoby léčby .....	12
2.4.1 Ambulantní léčba .....	12
2.4.2 Intenzivní ambulantní léčba .....	12
2.4.3 Intenzivní ústavní léčba pod lékařským dozorem .....	13
2.4.4 Intenzivní ústavní léčba řízená lékařem .....	13
3. Resocializace s využitím psychoanalýzy v terapeutické komunitě Pastor Bonus .....	14
3.1 Socializace a resocializace .....	14
3.2 Psychoterapie .....	15
3.3 Psychoanalýza.....	16
3.4 Charakteristika terapeutické komunity Pastor Bonus .....	18
3.4.1 Fáze léčby v komunitě Pastor Bonus .....	19
4. Praktická část .....	21
4.1 Výzkumný problém .....	21
4.1.1 Popis metodologie a zpracování získaných dat.....	21
4.1.2 Stanovení hypotéz .....	22
4.1.3 Charakteristika položek.....	23
4.2 Analýza získaných dat .....	24
4.3 Vyhodnocení hypotéz .....	42
4.3.1 Hypotéza číslo 1 – Vztah mezi délkou pobytu v komunitě a fází léčby .....	42
4.3.2 Hypotéza číslo 2 – Souvislost myšlenek na drogy a fází léčby .....	43
4.3.3 Hypotéza číslo 3 – Souvislost pocitů bez drog a fází léčby .....	44
4.3.4 Hypotéza číslo 4 – Vztah mezi způsobem trávení volného času a fází léčby .....	45
4.3.5 Hypotéza číslo 5 – Vztah mezi představou o budoucím životě a fází léčby .....	46
5. Diskuze .....	47
6. Závěr .....	49
7. Seznam tabulek a grafů .....	50

7.1	Seznam grafů .....	50
7.2	Seznam tabulek .....	50
8.	Přílohy.....	52
9.	Literatura.....	54

# 1. Úvod

Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila téma „Resocializace v terapeutické komunitě Pastor Bonus“. V první kapitole teoretické části se budu obecně zabývat drogovou problematikou. Ve druhé kapitole se budu zajímat o komunitu Pastor Bonus, obecně o resocializaci a psychoanalýzu, kterou komunita využívá k léčení svých klientů. V praktické části zpracuji dotazníky, ze kterých si stanovím a vyhodnotím hypotézy a zhodnotím cíl.

Drogová problematika je velice závažné a obtížné téma pro celou naši společnost, přestože se nás třeba osobně nedotýká. Drogy jsou všude kolem nás a těch ilegálních bude stále více. Společnost se sice snaží proti drogám bojovat, ale výsledky nejsou nijak alarmující. A tak jedinou pomocí je dokonalá prevence. Prevence, která by měla začínat v každé rodině, pokračovat ve škole a v celé společnosti. Jedinou pomocí je, aby člověk dokázal odolat pokušení vzít si drogu. Lidé se musí naučit říkat ne a odmítnout. Je důležité, aby každý znal realitu a následky způsobené braním drog, aby každý zodpovídal za své vlastní chování. To je možná jediný a účinný boj proti drogám.

Bohužel v mnoha případech se boj nevyhrává a lidé svůj život často utápějí v závislosti na drogách. Otázkou o smyslu života se velmi často zabývá i „nezávislá“ populace, ale ta si se svým problémem dokáže poradit sama. Pro drogově závislého člověka je to mnohem složitější. A proto, když se závislý člověk rozhodne se svým životem něco udělat, jsou k dispozici různé organizace, které se snaží závislým lidem pomoci. Nejdůležitější je nalézt něco, co zaplní prostor, který zabírala droga. Náhradou prázdného místa může být vztah, zájmy nebo záliby. Důležité je znovu najít a uvědomit si cestu sám k sobě a objevit důležité hodnoty v životě.

Jedním takovým místem, které pomáhá najít novou cestu, je terapeutická komunita Pastor Bonus. V této komunitě jsem vykonávala svoji praktickou část práce. V komunitě léčí své klienty pomocí psychoanalýzy. Ovšem nejdůležitější součástí léčby je resocializace, která má klientovi vrátit a obnovit jeho hodnoty, normy, které měl před svojí závislostí na drogách. A právě na resocializaci v terapeutické komunitě jsem se zaměřila. Cílem této bakalářské práce je vyvrátit nebo potvrdit, zda jsou klienti schopni změnit svůj postoj k dosavadnímu životu. Zda jsou schopni se vzdát drogy a nahradit ji novým životním stylem.

## 2. Drogy a závislost

### 2.1 Co jsou drogy?

Ve slovníkové definici najdeme, že droga je jednoduchá léčivá látka, organická nebo anorganická, užívaná samostatně nebo jako přísada. Ale ve skutečnosti je droga popisována jako chemická látka, která působí na tělo, náladu, chování a působí na to, co člověk slyší a cítí. Látka může být brána jako jednoduchá, ale její účinky rozhodně jednoduché nejsou.<sup>1</sup>

### 2.2 Druhy drog

Drogy můžeme dělit na legální a ilegální, na tvrdé a měkké drogy. Mezi legální a měkké drogy patří káva, tabák, alkohol, čaj. Do měkkých drog se také řadí konopí. Mezi ilegální a tvrdé drogy patří opia, stimulační a halucinogenní drogy, a dále těkavé látky.

#### 2.2.1 Těkavé látky

Mezi těkavé látky patří ředidla, lepidla a další chemické látky. Při užívání jedinec očekává efekt euforie, změněné vnímání (barvy, zvuky) hraničící s halucinacemi. Uživatelé danou látku vdechují z napuštěné látky, igelitového pytlíku či přímo z láhve.<sup>2</sup> Těkavé látky jsou asi nejnebezpečnější skupinou látek. Snadno dochází k předávkování se smrtelným zakončením a užívání vede k rozsáhlému poškození.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Srov. GANERI, A. *Drogy, Od extáze k agonii*. 1.vyd. Praha: Amulet, 2001, s. 5-6

<sup>2</sup> Srov. HAJNÝ, M. *O rodičích, dětech a drogách*. 1.vyd. Havlíčkův Brod: Grada, 2001, s. 21

<sup>3</sup> Srov. KOL.AUTORŮ. *Drogy otázky a odpovědi*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007, s. 150

### **2.2.2 Konopné drogy**

Konopí pochází z Indie a odsud se rozšířilo do celého světa. Jedná se o jednoletou bylinu. Na trhu s drogami se objevuje ve formě, které se říká buď hašiš, nebo marihuana. Řadí se do skupiny tzv. lehkých drog. Díky svému rozšíření se konopné drogy staly v posledních letech jistým symbolem. Většinou tato droga bývá prvním setkáním s drogami, které dále pokračuje ve zkoušení tvrdších drog.<sup>4</sup>

### **2.2.3 Halucinogenní drogy**

Halucinogeny způsobují narušené vnímání reality doprovázené zvukem, čichem a hmatem. Může docházet i k halucinacím, silné paranoie, panice, ztrátě ovládnání nebo zmatenosti a zběsilosti. V ČR je nejčastěji užíván LSD. LSD je extrémně silný halucinogen. Dále je do této kategorie zahrnován durman, mescalín a psilocybinová houba.<sup>5</sup>

### **2.2.4 Stimulační drogy**

Stimulační drogy jsou látky s nefyziologickým budivým efektem na CNS (centrální nervový systém). Látky zvyšují psychomotorické tempo, bdělost, zkracují spánek a zahánějí únavu, vyvolávají euforii a velmi příjemné pocity síly a energie. Snižuje se chuť k jídlu. Mezi typické zástupce patří pervitin (metamfetamin), amfetamin, kokain.<sup>6</sup>

---

<sup>4</sup> Srov. KOL.AUTORŮ. *Drogy otázky a odpovědi*. s. 153

<sup>5</sup> Srov. ILLES, T. *Děti a drogy*. 2.upr.vyd. Praha: ISV, 2002, s. 37-38

<sup>6</sup> Srov. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti*. dotisk 1.vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 164



### 2.2.5 Opiáty

Tyto látky jsou především známy pro svoji schopnost tišit bolest. Tlumivé látky způsobují u uživatele oslabenou soudnost, zadržávání se v řeči, chybí motorická koordinace. Tělo se dožaduje zvyšování dávek k udržení tlumivého efektu, a tak stav může dosáhnout nebezpečné hranice (smrt). Mezi opiáty se řadí heroin, opium, morfin a kodein. Heroin je jednou z nejnebezpečnějších a nejvíce návykových drog.<sup>7</sup>

### 2.3 Co je to závislost?

Závislost začíná u uživatele ve chvíli, kdy potřebuje drogu nebo zážitek, který drogy vyvolávají. Jedinec je závislý ve chvíli, kdy bez určité drogy nedokáže žít.<sup>8</sup> Závislost vyvolávají zejména drogy se stimulačním nebo tlumivým účinkem. Změna prožívání se postupně stává vytouženou, protože tím jedinec kompenzuje negativní zkušenosti a prožitky.<sup>9</sup> Droga se stává pro uživatele vším - všechn svůj čas, energii a peníze věnuje pouze shánění další dávky. Potřeba vzít si drogu je drtivá a mnohem silnější než běžná touha či síla vůle.<sup>10</sup> Ve společnosti neznáme jen drogovou závislost, ale i například gambling, workoholismus nebo celou řadu poruch přijímání potravy (anorexie či bulimie). U všech typů závislosti se nachází nutkavá naléhavost v jednání, která přináší krátkodobé uspokojení i přes často závažné důsledky na zdraví, blaho rodiny a sociálním zázemí.<sup>11</sup>

---

<sup>7</sup> Srov. ILLES, T. *Děti a dogy*. s. 31-32

<sup>8</sup> Srov. GANERI, A. *Drogy, od extáze k agonii*. s. 72

<sup>9</sup> Srov. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti*. s. 107

<sup>10</sup> Srov. GANERI, A. *Drogy, od extáze k agonii*. s. 73

<sup>11</sup> Srov. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti*. s. 107

### 2.3.1 Znamky závislosti

Konečná diagnóza závislosti se obvykle stanovuje pouze tehdy, jestliže dojde během jednoho roku ke třem nebo více z následujících jevů:

- Silná touha nebo pocit puzení užívat látku.
- Potíže v sebeovládání.
- Tělesný odvykací stav.
- Průkaz tolerance k účinku látky (vyžadování vyšších dávek látky).
- Postupné zanedbávání jiných potěšení a zájmů.
- Pokračování v užívání i přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.<sup>12</sup>

### 2.3.2 Rozdělení závislosti

Závislost dělíme na psychickou a fyzickou.

