

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Prožívání religiozity u pacientů s depresí v průběhu
terapeutického procesu**

Samuel Pindřák

Bakalářská práce

Studijní program: Psychologie

vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Michal Slaninka, Ph.D.

Praha 2024

Prague College of Psychosocial Studies



**Experiencing religiosity in patients with depression during the
therapeutic process**

Samuel Pindák

The Bachelor Thesis

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. et Mgr. Michal Slaninka, Ph.D.

Praha 2024

Prohlášení:

1. Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou/diplomovou práci vypracoval/a samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 25.7. 2024

Podpis

Anotace:

Tato bakalářská práce zkoumá vliv religiozity na prožívání a léčbu deprese u pacientů. Výsledky ukázaly, že náboženská víra poskytuje pacientům s depresí útěchu, smysl a sociální podporu, což pozitivně ovlivňuje jejich psychický stav a léčebný proces. Na druhé straně, může náboženská víra také vyvolávat pocity viny a studu. Práce doporučuje, aby terapeuti zohledňovali náboženskou orientaci pacientů a integrovali spirituální prvky do terapeutického procesu s respektem k individuálním potřebám.

Klíčová slova

religiozita, deprese, terapeutický proces, psychické zdraví

Abstract

This thesis examines the impact of religiosity on the experience and treatment of depression in patients. The results showed that religious beliefs provide comfort, meaning and social support to patients with depression, which positively influences their psychological state and treatment process. On the other hand, religious beliefs may also induce feelings of guilt and shame. The thesis recommends that therapists should take into account the religious orientation of patients and integrate spiritual elements into the therapeutic process with respect for individual needs.

Key words

religiosity, depression, therapeutic process, mental health

Poděkování

Rád bych vyjádřil svou upřímnou vděčnost vedoucímu této bakalářské práce, Mgr. et Mgr. Michal Slaninka, Ph.D., za jeho cenné rady, trpělivost a odbornou podporu během procesu psaní. Dále bych chtěl poděkovat všem participantům, kteří se ochotně zapojili do mého výzkumu a sdíleli své osobní zkušenosti. Bez jejich otevřenosti a spolupráce by tato práce nemohla být realizována. Vaše podpora a důvěra byly pro mě nesmírně důležité. Děkuji mnohokrát!

Obsah:

Úvod:	8
1. Kapitola: Religiozita a duševní zdraví	9
1.1 Vymezení pojmu.....	9
1.2 Spiritualita.....	9
1.3 Psychopatologie v náboženství.....	10
1.4 Vliv religiozity na duševní zdraví.....	11
2. Kapitola: Deprese	14
2.1 Vymezení pojmu.....	14
2.2 Dělení deprese.....	14
2.3 Depresivní symptomy.....	15
2.4 Léčba deprese.....	16
3. Kapitola: Výzkumná metodologie	18
3.1 Výzkumný soubor.....	18
3.2 Výběr participantů.....	19
3.3 Reflexe vlastní zkušenosti se zvoleným tématem.....	19
3.5 Etické aspekty výzkumu.....	20
3.6 Metoda získávání dat.....	21
3.7 Metoda analýzy dat.....	22
4. Kapitola: Výsledky výzkumu	24
4.1 Naděje, smysl života.....	24
4.2 Úpadek religiozity.....	25
4.3 Podpůrné prostředí.....	26
4.4 Návrat.....	28
4.5 Limity výzkumu.....	29
4.6 Diskuze.....	29
Závěr:	32
Seznam tištěné literatury	33
Seznam internetové literatury	34

Úvod:

Tato bakalářská práce se zaměřuje na prožívání religiozity u pacientů s depresí v průběhu terapeutického procesu. Deprese, jedno z nejrozšířenějších duševních onemocnění, má zásadní dopad na kvalitu života a celkovou pohodu postižených jedinců. Mezi symptomy deprese patří smutek, ztráta zájmu o běžné činnosti, únava, poruchy spánku a další. V léčbě deprese se využívá kombinace farmakologických a psychoterapeutických přístupů, přičemž stále častěji se zkoumá i vliv religiozity a spirituality na léčebný proces.

Religiozita a spiritualita hrají v životě mnoha lidí významnou roli, a to jak na individuální, tak na společenské úrovni. Náboženské přesvědčení a praktiky mohou poskytovat emocionální podporu, pocit smyslu a naděje, což může být pro pacienty s depresí klíčové. Na druhou stranu, některé aspekty náboženské víry mohou vyvolávat pocity viny, studu či úzkosti, což může léčbu naopak komplikovat.

Tato práce se snaží prozkoumat, jakým způsobem religiozita ovlivňuje prožívání deprese a průběh terapeutického procesu. V teoretické části práce se zaměříme na definice pojmů religiozita a spiritualita a jejich vztah k duševnímu zdraví. Budeme se věnovat různým teoretickým přístupům a výzkumným studiím, které zkoumají vliv náboženské víry na psychický stav jedince. Praktická část práce bude založena na kvalitativním výzkumu, který zahrnuje rozhovory s pacienty trpícími depresí a jejich terapeutickými pracovníky. Tento výzkum poskytne hlubší vhled do osobních zkušeností pacientů a umožní identifikovat konkrétní způsoby, jakými religiozita ovlivňuje jejich prožívání a léčbu.

Cílem této práce je nejen přispět k lepšímu porozumění komplexním vztahům mezi religiozitou a depresí, ale také nabídnout praktická doporučení pro terapeuty, jak efektivně integrovat náboženské a spirituální prvky do terapeutického procesu. Věřím, že taková integrace může přispět k celkovému zlepšení duševního zdraví a kvality života věřících pacientů trpících depresí.

Religiozita a spiritualita mohou být silnými nástroji v boji proti depresi, a proto je důležité je zohledňovat a vhodně využívat v terapeutické praxi. Tato práce si klade za cíl

ukázat, že náboženská víra může být nejen zdrojem útěchy a síly, ale také důležitým faktorem ovlivňujícím úspěšnost léčby deprese.