- **Psychická závislost**

Touha získat veškerými možnými prostředky drogu a konzumovat ji, je tak silná, že konzument jí dokáže jen těžko odolat. Z tohoto důvodu se páchají v souvislosti s drogami trestné činnosti. Konzument udělá pro získání peněz na drogy téměř vše. Jeho touha po opojení z užívání drog je stále častější a nakonec vede k psychické závislosti.<sup>13</sup>

- **Fyzická závislost**

Fyzická závislost nutí uživatele dodržovat mezi jednotlivými užitími drogy určitý časový odstup, aby nedošlo k rozvoji odvykacího stavu (tzv. abst'ák).<sup>14</sup> Základem fyzické závislosti je skutečnost, že tělo si zvykne na substanci a po určité době může fungovat jen s drogou. Chybí-li substance, dochází k abstinenci příznakům.<sup>15</sup>

---

<sup>12</sup> Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. s. 14

<sup>13</sup> Srov. GOHLERT, Ch., KÜHN, F. *Od Návyku k závislosti*. 1.vyd. Praha: Ikar, 2001. s. 21-22

<sup>14</sup> Srov. KOL.AUTORŮ. *Drogy otázky a odpovědi*. s. 20

<sup>15</sup> Srov. GOHLERT, Ch., KÜHN, F. *Od Návyku k závislosti*. s. 22

## **2.4 Způsoby léčby**

Léčení závislosti není jednoduché a musí na mnohorozměrný problém přiměřeně odpovídat. Mezi určením diagnózy a doporučením vhodné odborné péče není jednoduchý vztah – neexistuje pouze jediná léčba, která by se hodila pro všechny.<sup>16</sup>

### **2.4.1 Ambulantní léčba**

Ambulantní léčba je vhodná pro klienty s lehčím stupněm závislosti, s minimem somatických a psychických komplikací, vysokou motivací a podporujícím sociálním zázemím. Případnou vyšší intenzitu odvykacích příznaků lze zvládnout ústavní detoxifikací. Vedle farmakoterapie se v ambulantní léčbě používá individuální a skupinová terapie. Abstinence se kontroluje pomocí testování přítomnosti drog v moči. Důležitá je práce s rodinou. Doba ambulantního léčení je 6-12 měsíců, minimálně 3 měsíce.<sup>17</sup>

### **2.4.2 Intenzivní ambulantní léčba**

Nejznámější formou je denní stacionář. Klienti se účastní programu v rozsahu 20 a více hodin týdně a trvá obvykle 3-4 měsíce. Léčba může být přínosná i pro středně těžké a komplikovanější stupně závislosti. Intenzivní ambulantní léčba může být stejně účinná jako léčba v lůžkovém zařízení. Skutečnost, že klient při léčbě zůstává v kontaktu s původním prostředím, musí být vyvážena intenzitou a obsahem programu.<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> Srov. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti*. s. 254

<sup>17</sup> Srov. tamtéž. s. 256

<sup>18</sup> Srov. tamtéž. s. 256

### **2.4.3 Intenzivní ústavní léčba pod lékařským dozorem**

Pro rezidenční léčbu jsou indikováni klienti především s dlouhodobou a těžkou drogovou kariérou.<sup>19</sup> Hlavním cílem léčby v terapeutické komunitě není jen umožnit závislému žít bez drog, ale rozšířit pozitivní životní styl, naučit klienta zvládat stres, změnit negativní sebepojetí a naučit ho vytvářet vztahy a užívat si života. V terapeutické komunitě se člověk učí znovu cítit důvěru v druhé a zejména v sebe.<sup>20</sup> Rezidenční léčba je nejčastěji střednědobá (6-8 měsíců) nebo dlouhodobá (1 rok a více).<sup>21</sup>

### **2.4.4 Intenzivní ústavní léčba řízená lékařem**

Léčba je vhodná především pro medicínsky komplikovanější případy. Provádí se na specializovaných lůžkových odděleních nemocnic a psychiatrických léčeben. V této léčbě se běžně používá farmakoterapie.<sup>22</sup>

---

<sup>19</sup> Srov. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti*. s. 256

<sup>20</sup> Srov. KOOYMAN, M. *Terapeutická komunita pro závislé*. 1.vyd. Praha: Lidové noviny, 2004, s. 37

<sup>21</sup> Srov. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti*. s. 257

<sup>22</sup> Srov. tamtéž. s. 257

### 3. Resocializace s využitím psychoanalýzy v terapeutické komunitě Pastor Bonus

V této kapitole se budeme věnovat důležitým pojmům spojeným s léčbou drogově závislých. Těmito pojmy jsou resocializace, psychoterapie a psychoanalýza. V závěru této kapitoly bude představena terapeutická komunita Pastor Bonus, ve které jsem vykonávala praxi a z níž vychází praktická část.

#### 3.1 Socializace a resocializace

Proces **socializace** probíhá po celý životní cyklus. Socializace je trvalý a nikdy nekončící proces. Lidé si osvojují postoje, hodnoty a jednání v dané kultuře.<sup>23</sup> Proces socializace je začleňování jedince do skupiny. Ve společnosti se hovoří o primární a sekundární socializaci. Primární socializace se děje prostřednictvím nejbližších, jako je rodina nebo přátelé. Sekundární socializace probíhá pomocí institucí, např. škola, prostředky masové komunikace, zaměstnání atd.<sup>24</sup> Socializovaný jedinec by měl mít vyvinuté svědomí, zvládat role společnosti a rozlišovat, co je v životě důležité.<sup>25</sup>

Za určitých okolností může u dospělých jedinců docházet k **resocializaci**, která je charakterizována rozpadem dosud přijímaných hodnot a vzorců jednání. Jedná se o přijetí radikálně nových, radikálně odlišných hodnot.<sup>26</sup> V organizacích, kde probíhá pokus o resocializaci, je součástí izolace od starého prostředí a vazeb pokus vnutit jedinci novou identitu.<sup>27</sup> K resocializaci může dojít vstupem jedince na půdu instituce omezující osobní svobodu, psychiatrické léčebny, terapeutické komunity, vězení atd. Zde je jedinec oddělen od vnějšího světa a vystaven novým zákazům a příkazům.<sup>28</sup>

---

<sup>23</sup> Srov. SEKOT, A. *Sociologie v kostce*. 1.vyd. Brno: Paido, 2002, s. 26-28

<sup>24</sup> Srov. JANDOUREK, J. *Úvod do sociologie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003, s. 60

<sup>25</sup> Srov. JANDOUREK, J. *Průvodce sociologií*. 1.vyd. Havlíčkův Brod: Grada, 2008, s. 81

<sup>26</sup> Srov. MUCHA, I. *Sociologie základní texty*. 2.roz.vyd. Pelhřimov: Vydavatelství 999, 2005, s. 153

<sup>27</sup> Srov. JANDOUREK, J. *Úvod do sociologie*. s. 88

<sup>28</sup> Srov. MUCHA, I. *Sociologie základní texty*. s. 153

## 3.2 Psychoterapie

V psychologickém slovníku je psychoterapie popsána následovně: „*Léčení duševních chorob a hraničních stavů psychologickými prostředky, k nimž patří: slovo, gesto, mimika, mlčení, případně úprava prostředí, je jedním z účinných způsobů psychologické pomoci, plánované, promyšlené a prováděné odborníky.*“<sup>29</sup>

Odborníci, kteří mohou používat k léčení lidí psychoterapii, se nazývají psychoterapeuti. „*Psychoterapeut je osoba, která má vzdělání a výcvik, aby mohla léčit duševní a emocionální poruchy prostřednictvím psychologických prostředků. K výzbroji psychoterapeuta patří schopnost empatie, porozumění, osobní integrita, emoční podpora a zájem.*“<sup>30</sup>

Léčba drogově závislých osob je velice náročný a dlouhodobý proces. Závislost se nedá vyléčit medikamenty. Musí se pracovat s lidskou psychikou a k tomu má právě pomoci psychoterapie. Psychoterapie je léčebný postup, který má napomáhat pacientovi, aby vnitřně zpracoval to, co se odehrálo a těžce na něj dolehlo, aby to pochopil jako součást svého života a byl schopen pokračovat smysluplně ve své budoucnosti.<sup>31</sup>

Rozdíl odlišující psychoterapeutickou činnost od jiných činností lze hledat v několika směrech: a) čím působí, b) na co působí, c) čeho má dosáhnout, d) co se při ní děje, e) kdo působí.

- K psychologickým prostředkům patří zejména slovo a rozhovor, využívání těchto prostředků je záměrné a plánovité.
- Psychoterapie je léčebné působení na nemoc, poruchu, anomálii a pomoc osobám s psychogenními poruchami. Je to působení na psychiku osoby.<sup>32</sup>

---

<sup>29</sup> In. HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004, s. 217

<sup>30</sup> tamtéž, s. 217

<sup>31</sup> Srov. HELUS, Z. *Úvod do psychologie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011, s. 31

<sup>32</sup> Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 4.akt.vyd. Praha: Portál, 2002, s. 13

- Psychoterapie je působení, které má odstranit nebo zmírnit potíže a podle možnosti i odstranit jejich příčiny.
- Dochází ke změnám v prožívání a chování klienta.
- V psychoterapii působí kvalifikovaná osoba.<sup>33</sup>

Role psychoterapeuta je v psychoterapii velice důležitá. Jedním z nejdůležitějších úkolů terapeuta je vytvořit kontext, ve kterém se mohou klienti – dost možná poprvé v životě - podívat na sebe sama a své jednání objektivně. Terapeut má posilovat sebeúctu klienta, dodávat odvahu, mírnit strach. Musí být schopen klást a strukturovat otázky tak, aby se on i klient dozvěděli právě to, co se dozvědět potřebují. Dává klientovi zpětnou vazbu, pomáhá klientovi vnímat minulost na jeho současná očekávání a chování.<sup>34</sup>

V práci se skupinou role terapeuta spočívá v tom, že vytváří terapeutické prostředí, uvádí skupinu do pohybu a udržuje její činnost tak, aby byla maximálně efektivní. Základním a nejdůležitějším postojem terapeuta ke klientovi musí být vztah plný zájmu, přijetí a empatie. Žádné technické strategie nemají před tímto přístupem přednost.<sup>35</sup>

### 3.3 Psychoanalýza

*„Teorie založená na přesvědčení o rozhodujícím vlivu sexuálního pudu na vývoj a život člověka, z ní odvozená metoda léčby duševních a emočních poruch, založená na volných asociacích, snech a raných dětských zážitcích vyprávěných pacientem, dále na postupných interpretacích a konečně na analýze odporu; pomocí těchto tří základních kamenů dochází k odhalování podvědomých konfliktů, komplexů a potlačovaných přání, jež jsou příčinou pacientova onemocnění.“*<sup>36</sup> Takto je charakterizována psychoanalýza v psychologickém slovníku.

---

<sup>33</sup> Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. s. 13

<sup>34</sup> Srov. SATIR, V. *Společná terapie rodiny*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007, s. 157

<sup>35</sup> Srov. YALOM, I.D., LESZCZ, M. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. 2.vyd. Praha: Portál, 2007, s.125

<sup>36</sup> In. HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. s. 210

Zakladatel psychoanalýzy Sigmund Freud,<sup>37</sup> sám definoval psychoanalýzu jako „vědu o nevědomí“, čímž vystihl jeden z jejích nejpodstatnějších znaků.<sup>38</sup> Předpokladem analytické léčby je vytvoření úzkého a intenzivního kontaktu s pocity a myšlenkami pacienta, aby pacient a analytik mohli cítit a prožívat, co se v pacientovi děje.<sup>39</sup>

---

<sup>37</sup> Sigmund Freud se narodil v roce 1856 ve Freiburgu (dnes v Příbor v České republice), jako syn imigranta z Haliče. Freud a jeho rodina patřila k silné vlně emigrace z židovských ghatt východní Evropy. Freudova matka se také narodila na Haliči, ale vyrůstala v Oděse a ve Vídni. Ve Vídni navštěvoval Sigmund jedno z nových gymnázií v modernizujícím se Rakousku. Freud si pohrával s myšlenkou, že by šel studovat práva, ale nakonec se rozhodl pro studium přírodních věd. Freud jako sedmnáctiletý student nastoupil na Vídeňskou univerzitu a začal studovat přírodní vědy. Zajímal se především o evoluční biologii a fyziologii. Když se Freud přestal zabývat zoologií, tak začal pracovat na výzkumu v mnohem zajímavější laboratoři Ernsta Brückeho. Neurofyziologie a neuroanatomie byly tehdy nejaktuálnějšími tématy a Freud hledal něco důležitého, na čem by mohl pracovat. Freud měl pocit intelektuální méněcennosti, protože se mu nepodařilo vybudovat kariéru v neurologickém výzkumu. Neměl skutečný zájem o problémy světa přírody, chyběla mu inspirace. Freud byl také zaměstnán jako lékař ve Vídeňské všeobecné nemocnici a v Ústavu anatomie mozku pracoval v oddělení klinického výzkumu. Pro Freuda měl klinický výzkum jen malé kouzlo a zdálo se, že ke všemu zajímavějšímu jsou pro něj dveře zavřené. Toho roku začal mít pocit, že „neprozkoumané dědictví nervových onemocnění“ by mohlo být jeho jedinou příležitostí. Symptomy hysterie byly velmi působivé, patřily k nim křeče, poruchy vidění, hluchota, ztráta chuti a čichu, ochrnutí končetin. Za hlavní příčinu hysterie byla považována dědičnost. Záchvaty mohly přivodit zážitky z raného dětství, nějaké trauma. Hysterie se stala nejen respektovaným onemocněním, ale také velkou nevyřešenou hádankou pro neurology. To, že Freuda přehlíželi a že si musel těžce vydělávat na živobytí, to jej odehnalo od neuroanatomie a přivedlo k povolání, v němž se později proslavil - k fascinujícím problémům lidské psychiky.

Srov. SCHWARTZ, J. *Dějiny psychoanalýzy*. 1.vyd. Praha: Triton, 2003. s. 28-37

<sup>38</sup> Srov. NAKONEČNÝ, M. *Psychologie téměř pro každého*. 1.vyd. Praha: Akademie, 2004. s. 276

<sup>39</sup> Srov. VYBÍRAL, Z., ROUBAL, J. *Současná psychoterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2010. s. 111



V psychoanalytické metodě jde o jednotu diagnózy a terapie. Obvykle probíhá tak, že pacient leží na pohovce a sděluje psychoanalytikovi vše, co ho napadne (volné asociace, sny). Podstatou terapie pak je přivedení pacienta k uvědomění si těchto příčin, jimiž jsou z vědomí do nevědomí vytěsněné afekty. Klíčovým pojmem psychoanalýzy se stalo nevědomí, jehož obsahem jsou vytěsněné a potlačené duševní obsahy. Východiskem je tedy vnitřní konflikt, který k takovému vytěsnění a potlačení vede.<sup>40</sup>

### **3.4 Charakteristika terapeutické komunity Pastor Bonus**

Adresa: Podlesí 20, Světlá Hora, 793 31

Telefon: 602 743 842

Email: [pastorbonus@iol.cz](mailto:pastorbonus@iol.cz)

Webové stránky: [www.pastorbonus.cz](http://www.pastorbonus.cz)

Vedoucí komunity a odborný psychoterapeut: Mgr. Petr Opletal

Terapeutická komunita Pastor Bonus nabízí především a jako jediná v ČR léčbu drogově závislých partnerů a současně i jednotlivcům od 15 do 40 let. Po dohodě přijímá i páry s dětmi nebo matky s dětmi. TK nabízí velmi široké spektrum psychoterapeutických služeb. Konkrétně se jedná o skupinovou, individuální, párovou a rodinnou psychoanalytickou terapii, arteterapii, logoterapii, dramaterapii, sportovní terapii a motivační terapii.

Komunita jako jediná používá formu psychoterapie (psychoanalytická psychoterapie), která neodstraňuje pouze projevy (symptomy) drogové závislosti, ale odstraňuje především příčiny závislosti, takže z komunity vychází komplexně uzdravení lidé schopní vysoce kvalitního partnerského, přátelského i profesního života.<sup>41</sup>

---

<sup>40</sup> Srov. NAKONEČNÝ, M. *Psychologie téměř pro každého*. s. 276-277

<sup>41</sup> Srov. *Pastor Bonus*. [online], [akt. neuvědlena], [cit. 14. 4. 2012]. Dostupné na internetu: <<http://www.pastorbonus.cz>>.

Pracují tedy se všemi stránkami lidské přirozenosti, jako je především potřeba sebeúcty, sebepoznání a sebeprožívání, navazování partnerských vztahů, přátelství atd. Osou léčby jsou výše jmenované terapie a formou volné asociace klient hledá příčiny své drogové závislosti – takzvané vedlejší diagnózy, které k závislosti vedly a při logoterapii klient hledá alternativy svého budoucího života bez drogy.<sup>42</sup>

### **3.4.1 Fáze léčby v komunitě Pastor Bonus**

Klient prochází během léčby čtyřmi fázemi. Postup do další fáze určuje psychoterapeut. Záleží na každém klientovi, jak rychle projde celou léčbou. Závisí to na individuálních možnostech, snaze a potřebách. Není žádný předepsaný plán, kdy klient postoupí do vyšší fáze, záleží jen, jak pracuje na změně své osobnosti a vztahu k drogám.

- **Supervizní fáze**

Každý klient před nástupem absolvuje přijímací komunitu, kde vysvětlí, proč chce být přijat do komunity. Stávající klienti a terapeuti hlasováním rozhodují o jeho přijetí či nepřijetí. Během této fáze, která trvá jeden měsíc (u všech klientů stejně), je klient bez jakéhokoliv kontaktu s vnějším světem. Přijatému klientovi je přidělen jeden stávající klient - supervizor, který mu dělá během měsíce průvodce, ochránce a odpovědnou osobu v komunitě.

- **Fáze novus**

V této fázi už klient nese odpovědnost sám za sebe. Plnohodnotně se zapojuje do chodu komunity (vaření, uklízení, starání se o domácí zvířata, sezónní práce v hospodářství, práce při rekonstrukci domu). Dopolední činnost klienta tvoří práce. Odpolední činnost je zaměřena na sportovní, samořídící terapii, skupinovou nebo individuální terapii. Novus má možnost písemného kontaktu s rodiči a může být jimi pravidelně navštěvován. Novus podléhá služebně starším klientům, kteří mu přidělují a kontrolují práci v komunitě.<sup>43</sup>

---

<sup>42</sup> Srov. *Pastor Bonus*. [online], [akt. neuvědlena], [cit. 14. 4. 2012]. Dostupné na internetu: <<http://www.pastorbonus/>>.

<sup>43</sup> Srov. tamtéž

Novus se učí otevřeně a beze strachu řešit své vnitřní konflikty a konflikty se spoluklienty. Je to fáze hledání bazální důvěry ve skupinu a v její schopnosti pomoci mu s jeho problémy.<sup>44</sup>

- **Fáze status**

Ve fázi status se klient učí nést odpovědnost i za spoluklienty. V této fázi přiděluje služebně mladším klientům práci a nese odpovědnost za jejich činnost. Má možnost absolvovat dovolenky a tím otestovat kvalitu své abstinence. Také už má možnost telefonického kontaktu s vnějším světem. Status začíná aktivně pracovat na své budoucnosti, navštěvuje školu nebo nastupuje do zaměstnání. V této fázi většinou dochází k zásadnímu zlomu v léčbě, kdy se klient definitivně loučí se svojí drogovou minulostí. Status si v této fázi také uvědomuje, že se léčí jen kvůli sobě a nikoli kvůli rodičům a okolí.

- **Fáze doléčovací - verus**

V této fázi klient nemá žádné povinnosti v komunitě (vaření, úklid atd.), ale spolupodílí se s terapeuty na chodu komunity. Verus by měl mít objektivní náhled na svůj psychický stav a vědět sám, kdy si říci o terapeutickou pomoc. Jednou týdně dochází na skupinovou a individuální, případně párovou terapii. Verus také slouží služebně mladším klientům jako doprovod k lékaři, na úřady a při různých kulturních akcích. V této fázi se klient připravuje na definitivní odchod z komunity, zařizuje si bydlení a práci v budoucím místě bydliště.<sup>45</sup>

---

<sup>44</sup> Srov. *Pastor Bonus*. [online], [akt. neuvedena], [cit. 14. 4. 2012]. Dostupné na internetu: <<http://www.pastorbonus/>>.

<sup>45</sup> Srov. tamtéž

## 4. Praktická část

### 4.1 Výzkumný problém

V praktické části budeme usilovat o ověření hypotéz zaměřené na účinky terapie v terapeutické komunitě Pastor Bonus. Budeme zjišťovat, zda je resocializace v terapeutické komunitě účinná a zda je možné, aby se jedinec narušený drogovou závislostí zapojil zpět do běžného života.

#### 4.1.1 Popis metodologie a zpracování získaných dat

Pro získání potřebných dat byla použita jedna z nejrozšířenějších metod sběru dat - dotazník. Dotazník byl rozdán všem klientům po dohodě s hlavním vedoucím a terapeutem komunity. V komunitě bylo 29 klientů. Dotazník všichni klienti vyplnili a odevzdali zpět.

Pro ověření hypotéz byl použit Fisherův kombinatorický test. Tento test se používá v případě, když jsou data v tabulce malá a nelze použít test chí-kvadrát.

O přijetí nebo odmítnutí uvedených hypotéz bude rozhodnuto na základě testování nulové hypotézy. U Fisherova testu vypočítáme rovnou významnost, kterou poté srovnáváme se zvolenou hladinou významnosti. Jestliže odmítáme nulovou hypotézu, tak vypočítaná pravděpodobnost je menší než zvolená hladina významnosti. Testování hypotéz bude prováděno na hladině významnosti 0,05.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Srov. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. s. 84

## 4.1.2 Stanovení hypotéz

### Stanovení hypotézy č. 1:

$H_0$  – Mezi délkou pobytu v komunitě a fází léčby neexistuje významná souvislost.

$H_a$  – Mezi délkou pobytu v komunitě a fází léčby existuje významná souvislost.

### Stanovení hypotézy č. 2:

$H_0$  - Mezi fází v léčbě a tím, jestli klient myslí na drogy, neexistuje významná souvislost.

$H_a$  - Mezi fází v léčbě a tím, jestli klient myslí na drogy, existuje významná souvislost.

### Stanovení hypotézy č. 3:

$H_0$  - Mezi fází léčby a tím, jak se klient cítí bez drog, neexistuje významná souvislost.

$H_a$  - Mezi fází léčby a tím, jak se klient cítí bez drog, existuje významná souvislost.