1. Kapitola: Religiozita a duševní zdraví

Abychom mohli lépe porozumět vztahu mezi religiozitou a duševním zdravím, je nezbytné nejprve přesně vymezit klíčové pojmy, které budeme v této práci používat. V následující kapitole se proto podrobněji zaměříme na definice religiozity a spirituality. Vysvětlíme, jak se tyto pojmy vzájemně liší a jak souvisí s naším chápáním duševního zdraví. Dále se budeme věnovat tomu, jak mohou náboženské přesvědčení a praktiky ovlivňovat psychické zdraví jedince. Cílem této kapitoly je poskytnout čtenáři teoretický základ pro pochopení komplexního vztahu mezi vírou a psychikou.

1.1 Vymezení pojmu

Definice religiozity je napříč obory různorodá, avšak pro účely této práce jsem se rozhodl pro použití definice, která religiozitu označuje za niterné náboženské prožívání, chování jedince a jeho afiliaci k náboženským uskupením v různé intenzitě. Jedná se o dynamický proces, který je ovlivňován rozmanitými sociokulturními faktory. Neoznačuje pouze dodržování rituálů a náboženských povinností, naopak přesahuje tuto představu a zahrnuje také hledání individuální cesty víry a hlubší pochopení životního smyslu (Říčan, 2007).

Pojem religiozita napříč světovou sociologickou literaturou označuje spíše rozšířenost náboženství v určitých populacích a intenzitu praktikování daného náboženství, přičemž je pro výzkumné účely nejčastěji dokazována prostřednictvím účasti na náboženské praxi (Říčan, 2007).

1.2 Spiritualita

Spiritualita je termín velmi úzce spojený s religiozitou, jež se do oblasti psychologie dostává v posledních letech jakožto původně teologický pojem, neboť nelze opomenout jeho náboženský význam. Spiritualita označuje složitý a mnohotvárný termín, který byl předmětem rozsáhlých studií a diskusí v průběhu celé lidské historie. Ve své podstatě je spiritualita hluboce osobní a subjektivní zkušeností, která překračuje hranice organizovaného

náboženství a zahrnuje širokou škálu přesvědčení, praktik a způsobů chápání okolního světa. Jeho častého užívání se dostává v psychoterapii, aplikované psychologii nebo u psychoterapeutických výcviků (Říčan, 2007).

Pargament a Emmons používají pro definici spirituality výraz hledání. Pargament ji definuje jako „hledání posvátna” a Emmons jako „hledání smyslu, jednoty, propojenosti, transcendence a nejvyššího lidského potenciálu”, přičemž valná většina věřících popisuje své spirituální zážitky a zkušenosti jako setkání s něčím neurčitým, neuchopitelným. Něco, co naopak ovládá nebo uchopuje je samotné (Říčan, 2007).

V definování tohoto pojmu se diskurz rozchází na dvě poloviny. Pargament zastává názor, že spiritualita je o hledání posvátna, jak bylo zmíněno výše, kdežto náboženstvím rozumí hledání něčeho významného takovými způsoby, které se vyznačují vztahem k posvátnu. Obecně tedy spiritualita spadá pod zastřešující a rozsáhlý koncept náboženství. Oproti němu nabízí Zinnbauer opačný úhel pohledu a tvrdí, že spiritualita je širší pojem zahrnující i náboženství. Základ jeho teorie spočívá ve schopnosti člověka projevat spiritualitu více způsoby než pouze prostřednictvím náboženství. Spiritualita je zde doprovázena prožitkem extáze, ke kterému může docházet například při milostném vztahu, setkání jedince s přírodou, tanci, požití psychoaktivních látek a podobně. Další zajímavý pohled podává Stifoss-Hanssen, pro jehož pojetí spirituality je stěžejní existencialita prožitku, který nabývá nejvyššího významu. Popisuje jej následující větou: „Na ničem nezáleží tolik jako na tomto” (Říčan, 2007).

1.3 Psychopatologie v náboženství

Ačkoli za hlavní záměr náboženství není považováno přispívání duševnímu zdraví věřících, ze strany některých psychologů je přesto spojováno s psychoterapií. Mezi tyto odborníky patří například C.G. Jung, jehož postoj k víře publikoval Říčan ve své knize Psychologie náboženství (2002, s.308) a zní takto: „Cíle náboženství jako spása, účast na božské podstatě nebo Božím království, osvícení a pokoj s Bohem se pak jeví jako cíle intrapsychické, tedy vnitřní pokoj, harmonie, sebepoznání atd. - a tyto cíle jsou velmi blízké cílům, jež sleduje psychoterapie.”

Harry Lindström v roce 1957 zkoumal děti, které byly vystaveny rigidní náboženské výchově. Jejich rodiče v rámci této výchovy užívali strategii vštěpování hodnot a myšlenek

pomocí strachu, jako například potlačování možných pochybností o Bohu, vnučování přesvědčení o inherentní hříšnosti sexuality, vedení k povinnosti milovat Boha, ale zároveň se ho obávat, a podobně. Pro tyto děti zavedl Lindström pojem „Boží vnučata“. Tato výchova později vedla ke třem různým druhům výsledků, přičemž první část dětí se stala ateisty, zahrnujícími jakoukoliv spojitost s výchovou, které byli podrobeni, druhá část se přizpůsobila výchově navzdory úzkosti, pocitům méněcennosti a vysokému riziku sebepoškozování, jež v nich vzbuzovala, a třetí část se s výchovou vypořádala prostřednictvím identifikace s hodnotami, jaké jim byly předávány, a ty poté dále uplatňovali v náboženských skupinách (Říčan, 2002).