### Stanovení hypotézy č. 4:

$H_0$  - Mezi fází léčby a klientovými záliby, jak tráví svůj volný čas, neexistuje významná souvislost.

$H_a$  – Mezi fází léčby a klientovými záliby, jak tráví svůj volný čas, existuje významná souvislost.

### Stanovení hypotézy č.5:

$H_0$  – Mezi fází léčby a klientovou představou o svém budoucím životě bez závislosti neexistuje významná souvislost.

$H_a$  – Mezi fází léčby a klientovou představou o svém budoucím životě bez závislosti existuje významná souvislost.

### **4.1.3 Charakteristika položek**

Dotazník obsahuje 21 položek.

Položky 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 a 8 jsou otázky, které zjišťují základní informace o klientovi a jeho rodině (pohlaví; věk; bydliště; dosažené vzdělání matky, otce a klienta; rodinné prostředí a závislost v rodině).

Položky 9, 10, 11 a 12 jsou otázky, které mají zjistit základní informace o klientově závislosti (délka užívání drog; počet léčebných pokusů; první droga; zprostředkovatel první drogy).

Položky 13, 14, 15 a 16 jsou otázky orientovány na pobyt v komunitě (délka v komunitě; fáze v komunitě).

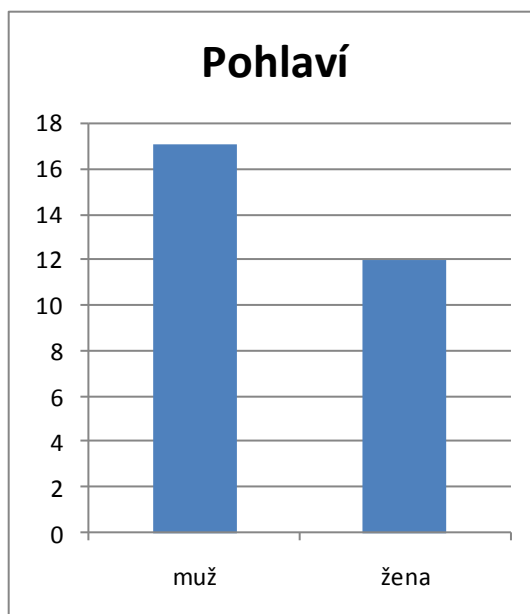
Položky 17, 18, 19, 20 a 21 jsou otázky, které mají zjistit, jak se klient cítí bez drogy a odpovědět na položené hypotézy (plány do budoucna a nové záliby).

## 4.2 Analýza získaných dat

Všechny položky v dotazníku jsou znázorněny v grafech. Vypočítané absolutní a relativní četnosti jsou zobrazeny v přehledných tabulkách. Relativní četnost je vypočítána v procentech.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muž	17	58,62%
Žena	12	41,37%
<b>Celkem</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

Tabulka 1: Pohlaví klienta



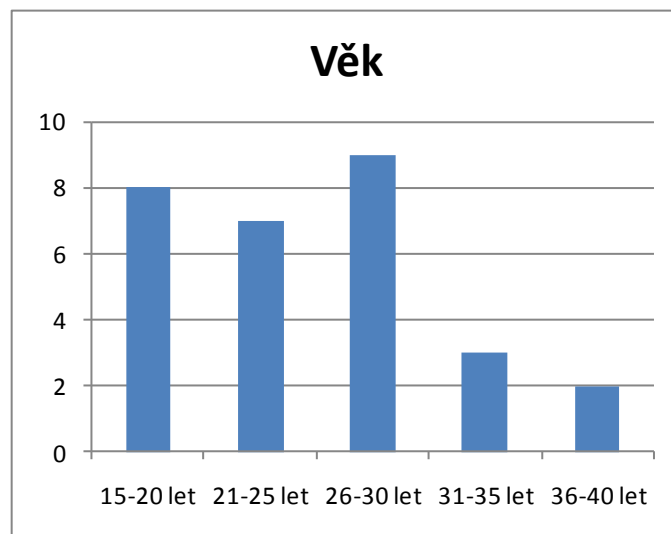
Graf 1: Pohlaví klienta

### Komentář:

Tato informativní otázka směřovaná na pohlaví klientů zobrazuje, že z celkového počtu 29 respondentů (tj. 100%) bylo zastoupeno 17 mužů (tj. 58,62%) a 12 žen (tj. 41,37%).

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
15-20 let	8	27,58%
21-25 let	7	24,13%
26-30 let	9	31,03%
31-35 let	3	10,34%
36-40 let	2	6,89%
<b>celkem</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

**Tabulka 2: Věk klienta**



**Graf 2: Věk klienta**

**Komentář:**

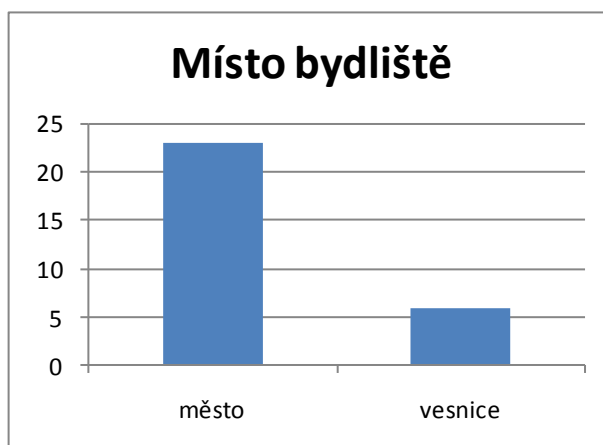
Tato otázka klienty rozděluje pro přehlednost do několika věkových skupin. Z celkového počtu 29 klientů (tj. 100%) je zastoupeno ve věkové skupině 15-20 let 8 klientů (tj. 27,58%). Ve věkové skupině 21-25 let je 7 klientů (tj. 24,13%). Nejpočetnější skupinu tvoří věková hranice 26-30 let, a to 9 klientů (tj. 31,03%). Poslední dvě skupiny mají menší zastoupení. Ve věkové skupině 31-35 let jsou 3 klienti (tj. 10,34%) a ve věkové skupině 36-40 let jsou pouze 2 klienti (tj. 6,89%).

Z grafu je zřejmé, že nejvíce se drogově závislí chodí léčit od 26-30 let a nejméně přes 36 a více let. Čím jsou drogově závislí lidé starší, tím je menší pravděpodobnost, že půjdou na léčení.



Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Město	23	79,31%
Vesnice	6	20,68%
<b>Celkem</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

**Tabulka 3: Místo bydliště dle počtu obyvatel**



**Graf 3: Místo bydliště dle počtu obyvatel**

Komentář:

Třetí otázka byla zaměřena na to, odkud klienti pocházejí, kde bydleli. 23 klientů (tj. 79,3%) odpovědělo, že pocházejí z měst a 6 klientů (tj. 20,6%) z vesnic. Tento graf vypovídá o tom, že větší pravděpodobnost styku s drogami je ve městě než na vesnici. Ve městech je větší koncentrace veškerých patologických jevů, včetně závislosti na drogách.

Odpověď(klienta)	Absolutní četnost	Relativní četnost
ZŠ	15	51,72%
SOU	8	27,58%
SŠ/VOŠ	6	20,68%
VŠ	0	0%
<b>Celkem</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

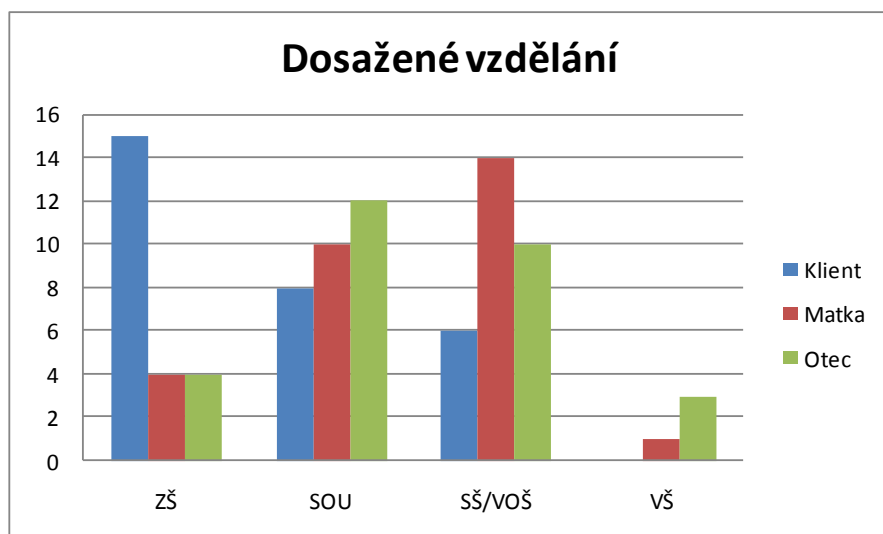
Tabulka 4: Dosažené vzdělání klienta

Odpověď(matky)	Absolutní četnost	Relativní četnost
ZŠ	4	13,79%
SOU	10	34,48%
SŠ/VOŠ	14	48,27%
VŠ	1	3,44%
<b>Celkem</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

Tabulka 5: Dosažené vzdělání matky

Odpověď(otce)	Absolutní četnost	Relativní četnost
ZŠ	4	13,79%
SOU	12	41,37%
SŠ/VOŠ	10	34,48%
VŠ	3	10,34%
<b>Celkem</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

Tabulka 6: Dosažené vzdělání otce



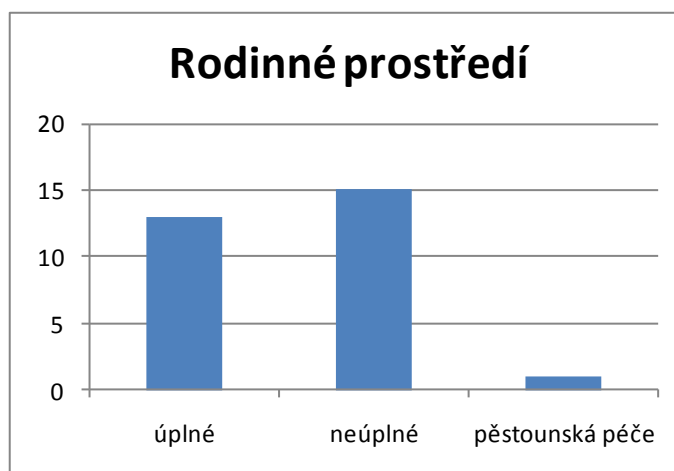
Graf 4: Dosažené vzdělání klienta, matky a otce

### Komentář:

Otázky číslo 4, 5 a 6 byly orientovány na vzdělání klienta, matky a otce. Z grafu vyplývá, že 15 klientů (tj. 51,72%) má základní vzdělání, 8 klientů (tj. 27,58%) má dokončený učební obor a 6 klientů (tj. 20,68%) vystudovalo střední školu s maturitou. U vzdělání matek vychází z grafu, že 4 matky (tj. 13,79%) mají základní školu, 10 matek (tj. 34,48%) má vystudovaný učební obor, 14 matek (tj. 48,27%) má střední školu s maturitou a 1 matka (tj. 3,44%) má vystudovanou vysokou školu. Základní školu mají 4 otcové (tj. 13,79%), učební obor vystudovalo 12 otců (tj. 41,37%), střední školu s maturitou 10 otců (tj. 34,48%) a vysokou školu vystudovali 3 otcové (tj. 10,34%). Z grafu je zřejmé, že většina klientů nemá dokončené vyšší vzdělání v porovnání se základní školou.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Úplné	13	44,82%
Neúplné	15	51,72%
Pěstounská péče	1	3,44%
<b>Celkem</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

**Tabulka 7: Rodinné prostředí**



**Graf 5: Rodinné prostředí**

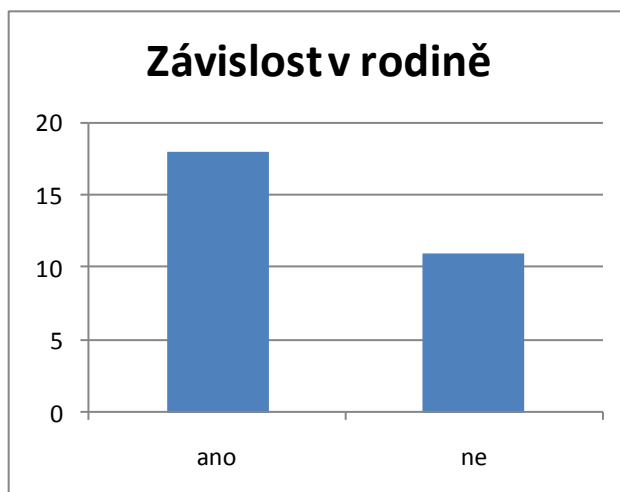
### Komentář:

Otázka č. 7 zjišťovala, zda klienti vyrůstali v úplné nebo neúplné rodině. V úplné rodině vyrůstalo 13 klientů (tj. 44,82%), v neúplné rodině vyrůstalo 15 klientů (tj. 51,72%) a 1 klient (tj. 3,44%) odpověděl, že vyrůstal v pěstounské péči.

Co se týče odpovědí, může se zdát zarážející, že z úplné rodiny pochází až tak velké procento klientů.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	18	62,06%
Ne	11	37,93%
<b>Celkem</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

**Tabulka 8: Závislost v rodině**



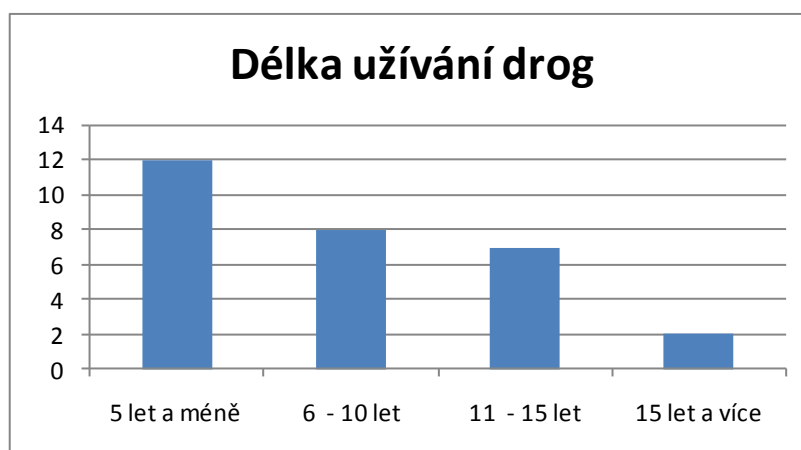
**Graf 6: Závislost v rodině**

Komentář:

Otázka číslo 8 byla zaměřena na závislost v rodině. V rodině, kde se objevila různá forma závislosti, je pravděpodobnější, že bude závislý i jedinec, který v prostředí vyrůstá. Z 29 klientů (tj. 100%) odpovědělo 18 klientů (tj. 62,06%), že se u nich v rodině závislost objevila a 11 klientů (tj. 37,93%) odpovědělo, že nikdo z jejich rodiny nebyl na ničem závislý.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
5 let a méně	12	41,37%
6-10 let	8	27,58%
11-15 let	7	24,13%
15 let a více	2	6,89%
<b>Celkem</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

**Tabulka 9: Délka užívání drog**



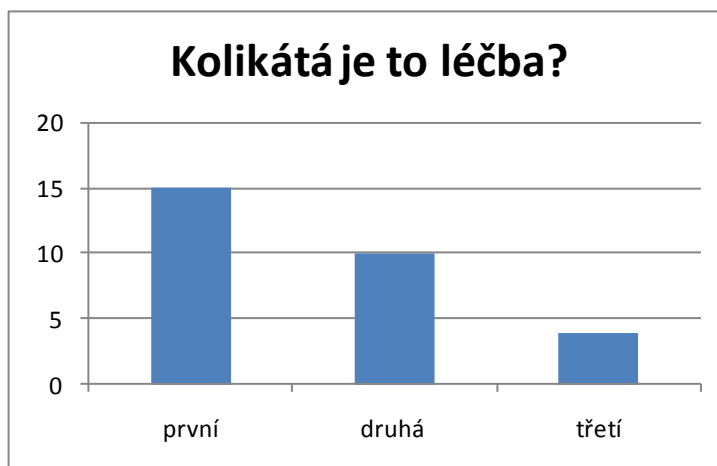
**Graf 7: Délka užívání drog**

Komentář:

Otázka číslo 9 měla zjistit, jak dlouho klienti užívali drogy, jak dlouho byli drogově závislí. Z 29 klientů (tj. 100%) odpovědělo 12 klientů (tj. 41,37%), že drogy užívali méně než 5 let. 8 klientů (tj. 27,58%) odpovědělo, že jejich délka užívání drogy byla něco mezi 6-10 lety, 7 klientů (tj. 24,13%) odpovědělo, že užívání drogy dosahovalo 11-15 let a u 2 klientů (tj. 6,89%) 15 let a více. Z grafu vyplývá, že nejvíce klientů užívalo drogy v délce 5 let a nejméně klientů užívalo drogy 15 let a více. Tento graf souvisí s otázkou číslo 2 (zaměřenou na věk klientů). Zde je zřejmé, že čím delší je drogová závislost, tím se jedinci chodí méně léčit.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
První	15	51,72%
Druhá	10	34,48%
Třetí	4	13,79%
<b>Celkem</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

**Tabulka 10: Počet léčebných pokusů**



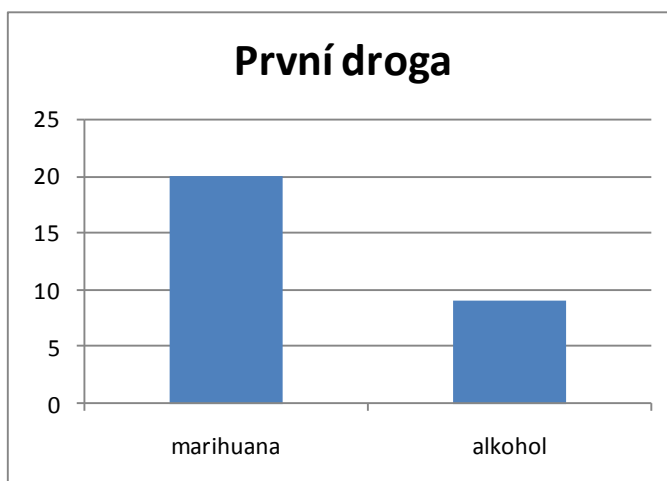
**Graf 8: Počet léčebných pokusů**

Komentář:

Otázka číslo 10 zjišťovala, kolik léčebných pokusů klient absolvoval. Na to, že se jedná o první léčbu, odpovědělo 15 klientů (tj. 51,72%). Druhou léčbu absolvuje 10 klientů (tj. 34,48%) a třetí léčebný pokus 4 klienti (tj. 13,79%). Z tohoto grafu vyplývá, že drogově závislí jedinci si nedávají moc pokusů na vyléčení. A pokud se jim to nepodaří napoprvé, tak jejich snahy velmi rychle ubývají.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Marihuana	20	68,96%
Alkohol	9	31,03%
<b>Celkem</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

**Tabulka 11: První droga**



**Graf 9: První droga**

Komentář:

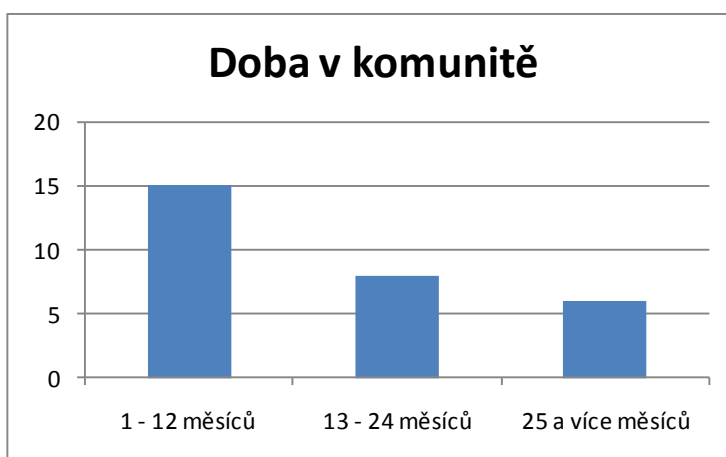
Otázka číslo 11 byla zaměřena na zjištění, jakou první drogu si vzal klient. Odpovědi byly velmi jednoznačné. 20 klientů (tj. 68,96%) odpovědělo, že první jejich drogou byla marihuana a 9 klientů (tj. 31,03%) odpovědělo, že jejich první drogou byl alkohol. Tento graf potvrzuje tvrzení, že marihuana a alkohol jsou tzv. „spouštěcí“ drogy. Každý klient se nejprve setkal s „měkkou“ drogou a pak následovaly tvrdé drogy, na kterých se stal závislý.

Komentář:

Na otázku číslo 12 všech 29 klientů (tj. 100%) odpovědělo, že jejich první styk s drogou zprostředkovali kamarádi, parta. Vrstevníci, se kterými klienti trávili svůj volný čas. V adolescentním období mají velký vliv na chování jedince právě vrstevnické skupiny. Rodina v tomto období jde se svým ovlivňováním do ústraní.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1-12 měsíců	15	51,72%
13-24 měsíců	8	27,58%
25 a více měsíců	6	20,68%
<b>Celkem</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

**Tabulka 12: Doba strávená v komunitě**



**Graf 10: Doba strávená v komunitě**

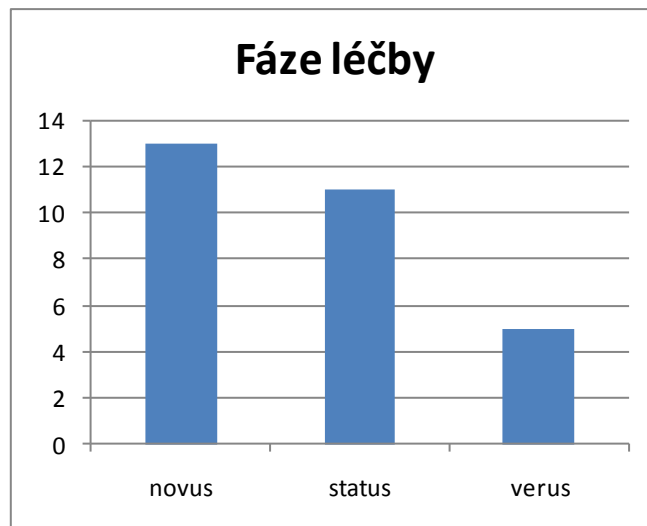
Komentář:

Otázka se vztahuje k hypotéze č. 1. Z 29 klientů (tj. 100%) odpovědělo 15 klientů (tj. 51,72%), že je v komunitě do 12 měsíců. Mezi 13 a 24 měsíci je v komunitě 8 klientů (tj. 27,58%) a 6 klientů (tj. 20,68%) je v komunitě více než 25 měsíců. Podle poznatků získaných z praxe je důležitá doba strávená v komunitě na postupu do další fáze. Ovšem záleží na klientovi samotném, jak dlouho mu trvá postup do vyšší fáze.



Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Novus	13	44,82%
Status	11	37,93%
Verus	5	17,24%
<b>Celkem</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

**Tabulka 13: Fáze léčby**



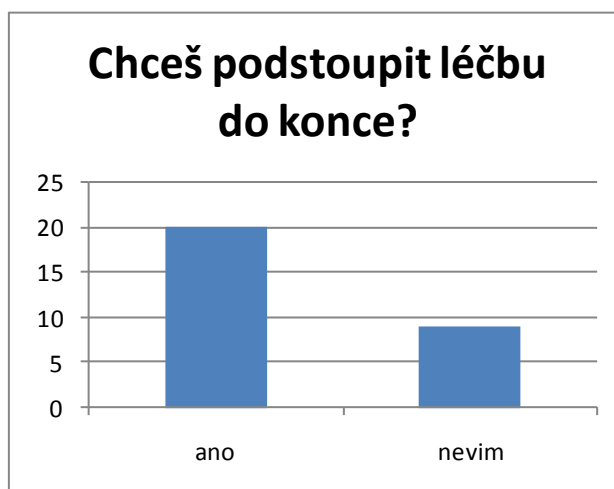
**Graf 11: Fáze léčby**

Komentář:

Otázka číslo 14 zjišťovala, v jaké fázi se klient právě nachází. 13 klientů (tj. 44,82%) za mého pobytu bylo v novusovi, 11 klientů (tj. 37,93%) bylo ve fázi status a 5 klientů (tj. 17,24%) bylo ve fázi verus. Klient postupně prochází během léčby všemi fázemi.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	20	68,96%
Nevim	9	31,03%
<b>Celkem</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

**Tabulka 14: Léčba až do konce?**



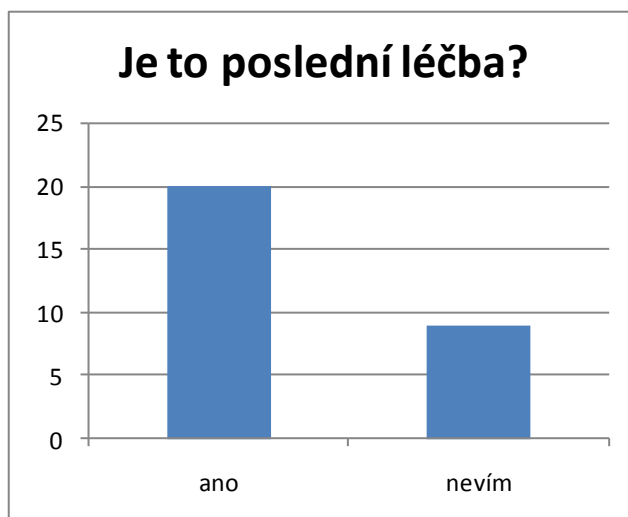
**Graf 12: Léčba až do konce?**

Komentář:

Otázka číslo 15 zjišťovala subjektivní pocity klientů, zda chtějí podstoupit léčbu do konce. Z 29 klientů (tj. 100%) odpovědělo 20 klientů (tj. 68,96%), že chtějí léčbu podstoupit až do konce a 9 klientů (tj. 31,03%) odpovědělo, že ještě neví, zda chtějí dokončit léčbu. Tato otázka měla zjistit, zda si klienti dokážou představit, že změní svůj život a vyléčí se z drogové závislosti, s čímž právě souvisí dokončení léčby.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	20	68,96%
Nevím	9	31,03%
<b>Celkem</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

Tabulka 15: Poslední léčba?



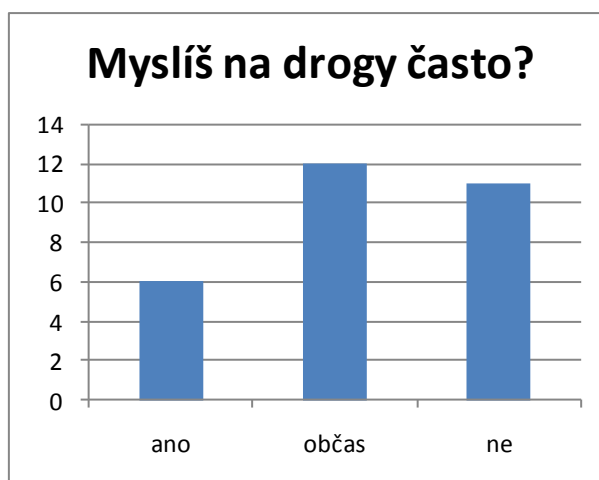
Graf 13: Poslední léčba?

Komentář:

Otázka číslo 16 se zaměřuje na subjektivní názor klienta, zda si myslí, že to je jeho poslední léčba. Pokud klient předpokládá, že se jedná o poslední léčbu, tak si dokáže připustit, že by se svou závislostí mohl skončit. Na tuto otázku odpovědělo 20 klientů (tj. 68,96%), že si myslí, že je to poslední léčba. Jen 9 klientů (tj. 31,03%) odpovědělo, že neví, jestli to je jejich poslední léčba.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	6	20,68%
Občas	12	41,37%
Ne	11	37,93%
<b>Celkem</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

**Tabulka 16: Myšlenky na drogy?**



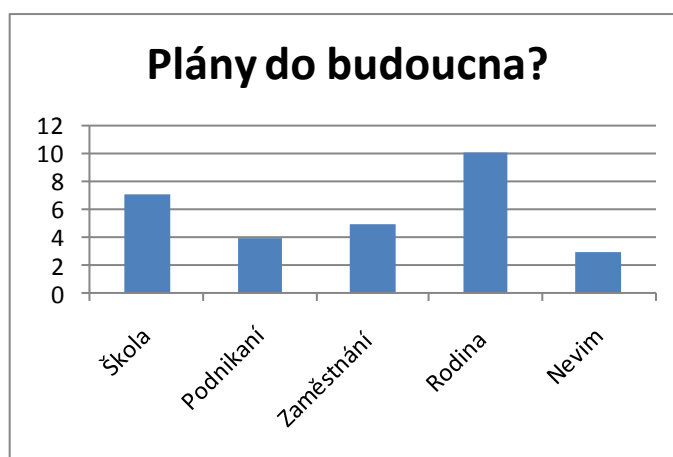
**Graf 14: Myšlenky na drogy?**

Komentář:

Na otázku číslo 17 odpovědělo 6 klientů (tj. 20,68%), že na drogy myslí. 12 klientů (tj. 41,37%) odpovědělo, že na drogy myslí občas a 11 klientů (tj. 37,93%) odpovědělo, že na drogy nemyslí. Během výkonu praxe se klienti svěřili, že je velmi těžké na drogy přestat myslet a že to chce prostor a čas.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Škola	7	24,13%
Podnikání	4	13,79%
Zaměstnání	5	17,24%
Rodina	10	34,48%
Nevím	3	10,34%
<b>Celkem</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

**Tabulka 17: Plány do budoucnosti?**



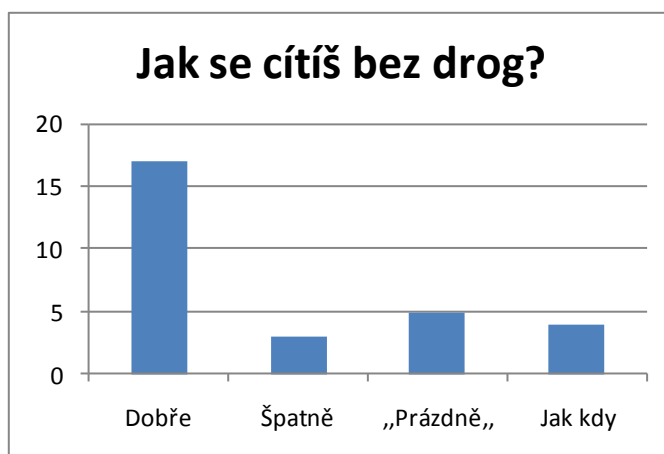
**Graf 15: Plány do budoucnosti?**

#### Komentář:

Otázka číslo 18 se zabývala plány klientů do budoucna bez závislosti na drogách. Tato otázka je velmi důležitá pro každého klienta. Plány a vize do budoucnosti jsou velmi významné, aby každý klient měl motivaci a důvod se vyléčit. Na otázku odpovědělo 7 klientů (tj. 24,13%), že mají v plánu si dokončit své vzdělání, 4 klienti (tj. 13,79%) odpověděli, že by rádi po odchodu z komunity začali podnikat ve svém oboru. 5 klientů (tj. 17,24%) odpovědělo, že by si rádi našli zaměstnání, které je uživí a budou soběstační. Až 10 klientů (tj. 34,48%) si chce po odchodu z komunity založit rodinu a zlepšit vztahy ve vlastní rodině. Nejméně klientů odpovědělo, že zatím ještě nemají plány do budoucna, tj. 3 klienti (10,34%).