Fenomén religiozity může dle výše uvedeného poskytovat vyznavatelům náboženství strukturu, smysl a podporu, což patří mezi významné faktory přispívající k lepší psychické stabilitě. Náboženské komunity často nabízejí sociální a emoční oporu, která může hrát zásadní roli v obtížných životních situacích. Modlitba a meditace, jež považujeme za běžné náboženské praktiky, mohou mimo jiné sloužit jako prostředky ke snížení stresu a úzkosti. Na druhé straně však mohou některé náboženské přesvědčení a aktivity vést k nárůstu psychického napětí nebo vnitřních konfliktů, zejména pokud jsou v rozporu s osobními postoji jedince nebo s jeho vlastním životním stylem (Říčan, 2007).

1.4 Vliv religiozity na duševní zdraví

Tato problematika se zabývá komplexním tématem vyvolávající diskuze po dobu několika staletí. Mnoho argumentů se týká otázky, zda jsou věřící v porovnání s nevěřícími duševně zdravější. Částečnou odpovědí může být fakt, že pro mnohé věřící představuje náboženství útočiště a zdroj naděje v náročných životních situacích. Víra v Boha či jinou vyšší moc jim dává pocit sounáležitosti a smyslu života, čímž jim zároveň pomáhá zvládat stres, úzkost a depresi (Dunbar, 2023).

Dalším důležitým faktorem působícím na duševní zdraví věřících jednotlivců je častá funkce náboženské komunity jako silné sítě poskytující sociální podporu, která lidem s psychickými potížemi zprostředkovává pocit sounáležitosti a zmírňuje možné pocity izolace. Sdílené hodnoty a vzájemná podpora v těchto komunitách jim dále mohou usnadňovat proces překonávání životních těžkostí (Dunbar, 2023).

Mimo jiné může náboženství lidem nabídnout morální kompas a etický rámec pro jejich život, čímž jim pomáhá dělat zodpovědná rozhodnutí a žít smysluplným způsobem. Náboženské praktiky, jako je například modlitba a meditace, mohou sloužit k efektivnímu zvládnání stresu a úzkosti a napomáhat k nalezení vnitřního klidu a pohody. Při pohledu na statistiky, které v rámci své studie shromáždili Koenig a Larson, můžeme zjistit, že drtivá většina z nich označuje duševní zdraví religiózních lidí za optimálnější. Tito jedinci bývají podle daných zjištění méně úzkostní i depresivní, mají zvýšenou tendenci nahlížet na svůj život jako na smysluplný, udržují stabilnější vztahy a mají menší sklony k užívání návykových látek (Říčan, 2002).

Někteří věřící se mohou setkat s nátlakem ze strany rodinných příslušníků, dané komunity či náboženských autorit k přijetí určité víry nebo dodržování striktních náboženských pravidel. To může v kontrastu s výše zmiňovanými studiemi zapříčinit pocity úzkosti, deprese a viny, pramenící z nechuťi či neschopnosti tyto požadavky naplnit. V extrémních případech se někteří jedinci mohou ocitnout v sevření náboženského extremismu, který je spojován s násilím, fanatismem a nenávisťi. Tato forma víry může mít devastující dopad nejen na duševní zdraví daných věřících, ale i na bezpečnost jejich bezprostředního okolí. Lidé hlásící se k menšinovým náboženským skupinám se zároveň mohou setkávat s diskriminací a předsudky, jež v nich mohou vyvolávat pocity izolace a odmítnutí nebo vyústit v nízké sebevědomí (Říčan, 2002).

Na jedné straně tedy může víra v nadpozemské síly, které se o dotyčného postarají v těžkých časech, a dobré zázemí, jež sdílí společensky a nábožensky přijímané hodnoty, skutečně podpořit celkové pozitivní naladění jedince. Na druhé straně bývá religiozita mnohdy vázaná na patogenní faktory projevované skrze náboženský nátlak rodiny či blízkých, náboženský extremismus, zneužívání moci vrchními představiteli, a další možné nepříznivé vlivy na duševní zdraví jedince (Říčan, 2007).

Statistiky jsou mimo jiné ovlivněny faktem, že se k náboženským společenstvím častokrát upínají lidé s duševním onemocněním, ať už se jedná o poruchy myšlení, kdy jedinec trpí religiózními bludy, opakované a hluboké zabývání se existenciálními otázkami, které nezdávka doprovází další symptomy schizofrenie, nebo jakékoliv jiné duševní onemocnění, při němž náboženské společenství poskytuje psychicky nemocnému společnost, smysl a naději (Říčan, 2002). Některé duševní poruchy, jako například obsedantně-kompulzivní porucha a schizofrenie, mohou být provázeny náboženskými bludy a

halucinacemi. Tyto symptomy často mají negativní vliv na stav pacienta a dále komplikují proces léčby (Dunbar, 2023).

V náročných životních situacích může spiritualita člověku nabídnout útěchu a smysl jeho utrpení. Různé duchovní tradice vnímají roli utrpení odlišně, ale v momentě, kdy nabývá spirituálního rozměru, se zpravidla stává snesitelnějším. Například v křesťanském pojetí je utrpení častokrát interpretováno jako cesta k duchovnímu růstu a sjednocení s Bohem. Ačkoli náboženství v mnoha případech pomáhá lidem adaptovat se na zátěžové situace, nelze tento jev označit za univerzální pravidlo. Spiritualita může sama o sobě představovat zdroj stresu a to zejména v důsledku přehnaného důrazu na kajícnost, pocity viny a sebeobviňování. To je patrné na příkladu pocitů vlastní provinilosti, které mohou v extrémních případech vést k psychickým potížím a omezovat tak člověka v jeho rozvoji. Někteří věřící se domnívají, že jejich chování k druhým zapříčinilo tolik špatného, že si zaslouží Boží trest. V nejvážnějších případech se mohou uchýlit až k sebevražedným myšlenkám, vnímají-li svůj prohřešek jako neodpuštělný. Duchovní tradice sice pocity viny v jistém smyslu podněcují, současně však nabízí i metody k jejich zmírnění. Víra v odpuštění hříchů patří mezi klíčové aspekty křesťanství a proto může věřícím poskytovat naději a úlevu. Spiritualitu tudíž lze vnímat jako dvousečný meč, který nabízí útěchu a smysl v těžkých chvílích, ale zároveň může sloužit jako zdroj stresu a psychických potíží. Důležitým faktorem je míra a prožívání spirituality, a to jak v pozitivním, tak i v negativním smyslu (Motl, 2015).