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dobře	17	58,62%
Špatně	3	10,34%
„Prázdně,,	5	17,24%
Jak kdy	4	13,79%
<b>Celkem</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

**Tabulka 18: Pocity bez drog**



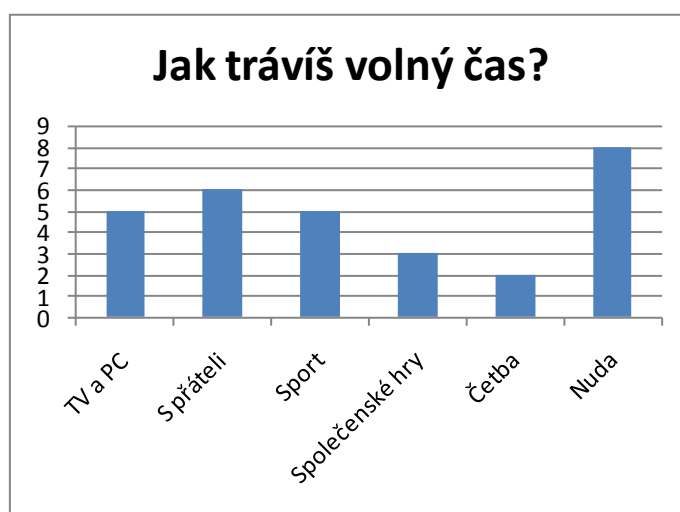
**Graf 16: Pocity bez drog**

Komentář:

Otázka číslo 19 měla zjistit pocity klientů, jak se cítí bez drog. 17 klientů (tj. 58,62%) odpovědělo, že se cítí dobře a svobodně, což je podle mého názoru velice dobrý výsledek. 3 klienti (tj. 10,34%) odpověděli, že se cítí špatně a 5 klientů (tj. 17,24%) odpovědělo, že se bez drog cítí „prázdně“. 4 klienti (tj. 13,79%) napsali, že se cítí někdy špatně a někdy dobře.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
TV a PC	5	17,24%
S přáteli	6	20,68%
Sport	5	17,24%
Společenské hry	3	10,34%
Četba	2	6,89%
Nuda	8	27,58%
<b>Celkem</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

Tabulka 19: Nové záliby pro volný čas



Graf 17: Nové záliby pro volný čas

#### Komentář:

Otázkou číslo 20 bylo zjišťováno, zda klient dokáže aktivně trávit svůj volný čas a jakým způsobem ho tráví. Svůj volný čas u počítače a televize tráví 5 klientů (tj. 17,24%) a 6 klientů (tj. 20,68%) tráví svůj volný čas s přáteli. Sportem se zabývá 5 klientů (tj. 17,24%) a společenské hry rádi hrají 3 klienti (tj. 10,34%). Četbou tráví svůj volný čas 2 klienti (tj. 6,89%). Až 8 klientů (tj. 27,58%) zatím nenašlo způsob, jak efektivně trávit volný čas a tak se většinou nudí. Drogově závislý člověk si musí najít nový způsob, jak trávit volný čas, který ho dostatečně naplní, aby se vyvaroval drogám.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	19	65,51%
Zatím ne	10	34,48%
<b>Celkem</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

**Tabulka 20: Budoucí život bez drog?**



**Graf 18: Budoucí život bez drog?**

Komentář:

V poslední otázce bylo zjišťováno, zda si klient dokáže představit svůj budoucí život bez drog. Z 29 klientů (tj. 100%), odpovědělo 19 klientů (tj. 65,51%), že si budoucí život dokáže představit bez drogové závislosti. 10 klientů (tj. 34,48%) napsalo, že si zatím nedokážou představit život bez drog.



### 4.3 Vyhodnocení hypotéz

Celkem bylo stanoveno 5 hypotéz, které potvrdí nebo vyvrátí výzkumný problém stanovený na začátku teoretické části.

Opěrným bodem pro všechny počítané hypotézy je otázka číslo 14, která je pro malé četnosti sjednocena do dvou odpovědí. Otázkou číslo 14 byli klienti dotazováni, v jaké fázi se nachází. U každé hypotézy je sestavena čtyřpolní tabulka.

Odpověď	Absolutní četnost
Novus	13
Status a verus	16
<b>Celkem</b>	<b>29</b>

Tabulka 21: Fáze léčby

#### 4.3.1 Hypotéza číslo 1 – Vztah mezi délkou pobytu v komunitě a fází léčby

Pro hypotézu číslo 1 byla upravena otázka číslo 13. V otázce číslo 13 nás zajímala délka pobytu klienta v komunitě.

Odpověď	Absolutní četnost
1-12 měsíců	15
13 a více měsíců	14
<b>Celkem</b>	<b>29</b>

Tabulka 22: Doba strávená v komunitě

	1-12 měsíců	13 a více měsíců	
novus	12	1	13
status a verus	3	13	16
	15	14	29

Tabulka 23: Čtyřpolní tabulka (hypotéza č.1)

Výsledná pravděpodobnost  $p$  se určuje jako součet všech hodnot  $p_i$ .

$$p = \sum p_i$$

Vypočítaná hodnota pravděpodobnosti je 0,0000939.

#### Vyhodnocení hypotézy:

Zjišťujeme, že  $p$  je menší než zvolená hladina významnosti 0,05. Proto můžeme na hladině významnosti 0,05 odmítnout nulovou hypotézu a přijmout alternativní hypotézu. Mezi délkou pobytu v komunitě a fází léčby existuje významná souvislost.

### 4.3.2 Hypotéza číslo 2 – Souvislost myšlenek na drogy a fází léčby

U této hypotézy byla upravena otázka číslo 17 (zda klient myslí stále na drogy). Otázka je sjednocena do dvou odpovědí (ano a ne).

Odpověď	Absolutní četnost
Ano	18
Ne	11
<b>Celkem</b>	<b>29</b>

Tabulka 24: Myšlenky na drogy?

	ano	ne	
novus	11	2	13
status a verus	7	9	16
	18	11	29

Tabulka 25: Čtyřpolní tabulka (hypotéza č.2)

Vypočítaná hodnota pravděpodobnosti je 0,02579162.

#### Vyhodnocení hypotézy:

Zjišťujeme, že  $p$  je menší než zvolená hladina významnosti 0,05. Proto můžeme na hladině významnosti 0,05 odmítnout nulovou hypotézu a přijmout alternativní hypotézu. Mezi fází léčby a tím, jestli klient myslí na drogy, existuje významná souvislost.

### 4.3.3 Hypotéza číslo 3 – Souvislost pocitů bez drog a fází léčby

Zde je upravena otázka z dotazníku číslo 19 (jak se klient cítí bez drog). I tato otázka je sjednocena do dvou odpovědí (dobře / špatně).

Odpověď	Absolutní četnost
Dobře	15
Špatně	14
<b>Celkem</b>	<b>29</b>

Tabulka 26: Pocity bez drog

	dobře	špatně	
novus	3	10	13
status a verus	14	2	16
	17	12	29

Tabulka 27: Čtyřpolní tabulka (hypotéza č.3)

Vypočítaná hodnota pravděpodobnosti je 0,000661323.

#### Vyhodnocení hypotézy:

Zjišťujeme, že  $p$  je menší než zvolená hladina významnosti 0,05. Proto můžeme na hladině významnosti 0,05 odmítnout nulovou hypotézu a přijmout alternativní hypotézu. Mezi fází léčby a tím, jak se klient cítí bez drog, existuje významná souvislost.

#### 4.3.4 Hypotéza číslo 4 – Vztah mezi způsobem trávení volného času a fází léčby

U této hypotézy byla upravena otázka číslo 20 (zda si klient našel nové záliby a jak tráví svůj volný čas). Otázka je sjednocena do dvou odpovědí - klient tráví svůj volný čas aktivně nebo pasivně.

Odpověď	Absolutní četnost
Aktivně	16
Pasivně	13
<b>Celkem</b>	<b>29</b>

Tabulka 28: Nové záliby pro volný čas

	aktivně	pasivně	
novus	2	11	13
status a verus	14	2	16
	16	13	29

Tabulka 29: Čtyřpolní tabulka (hypotéza č.4)

Vypočítaná hodnota pravděpodobnosti je 0,0001379.

#### Vyhodnocení hypotézy:

Zjišťujeme, že  $p$  je menší než zvolená hladina významnosti 0,05. Proto můžeme na hladině významnosti 0,05 odmítnout nulovou hypotézu a přijmout alternativní hypotézu. Mezi fází léčby a tím, jak klient tráví svůj volný čas, existuje významná souvislost.

### 4.3.5 Hypotéza číslo 5 – Vztah mezi představou o budoucím životě a fází léčby

Hypotéza číslo 5 vychází z otázky číslo 21 (zda si klient dokáže představit svůj budoucí život bez drog). Na otázku odpověděli klienti dvěma způsoby - ano / zatím ne.

Odpověď	Absolutní četnost
Ano	19
Zatím ne	10
<b>Celkem</b>	<b>29</b>

Tabulka 30: Budoucí život bez drog?

	ano	ne	
novus	5	8	13
status a verus	14	2	16
	19	10	29

Tabulka 31: Čtyřpolní tabulka (hypotéza č.5)

Vypočítaná hodnota pravděpodobnosti je 0,0077104.

#### Vyhodnocení hypotézy:

Zjišťujeme, že  $p$  je menší než zvolená hladina významnosti 0,05. Proto můžeme na hladině významnosti 0,05 odmítnout nulovou hypotézu a přijmout alternativní hypotézu. Mezi fází léčby a tím, jestli si klient dokáže představit svůj budoucí život bez drog, existuje významná souvislost.

## 5. Diskuze

Přijatá hypotéza číslo 1 dokazuje, že u klientů záleží na tom, jak dlouho jsou v komunitě na postupu do vyšší fáze. Tento výsledek není překvapující, protože podle získaných informací z praxe je velmi důležitý čas strávený v komunitě. Každý klient potřebuje svůj prostor a čas na srovnání se svými traumaty a důsledky z užívání drog. Čím déle je klient v léčbě, tím se nachází ve vyšší fázi. Samozřejmě je to velmi individuální, ale z praxe lze vycházet z toho, že pokud chce klient svůj dosavadní život změnit, tak postup do vyšší fáze trvá kolem 11-13 měsíců.

V hypotéze číslo 2 jsme ověřovali, zda mezi fází léčby a tím, jestli klient myslí na drogy, existuje významná souvislost. Podle poznatků z praxe je důležité, jak se klient vyrovnává s myšlenkami na drogy. Čím déle je klient v komunitě, tím méně by měl myslet na drogy, což byl účel zjištění této hypotézy. Výsledek poukazuje na to, že je důležité, v jaké se klient nachází fázi. Postup do další fáze je velmi individuální, ale zároveň vyžaduje po klientovi změnu v jeho přístupu k drogám. A tím lze předpokládat, že když se klient nachází ve vyšší fázi, tak jeho myšlenky na drogy by měly ustupovat.

Hypotéza číslo 3 měla potvrdit předpoklad získaný z praxe, že fáze léčby má vliv na to, jak se klient cítí bez drog. Když klient začne nacházet jiné potřeby, které mu dělají radost, začne se odpoutávat od své závislosti. Přijatá hypotéza ukazuje, že klient v nižší fázi léčby má své pocity vůči drogám zatím neuspořádané a nejasné, zatímco klienti ve vyšší fázi se většinou bez drog cítí dobře, svobodně a šťastně.

Jedním z nejdůležitějších bodů, jak se úspěšně vyrovnat se závislostí, je efektivní a aktivní vyplnění volného času. Hodnotné trávení volného času je pro klienty velmi náročné. Musí se naučit vyplnit svůj volný čas. Během diskuzí s klienty vyšlo najevo, že svůj volný čas trávili s partou kamarádů a experimentováním s drogami, což poté přešlo v závislost. U závislých lidí je volný čas jeden z důvodů užívání drog, a proto je jeho naplnění velmi důležité. Z tabulky č. 29 je patrné, že v novusovi se klienti nejvíce nudí, ale postup do vyšší fáze ukazuje, že klienti už dokážou vyplnit svůj volný čas aktivitami. Předposlední hypotéza tedy ověřila významnou souvislost mezi fází léčby a trávením volného času.

Poslední hypotézou jsme zjišťovali, zda si klient dokáže představit svůj budoucí život bez drog a závislosti. Z tabulky č. 31 je zřejmé, že pro novuse je zatím těžké si představit svůj život bez drog.

Zatímco klienti ve vyšší fázi mají víceméně jasnou představu o svém budoucím životě bez závislosti. Přijatá hypotéza potvrzuje, že léčba vyžaduje čas a terapeutickou práci, aby se klient dokázal odpoutat od své závislosti na drogách.

Všechny přijaté hypotézy potvrdily mé úsudky z praxe. Na změnu osobnosti je potřeba čas a dobrá práce na terapii. Klient má v komunitě velký prostor na změnu svých hodnot, názorů, vnímání sebe sama a okolí. Klienti mohou v léčbě dosáhnout velké osobnostní změny. Jsou schopni se znovu začlenit do společnosti a žít v souladu s jejími pravidly. To vše je cílem celé léčby. Většina vyléčených klientů je po odchodu z komunity schopna žít plnohodnotný život bez závislosti.

## 6. Závěr

Snahou mé bakalářské práce bylo porozumět v obecné rovině drogové problematice se zaměřením na léčbu závislosti v dané komunitě. Praktická část byla věnována výzkumu v terapeutické komunitě pro drogově závislé Pastor Bonus. V komunitě jsem byla na týdenní praxi, abych co nejlépe pochopila chod komunity a poznala co nejlépe klienty a jejich problémy. Praktickou část jsem pomocí dotazníkové metody vyhodnotila a stanovené hypotézy potvrdily můj předpoklad získaný z praxe.

Ve své práci jsem chtěla zjistit, jak se klient dokáže vrátit zpátky do běžného života bez závislosti. Na začátku praktické části jsem si stanovila jeden cíl a ten jsem ověřovala pomocí pěti hypotéz. Mým cílem bylo zjistit, jestli je možná resocializace klienta závislého na drogách.

Závislost je výrazný a velmi problematický zásah do života. Klient potřebuje čas a péči terapeuta, aby se dokázal vrátit zpět do běžného chodu společnosti. Jedná se o běh na dlouhou trať a rozhodně se tento problém nesmí podceňovat. Samozřejmě je zde velmi důležitá podpora rodiny a blízkých přátel. Klient se musí vzdát svého původního života a všeho, co s ním je spojeného. A to mu má ulehčit pobyt v komunitě a terapie. Vyrovnaní se všemi psychickými problémy, které vyvstanou během terapie, je velmi obtížné. Je potřeba, aby si klient vše přiznal a zároveň odpustil. Důležité je si najít nové záliby a soustředit se na svou budoucnost bez závislosti.

Přijaté hypotézy prokázaly, že resocializace v komunitě je účinná a pomáhá klientovi vybudovat si nový život bez závislosti. Je dokázáno, že čím déle je klient v komunitě, tím odlišnější má náhled na sebe a na drogy a dokáže si představit svůj život bez závislosti. Reálně vnímá svoji situaci a svoji budoucnost. Potvrdilo se, že pomocí terapie klient hledá nový způsob života a znovu nachází své ztracené normy a hodnoty. Dokáže si uvědomovat, co mu přinášela závislost a co mu může přinášet život bez závislosti. Mým cílem bylo vyvrátit nebo potvrdit, zda jsou klienti schopni změnit svůj postoj k dosavadnímu životu. Tato práce ukazuje, že klienti jsou schopni resocializace a dokážou díky terapii žít novým životem.

Věřím, že tato práce ukázala, že nikdy není pro nikoho pozdě se svojí závislostí něco udělat. Komunita Pastor Bonus je jedna z organizací, která drogově závislým pomáhá. Praxe zde strávená byla velice motivující a prospěšná. Jsem ráda, že jsem poznatky získané během svojí praxe mohla využít při zpracování této bakalářské práce.



## 7. Seznam tabulek a grafů

### 7.1 Seznam grafů

Graf 1: Pohlaví klienta .....	24
Graf 2: Věk klienta.....	25
Graf 3: Místo bydliště dle počtu obyvatel.....	26
Graf 4: Dosažené vzdělání klienta, matky a otce.....	27
Graf 5: Rodinné prostředí .....	28
Graf 6: Závislost v rodině .....	29
Graf 7: Délka užívání drog.....	30
Graf 8: Počet léčebných pokusů.....	31
Graf 9: První droga.....	32
Graf 10: Doba strávená v komunitě .....	33
Graf 11: Fáze léčby .....	34
Graf 12: Léčba až do konce?.....	35
Graf 13: Poslední léčba? .....	36
Graf 14: Myšlenky na drogy? .....	37
Graf 15: Plány do budoucnosti?.....	38
Graf 16: Pocity bez drog .....	39
Graf 17: Nové záliby pro volný čas .....	40
Graf 18: Budoucí život bez drog? .....	41

### 7.2 Seznam tabulek

Tabulka 1: Pohlaví klienta .....	24
Tabulka 2: Věk klienta .....	25
Tabulka 3: Místo bydliště dle počtu obyvatel .....	26
Tabulka 4: Dosažené vzdělání klienta.....	27
Tabulka 5: Dosažené vzdělání matky .....	27
Tabulka 6: Dosažené vzdělání otce.....	27
Tabulka 7: Rodinné prostředí.....	28
Tabulka 8: Závislost v rodině.....	29
Tabulka 9: Délka užívání drog.....	30
Tabulka 10: Počet léčebných pokusů.....	31
Tabulka 11: První droga.....	32
Tabulka 12: Doba strávená v komunitě .....	33
Tabulka 13: Fáze léčby .....	34

Tabulka 14: Léčba až do konce? .....	35
Tabulka 15: Poslední léčba? .....	36
Tabulka 16: Myšlenky na drogy?.....	37
Tabulka 17: Plány do budoucnosti? .....	38
Tabulka 18: Pocity bez drog .....	39
Tabulka 19: Nové záliby pro volný čas.....	40
Tabulka 20: Budoucí život bez drog? .....	41
Tabulka 21: Fáze léčby .....	42
Tabulka 22: Doba strávená v komunitě .....	42
Tabulka 23: Čtyřpolní tabulka (hypotéza č.1).....	42
Tabulka 24: Myšlenky na drogy?.....	43
Tabulka 25: Čtyřpolní tabulka (hypotéza č.2).....	43
Tabulka 26: Pocity bez drog .....	44
Tabulka 27: Čtyřpolní tabulka (hypotéza č.3).....	44
Tabulka 28: Nové záliby pro volný čas.....	45
Tabulka 29: Čtyřpolní tabulka (hypotéza č.4).....	45
Tabulka 30: Budoucí život bez drog? .....	46
Tabulka 31: Čtyřpolní tabulka (hypotéza č.5).....	46

## 8. Přílohy

### Dotazník:

Vážení,

Jmenuji se Marcela Bečičková a jsem studentkou třetího ročníku Cyrilometodějské teologické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, obor sociální pedagogika. Na závěr studia vypracovávám bakalářskou práci na téma: Resocializace v terapeutické komunitě Pastor Bonus. Jelikož jste klienti terapeutické komunity Pastor Bonus, tak se k Vám obracím s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který bude cenným zdrojem pro mou bakalářskou práci. Dotazník je dobrovolný a anonymní. Získané informace použiji pouze ke zpracování své bakalářské práce a nebudou v žádném případě zneužity. Prosím Vás o pravdivé zodpovězení všech otázek v dotazníku.

Děkuji Vám předem za čas věnovaný vyplnění dotazníku. Marcela Bečičková

1. Pohlaví?
2. Věk?
3. Místo bydliště (město/vesnice)?
4. Tvoje nejvyšší dosažené vzdělání?
5. Nejvyšší dosažené vzdělání matky?
6. Nejvyšší dosažené vzdělání otce?
7. V jakém rodinném prostředí jsi vyrůstal/a?
8. Objevila se ve Vaší rodině v jakékoliv formě závislost?

9. Jak dlouho jsi bral/a drogy?
10. Kolik léčebných pokusů jsi absolvoval/a?
11. Jaká byla tvá první droga?
12. Jak jsi se dostal ke své první droze?
13. Jak dlouho jsi v komunitě?
14. V jaké se nacházíš fázi?
15. Chceš podstoupit léčbu do konce?
16. Myslíš, že to je tvá poslední léčba?
17. Myslíš na drogy stále často?
18. Jaké máš plány do budoucna bez drog?
19. Jak se cítíš bez drog?
20. Našel jsi si nové záliby, jak trávíš svůj volný čas?
21. Dokážeš si představit svůj budoucí život bez drog?

Děkuji Vám ještě jednou za spolupráci.

## 9. Literatura

GANERI, A. *Drogy, Od extáze k agonii*. 1.vyd. Praha: Amulet, 2001. 149 s. ISBN 80-86299-70-8.

HAJNÝ, M. *O rodičích, dětech a drogách*. 1.vyd. Havlíčkův Brod: Grada, 2001. 133 s. ISBN 80-247-0135-9.

KOL.AUTORŮ. *Drogy, otázky a odpovědi*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. 198 s. ISBN 978-80-07367-223-2.

ILLES, T. *Děti a drogy*. 2.upr.vyd. Praha: ISV, 2002. 55 s. ISBN 80-85866-50-1.

KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I. dotisk* 1.vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.

GOHLERT, Ch., KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*. 1.vyd. Praha: Ikar, 2001. 143 s. ISBN 80-7202-950-9.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 150 s. ISBN 80-7178-432-X

KOOYMAN, M. *Terapeutická komunita pro závislé*. 1.vyd. Praha: Lidové noviny, 2004. 239 s. ISBN 80-7106-876-4.

SEKOT, A. *Sociologie v kostce*. 1.vyd. Brno: Paido, 2002. 142 s. ISBN 80-7315-021-2.

JANDOUREK, J. *Úvod do sociologie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. 231 s. ISBN 80-7178-749-3.

JANDOUREK, J. *Průvodce sociologií*. 1.vyd. Havlíčkův Brod: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2397-6.

MUCHA, I. *Sociologie základní texty*. 2.roz.vyd. Pelhřimov: Vydavatelství 999, 2005. 302 s. ISBN 80-86391-13-2.

HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004. 311 s. ISBN 80-7178-803-1.

HELUS, Z. *Úvod do psychologie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. 317 s. ISBN 978-80-247-3037-0.

KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 4.akt.vyd. Praha:Portál, 2002. 392 s. ISBN 80-7178-657-8.

SATIR, V. *Společná terapie rodiny*. 1.vyd. Praha:Portál, 2007. 214 s. ISBN 978-80-7367-303-1.

YALOM, D.I., LESZCZ, M. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. 2.vyd. Praha:Portál, 2007. 214 s. ISBN 978-80-7367-304-8.

SCHWARTZ, J. *Dějiny psychoanalýzy*. 1.vyd. Praha:Triton, 2003. 344 s. ISBN 80-7254-393-8

NAKONEČNÝ, M. *Psychologie téměř pro každého*. 1.vyd.Praha:Academie, 2004. 318 s. ISBN 80-200-1198-6

VYBÍRAL,Z., ROUBAL,J. *Současná psychoterapie*. 1.vyd.Praha:Portál, 2010. 743 s. ISBN 978-80-7367-682-7

*Pastor Bonus*. [online], [akt. nevedena], [cit. 14. 4. 2012]. Dostupné na internetu: <<http://www.pastorbonus/>>.

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. 1.vyd.Praha:Grada, 2007. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4