Při hledání literatury na téma mé bakalářské práce jsem zjistil, že téma vztahu mezi religiozitou a duševním zdravím je oblastí, která stále zůstává nedostatečně prozkoumaná. Zatímco existuje mnoho studií zkoumajících obecné aspekty náboženských praktik a víry, kvalitní výzkumy zaměřené na konkrétní duševní onemocnění a jejich propojení s religiozitou jsou vzácné. Potvrzuje to i následující článek, který se zabýval komplexním tématem vztahu mezi úzkostí a religiozitou. Autoři provádí rozsáhlý přehled 17 studií s cílem shrnout poznatky a kriticky analyzovat metodologické a koncepční aspekty výzkumu v této oblasti. Studie přinesly smíšené výsledky, s některými ukazujícími snížení úzkosti u religiózních jedinců, jinými poukazujícími na její nárůst a zbytkem nenacházejícím žádnou souvislost. Autoři zdůrazňují metodologické a koncepční problémy v přezkoumaných studiích, které ztěžují vyvození jednoznačných závěrů. Mezi hlavní problémy patří nedostatečná kvalita měření religiozity, malé a neobjektivní vzorky, absence fyziologických a behaviorálních markerů úzkosti a nevhodné interpretace korelačních dat (Shreve-Neiger & Edelstein, 2004).

Tento přehled zdůrazňuje potřebu rigoróznějšího a teoreticky podloženého výzkumu s využitím komplexních a psychometricky spolehlivých měřítek jak religiozity, tak úzkosti. To je klíčové pro hlubší pochopení komplexního a mnohostranného vztahu mezi těmito koncepty. Autoři navrhují oblasti pro budoucí výzkum, které by se měly zaměřit na implementaci validovaných vícerozměrných měřítek religiozity, zahrnutí fyziologických a behaviorálních ukazatelů úzkosti, zkoumání populací starších dospělých a různorodých náboženských skupin, využití statistických analýz pro testování hypotéz o moderátorech a mediátorech a prozkoumání role náboženství v klinické léčbě úzkostných poruch (Shreve-Neiger & Edelstein, 2004).

Další studií, která zachytila moji pozornost, je text od McNamara Barryové a kolektivu (2010) zabývající se tématem religiozity a spirituality v období vynořující se dospělosti, které se obvykle datuje mezi 18. a 25. rokem života. Autoři provádí rozsáhlý přehled literatury s cílem shrnout poznatky o vývoji, socializačních vlivech a roli religiozity a spirituality v tomto důležitém životním období. Hlavním cílem článku bylo podat komplexní přehled o religiozitě a spiritualitě v nastupující dospělosti, přičemž se autoři zaměřují na několik klíčových oblastí: vývojové faktory, které ovlivňují zájem o religiozitu a spiritualitu v tomto období; komplexní vývoj religiozity a spirituality, včetně změn ve víře a praxi; souvislosti religiozity a spirituality s psychickým a duševním zdravím; socializační vlivy, jako jsou rodiče, vrstevníci, média a kultura, na utváření religiozity a spirituality; a směry budoucího výzkumu v této oblasti.

Autoři provádí systematický přehled literatury zahrnující teoretické koncepty, empirické studie a kvalitativní výzkumy týkající se religiozity a spirituality v nastupující dospělosti. Tento přehled přináší několik klíčových poznatků:

1. **Vývojové faktory:** Fyzické, kognitivní a psychosociální změny v období vynořující se dospělosti podporují zájem o reflexi vlastních hodnot a přesvědčení, včetně těch náboženských a spirituálních.
2. **Vývoj religiozity a spirituality:** V tomto období dochází ke komplexním změnám v religiozitě a spiritualitě. Víra v náboženství může růst, zatímco náboženská praxe může klesat. Mladí lidé se hlouběji zabývají otázkami smyslu života a spirituality.
3. **Souvislosti s psychickým a duševním zdravím:** Religiozita a spiritualita jsou spojeny jak s pozitivními, tak s negativními důsledky pro lidskou psychiku.

Například může náboženská víra snižovat úzkost a depresi, ale zároveň může vést k rigiditě a netoleranci vůči příslušníkům vyznávajícím odlišná náboženství.

4. **Socializační vlivy:** Rodiče, vrstevníci, média a příslušná kultura hrají důležitou, ale různorodou roli při utváření religiozity a spirituality. Zejména rodinná tradice a vliv vrstevníků jsou faktory s významným vlivem na tyto fenomény.
5. **Další vlivy:** Na religiozitu a spiritualitu v nastupující dospělosti má vliv také pohlaví, etnická příslušnost a socioekonomický status (McNamara Barry, Nelson, Davarya & Urry, 2010).

2. Kapitola: Deprese

Deprese je jedním z nejčastějších duševních onemocnění, které významně ovlivňuje kvalitu života postižených jedinců. V této kapitole se budeme podrobněji věnovat definici deprese, jejímu dělení, symptomům a možnostem léčby. Vysvětlíme, jak se deprese liší od běžného smutku, jaké jsou její příznaky a jak se projevuje v různých fázích. Dále se budeme zabývat různými možnostmi léčby deprese, včetně farmakologické léčby, psychoterapie a dalších přístupů. Cílem této kapitoly je poskytnout čtenáři komplexní přehled o tomto závažném duševním onemocnění.

2.1 Vymezení pojmu

Orel (2016) mezi základní znaky deprese či depresivní fáze označuje depresivní náladu, která je charakterizována smutkem a ztrátou zájmů, potěšení i spontánní motivace, trvající alespoň po dobu dvou týdnů.

V populaci bývá deprese často nesprávně zaměňována za smutek, ve skutečnosti jsou však tyto pojmy velmi rozdílné. Smutek trvá přiměřeně dlouhou dobu a má svůj důvod, zatímco deprese často jasně vymezený důvod nemá a postupem času samovolně neodeznívá, naopak má tendenci se prohlubovat (Honzák, 1999).

Podle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (World Health Organization, 2023), známé pod zkratkou MKN-10, se deprese vyznačuje poklesem nálady, únavou, nedostatkem energie či dále například nechutenstvím. Jejím vlivem také dochází k narušení schopnosti soustředit se a mimo jiné může jedinec trpící touto duševní poruchou pociťovat potíže se spánkem nebo nízké sebevědomí a sebehodnocení.

2.2 Dělení deprese

MKN-10 (World Health Organization, 2023) rozděluje depresi podle jejích fází. Depresivní fáze (F32) má několik podkategorií, kterými jsou mírná depresivní fáze (F32.0), středně těžká depresivní fáze (F32.1), těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků (F32.2) a těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky (F32.3).

Při mírné depresivní fázi vykazuje jedinec 2-3 z uvedených příznaků, je ale zároveň schopen nadále fungovat v běžném životě, například chodit do práce, starat se o domácnost apod. Středně těžká depresivní fáze se projevuje 4 nebo více přítomnými příznaky, postižený jedinec se již potýká s problémy ohledně běžného fungování v životě. Těžkou depresivní fázi bez psychotických příznaků často doprovází sebevražedné myšlenky a konání, jedinec prožívá somatické symptomy a silné pocity beznaděje. U těžké depresivní fáze s psychotickými příznaky výše popsané doplňují také halucinace, bludy a psychomotorická inhibice až stupor. V těchto případech již člověk zasažený depresí není schopen běžného působení ve světě. Existuje také periodická depresivní porucha (F33), která se vyznačuje opakujícími se fázemi deprese. Tyto propady se poté střídají s běžným fungováním až mírným zlepšením nálady a aktivity. Tato porucha je opět rozdělena na lehkou fázi (F33.0), středně těžkou (F33.1), těžkou bez psychotických symptomů (F33.2.) a těžkou s psychotickými příznaky (F33.3) (World Health Organization, 2023).

2.3 Depresivní symptomy

Dle Svobody (2013) a Orla (2016) mohou být příznaky následující. Lidé potýkající se s touto afektivní poruchou mohou trpět pocity posmutnělosti a depresivní náladou, stavy melancholie či dlouhotrvajícího smutku nebo také abulíí, znamenající ztrátu vůle. Ta se projevuje nechutí jedince do jakékoliv aktivity a pocity neschopnosti tuto aktivitu realizovat, aniž by záleželo na její povaze. Ať se jedná o pracovní činnost, každodenní hygienu, volnočasové zájmy či dříve oblíbené koníčky, deprese může jedinci zabránit v provádění všech těchto činností.

Pacient může také pociťovat vnitřní napětí, úzkosti až panické ataky. Ztráta zájmu a emoční oploštělost. Problémy s prožíváním emocí či adekvátní reakcí na situace. Také popisují zvýšenou únavu, malátnost či snížení energie. Veškeré aktivity nyní vyžadují více úsilí. Může se také objevit ztráta schopnosti zažívat radost tzv. anhedonie. Činnosti, které nás dříve naplňovali nám již nepřinášejí radost či odreagování. Klasický coping již nestačí. Časté jsou také poruchy spánku. Člověk je velmi unavený během dne a večer není schopen usnout. Spánek je přerušovaný či velmi slabý a ráno se jedinec probouzí neodpočatý. Může se také projevovat nechutenství či naopak zvýšená chuť k jídlu až záchvatovité přejídání. Dalším častým příznakem je také sebeobviňování a pesimistické myšlenky. Pacienti také mohou

pocit'ovat potíže s koncentrací, neschopnost utřídit myšlenky. Nemohou si například číst. Jedním z dalších symptomů jsou také suicidální myšlenky. Pocity beznaděje a bezvýchodnosti vedou člověka k přemýšlení nad ukončením života. Nicméně ve spojení s abulií a ztrátou energie sice mají pacienti na sebevraždu myšlenky a mohou mít i plány, nejsou ale schopni ji vykonat.

2.4 Léčba deprese

Deprese je v dnešní psychiatrii primárně léčena za pomoci farmakologie, přičemž jsou nejpoužívanější látkou antidepresiva, popřípadě antipsychotika či anxiolytika. Tyto látky upravují aktivitu neuromodulátorů serotoninu, dopaminu a noradrenalinu, čímž přispívají k vytvoření neurohormonální rovnováhy v mozku. V současné době je depresivním klientům k dispozici celá řada rozdílných antidepresiv, mezi něž řadíme tricyklická a tetracyklická antidepresiva, inhibitory či reverzibilní inhibitory monoaminoxidázy, a v neposlední řadě nejpoužívanější SSRI antidepresiva, neboli inhibitory zpětného vychytávání serotoninu. Tento druh je hojně využíván z důvodu účinnosti na všechny formy depresí a také na úzkostné poruchy. Dalším argumentem zastávajícím použití SSRI antidepresiv je menší intenzita i výskyt vedlejších účinků, které obvykle postihují zejména klienty léčené pomocí tricyklických a tetracyklických antidepresiv (Praško, Prašková & Prašková, 2015).

Antidepresiva většinou bývají předepsána psychiatrem při středně těžké a těžké depresi, a jejich účelem je dopomoci jedinci k ustálení nálady či apatie. Mimo jiné pomáhají také s poruchami spánku, kterými depresivní klienti často trpí. Tyto poruchy mohou mít podobu chorobné nespavosti i úplného opaku insomnie, tedy přehnané spavosti. Nevýhoda těchto psychofarmak spočívá v jejich pomalém nástupu účinků, který většinou trvá 3 až 4 týdny. Děje se tak z toho důvodu, že tyto látky mozku nedodávají chybějící neurohormony, ale regulují jejich narušenou rovnováhu (Praško, Prašková & Prašková, 2015). Naopak anxiolytika účinkují velmi rychle a proto se též používají při léčbě deprese, převážně během akutních krizí. Jsou určena primárně ke krátkodobému užívání a uplatňují se především k léčbě úzkostí, které ovšem stavy deprese mnohdy doprovází. Nejčastěji užívanými anxiolytiky jsou benzodiazepiny, jež zároveň bývají nejvíce zneužívané. Právě kvůli riziku závislosti je tento druh anxiolytik předepisován ke krátkodobému užívání. Velmi častým

způsobem léčby této poruchy je kombinace farmakologické léčby s psychoterapeutickou, na jejíž specifika se zaměřím později (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010).

Méně častým způsobem léčby deprese je také elektrokonvulzivní terapie, známá také pod zkratkou ECT. Mezi běžnou populací je označována jako „léčba elektrošokky“ a mnoho příslušníků laické veřejnosti se mylně domnívá, že se v rámci psychiatrické péče již nevyužívá. Tato terapie je však stále používána pod důkladným lékařským dohledem a v celkové anestezii, ovšem až po provedení detailní lékařské prohlídky, která určí, zda je pro konkrétního jedince vhodná. Uvádí se, že tato léčba má minimální rizika, ale přesto se může dostavit malátnost, poruchy paměti, bolest hlavy či například zmatení. ECT funguje na principu, kdy je mozku podán krátký elektrický impulz, jež vyvolá krátkodobý záchvat a spustí biochemické změny, které mohou vést ke snížení úzkosti, vyrovnání nálady či zmírnění dalších příznaků (Orel, 2016).

2.4.1 Psychoterapeutická léčba deprese

V širším smyslu za cíl psychoterapie depresivních klientů považujeme poskytnout pacientovi naději, podporu a porozumění, a vytvořit cestu od možné sociální izolace ke zdravým mezilidským vztahům. Je potřeba navázat pevný terapeutický vztah, který bude základem důvěry pacienta k ostatním lidem, a obnovit jeho touhu žít. V užším smyslu je cílem změnu postojů – pomoci pacientovi získat odstup od chorobného procesu, hlubokých prožitků viny a sebekritiky. Je důležité naučit ho vnímat depresi jako těžkou, ale přechodnou krizi, která je zvládnutelná. Pomoci mu pochopit jeho způsob života a vztahy, nabídnout mu podporu při řešení problémů a zlepšit jeho sociální dovednosti. Ve smyslu prevence je důležité poskytnout klientovi uchopitelné informace o depresi a rady, které může využít v případech opakování jejích fází, naučit ho rozpoznávat první varovné signály a adekvátně na ně reagovat (Kryl, 2006).

Výběr psychoterapeutického přístupu k léčbě deprese závisí na konkrétní situaci, která vzniká při setkání terapeuta s pacientem. Tento výběr je ovlivněn jak závažností pacientových symptomů, tak jeho preferencemi, zda se více touží zaměřit na zmírnění symptomů nebo na širší psychosociální cíle. Konkrétní metoda je určena terapeutickou dohodou a cíli v ní stanovenými. Při léčbě depresivní poruchy se používají různé psychoterapeutické přístupy. Z hlediska medicíny založené na důkazech jsou snáze vědecky ověřitelné přístupy zaměřené na měřitelné výsledky ("outcome-oriented" přístupy), což neznamená, že jiné přístupy jsou méně

účinné. Obvykle se používají časově omezené terapie zaměřené na snížení symptomů, jako je kognitivní terapie, behaviorální terapie a kognitivně-behaviorální terapie. Přístupy více zaměřené na terapeutický proces, které usilují o osobnostní změny pacienta a jeho interpersonální vztahy ("process-oriented" přístupy), jsou hůře měřitelné, a proto často přesahují běžné metodologické hranice výzkumu. Je tedy obtížné činit obecné závěry z výzkumů hodnotících tyto přístupy v praxi. Přesto se depresivním pacientům věnuje psychoanalytická psychoterapie, psychodynamická psychoterapie, interpersonální psychoterapie, humanistické a existenciální přístupy včetně gestalt terapie, logoterapie nebo daseinsanalýzy (Kryl, 2006).

Mnohdy může být úspěšnou formou léčby deprese také skupinová psychoterapie, která kromě terapeutického významu zastává také význam sociální podpory. Podpůrná síť poskytující depresivnímu jedinci emoční oporu a možnost projevit své tíživé vnitřní prožitky mnohdy hraje zásadní roli v procesu uzdravování (Praško, Prašková & Prašková, 2015).

Při správně vedené psychoterapii lze očekávat postupný návrat zájmu o život, ústup autoagresivních a sebedestruktivních tendencí, a návrat zájmu o svět a interpersonální vztahy. Dále je možné dosáhnout posílení schopností zvládat obtíže a problémy, zvýšení sebevědomí a sebejistoty. Psychoterapie umožňuje zásadní změny v sebepojetí depresivního pacienta, vede k pochopení deprese jako nemoci s negativními důsledky pro svobodnou existenci a k uvědomění si nutnosti užívání psychofarmak nebo jiné biologické terapie, pokud je indikována (Kryl, 2006).

Je ovšem důležité zmínit, že léčba depresivních poruch bývá ve většině případů zdlouhavá a je třeba mít trpělivost a nesnažit se ji uspěchat. Depresivní epizody mají tendenci se opakovat a léčba tak může trvat týdny, měsíce i roky. Nejúčinnější metodou léčby deprese je jako u mnohých dalších duševních i somatických nemocí především komplexní přístup, ideálně spojující psychofarmaka, psychoterapii a změny životního stylu, jako je dostatek pohybu nebo kvalitní spánek (Praško, Prašková & Prašková, 2015).

Deprese není známkou slabosti, ale signálem, že něco není v pořádku. Stejně jako při fyzickém onemocnění, je důležité vyhledat odbornou pomoc. Kombinací farmakologické léčby, psychoterapie a změn životního stylu můžeme dosáhnout významného zlepšení a vrátit se ke kvalitnějšímu životu (Praško, Prašková & Prašková, 2015).

Dahlke (2012) ve své publikaci zdůrazňuje, že neexistuje univerzální recept na léčbu deprese. Mimo vše, co je již zmíněno výše dodává také práci s tělem jako jeden z důležitých aspektů léčby deprese a jako příklady těchto technik uvádí meditaci, relaxační cvičení a jógu. Také zde píše o osobní zodpovědnosti, ve smyslu zodpovědnosti jedince za možné uzdravení, na kterém se musí aktivně podílet, chce-li jej dosáhnout.

Yalom (2020) depresi interpretuje jako hlubokou lidskou zkušenost, která je na jednu stranu spjatá s hledáním smyslu života, na stranu druhou však s osamělostí a strachem ze smrti. V této souvislosti mluví o tzv. existenciálním vakuu. Spojuje depresi také se svobodou, kterou jako lidé máme, a tím pádem také s odpovědností za svůj život, která poté může vyvolávat pocity úzkosti a deprese. Stejně jako výše zmínění autoři také Yalom vnímá depresi jako příležitost k osobnímu růstu. Domnívá se, že nám její prožívání může pomoci k lepšímu poznání sebe sama a nutí nás hledat jiné a nové smysly života. Zdůrazňuje také skutečnost, že deprese je součástí lidské zkušenosti a může potkat kohokoli z nás.

Deprese není jen chemická nerovnováha v mozku, ale často odrazem hlubších otázek, které si klademe o smyslu života. Když se cítíme prázdní a beznadějní, může to být signál, že hledáme něco více, něco, co by našemu životu dalo smysl (Yalom, 2020).

3. Kapitola: Výzkumná metodologie

Abychom mohli lépe porozumět tomu, jak prožívají svoji religiozitu lidé s depresí, je nezbytné nejprve popsat, jakým způsobem jsme získali data pro tuto studii. V následující kapitole se proto podrobněji zaměříme na výzkumný soubor. Budeme se věnovat výběru účastníků, metodám sběru dat a analýze získaných informací. Cílem této kapitoly je poskytnout čtenáři transparentní přehled o tom, jakým způsobem byla studie provedena a jaká data byla použita pro zodpovězení výzkumných otázek.

3.1 Výzkumný soubor

Pro dosažení cílů této práce jsem se rozhodl použít metodu záměrného výběru a poté metodu sněhové koule u jednoho konkrétního případu.

Metoda záměrného nebo také účelového výběru byla zvolena z důvodu možnosti selekce participantů, kteří splňují předem definované parametry. Tato kritéria z velké části vyplývají ze samotné výzkumné otázky, kdy je jasně vymezen konkrétní fenomén, vázaný na specifickou skupinu aktérů, zvyšuje tedy pravděpodobnost souladu získaných dat s výzkumnou otázkou (Novotná, 2019, s.293-295). V tomto případě byli participanté vybíráni na základě následujících kritérií: participant je praktikující věřící, kterému byla odborníkem přidělena diagnóza spojená s depresí, a má osobní zkušenosti s psychoterapií.

Technika sněhové koule funguje na principu doporučení potenciálního participanta jiným participantem (Novotná, 2019, s.297). Tuto metodu jsem původně neplánoval použít, ale při komunikaci s již osloveným participantem mi byla z jeho iniciativy doporučena osoba z jeho okolí, která zároveň splňovala kritéria vytvořená pro výběr výzkumného souboru. Nabídku na poskytnutí kontaktu na daného člověka jsem přijal s potěšením z možného rozšíření výběru vzorku o další osoby, které se umocnilo po obdržení pozitivní odpovědi ohledně výzvy k účasti na tomto výzkumu.

Zvažoval jsem také zaměření výzkumu pouze na jedno pohlaví, nakonec jsem tak ovšem neučinil z důvodu rozmanitosti. Dle Dunbara (2023) se ve vnímání a prožívání religiozity mohou různá pohlaví lišit, zejména z důvodu odlišných životních zkušeností a úhlů pohledu, tudíž mohou data vycházející z heterogenního vzorku obohatit výzkumná zjištění.

3.2 Výběr participantů

Selekci participantů jsem započal tím, že jsem oslovil dva budoucí participanty, kteří splňovali předem stanovená kritéria. Ti moji nabídku přijali a výzkumu se zúčastnili. Další čtyři potenciální participanty jsem získal skrze online výzvu na sociálních sítích, jeden z nichž účast zrušil ze zdravotních důvodů a další účastník se rozhovoru zúčastnil, ale zvuková stopa byla při přepisu rozhovoru poškozena a nešla použít. Tento participant poté bohužel neměl dostatek času na opakované provedení rozhovoru, tudíž jsem ho vynechal a pomocí metody sněhové koule jsem získal náhradníka.

Nakonec se tedy výzkum skládá z pěti rozhovorů s participanty, z nichž jsou dva muži a tři ženy. Jejich věk se pohyboval v rozpětí mezi 25-58 lety.

Místo konání rozhovoru jsem se v rámci svých možností snažil přizpůsobit co největšímu pohodlí a soukromí participantů. Dva z rozhovorů jsme realizovali přímo v domácím prostředí daných participantů, jeden rozhovor se uskutečnil na pracovišti konkrétního participanta a další rozhovor proběhl v knihovně dle osobní volby participujícího. Poslední rozhovor jsme uskutečnili online z důvodu velké vzdálenosti mezi participantem a výzkumníkem, která z důvodu omezené časové kapacity na obou stranách bohužel neumožnila sjednat osobní setkání.

3.3 Reflexe vlastní zkušenosti se zvoleným tématem

Prvotní myšlenka pro toto téma bakalářské práce se mi zrodila minulý rok na studijním pobytu v zahraničí v rámci programu Erasmus+, kde jsem měl tu možnost se částečně náhodou dostat ke knize citované v této práci *How Religion Evolved: And Why It Endures* od Robina Dunbara. Sám pocházím z křesťanské rodiny a považuji se za věřícího křesťana, tudíž se o náboženství zajímám velkou část svého života, ale díky této knize jsem mohl porozumět náboženství a religiozitě jiným způsobem, než jakým jsem nad nimi dosud uvažoval. Čím déle jsem nad touto knihou přemýšlel, tím více otázek mě napadalo, aniž bych na ně dostal odpověď. Moje zvědavost rostla i díky praxi, kterou jsem absolvoval v Thomayerově nemocnici na různých odděleních s nemocniční kaplankou, s níž jsme se starali o duchovní péči jak věřících, tak nevěřících hospitalizovaných. Zde bylo fascinující pozorovat, jak různé druhy nemocí, ať už fyzických či psychických, ovlivňují víru pacientů. Za nejvíce zajímavé z toho považuji způsoby, jakými se víra dokáže měnit. V mnoha

případech, se kterými jsem se v rámci zmíněné praxe setkal, pronikali nevěřící lidé hlouběji do víry a začali o ni projevovat zvýšený zájem, zatímco u věřících v těchto těžkých chvílích jejich víra naopak častokrát ustupovala do pozadí. Právě tento aspekt proměny lidské víry v průběhu složité životní situace jsem chtěl prozkoumat blíže. Nezaznamenal jsem zde určité jednotné schéma, podle kterého by se víra měnila, nýbrž se tato transformace jevila jako velice subjektivní věc. Z těchto zkušeností se zrodil můj záměr více prozkoumat korelace mezi depresí a religiozitou pacientů, jelikož jsem za dobu svého studia a absolvování povinných odborných praxí zjistil, jak významně deprese zasahuje do lidského života a že člověka potýkajícího se s ní mnohdy uvádí právě do podobně těžkých a zdánlivě beznadějných momentů, jakých jsem byl svědkem v Thomayerově nemocnici.

Mým původním předpokladem, se kterým jsem se musel vypořádat před zahájením výzkumu, bylo rychlejší zotavení věřících z depresivní epizody. Dále jsem se domníval, že nábožensky založení lidé mají obecně menší tendence propadat depresi. V neposlední řadě mě zajímalo, zda se jejich prožívání deprese nějakým způsobem odráží na jejich víře, zejména ve smyslu možného úpadku víry vlivem duševní nemoci a možných pocitů opuštění konkrétní vyznávanou náboženskou entitou.

3.5 Etické aspekty výzkumu

Eventuálním participantům byl nejdříve vysvětlen účel výzkumu a plánovaný průběh rozhovoru, po čemž byli požádáni o spoluúčast na něm. Pár dní před termínem rozhovoru obdrželi hlavní otázky, na něž budou při realizaci rozhovoru odpovídat. Při osobním shledání byly pokyny a význam výzkumu ještě jednou vysvětleny, nicméně pokud byla participantům otázka i poté v průběhu rozhovoru nejasná, byla vysvětlena znovu se zaměřením se na neuchopitelnou část otázky. Dále byly vyjasněny základní termíny, které se v otázkách často opakují a pro jejich správné pochopení je nutné znát jejich význam, což bylo provedeno za účelem přesnějších odpovědí na konkrétní otázky. Následně byl participantům ponechán čas na přečtení a podepsání informovaného souhlasu, jehož vzor je součástí příloh této práce.

Před zahájením sběru dat bylo participantům zdůrazněno, že mohou kdykoliv v průběhu rozhovoru odstoupit od účasti na výzkumu nebo na určité otázky neodpovědět a účast na výzkumu je plně dobrovolná. Při přípravě na rozhovor jsem pracoval s myšlenkou, že pokud se téma dotýká osobní zkušenosti s depresí, mluvení o něm by mohlo být pro

některé účastníky výzkumu citlivé, proto jsem kladl důraz na jejich možnosti v průběhu šetření. Po ujištění se, že participantů všemu rozumí a jsou připraveni, jsem začal pokládat otázky. Na závěr rozhovoru měli účastníci výzkumu možnost vyjádřit své doplňující připomínky k danému tématu, které zatím v rozhovoru nezmínili a považují je za důležité.

Pro zachování etického hlediska výzkumu byly osobní identifikační informace participantů změněny. Taktéž nahrávka a doslovný přepis rozhovoru jsou určeny pouze pro účely této práce.

3.6 Metoda získávání dat

Jako metodu získání dat jsem si vybral kvalitativní metodologii, neboť dle mého mínění nejlépe zachytí niterné prožívání participantů, které je pro tento výzkum klíčové. Pro získání dat jsem použil metodu polostrukturovaného rozhovoru, kterou jsem zvolil z důvodu očekávané vysoké subjektivity tématu, jež může být tímto druhem rozhovoru zachycena. Narozdíl od strukturovaného umožňuje polostrukturovaný rozhovor doptávat se na doplňující otázky, které v případě tohoto výzkumu považuji za stěžejní pro hlubší porozumění osobnímu prožívání participantů. Tato podoba kvalitativního rozhovoru nabízí výzkumníkovi možnost flexibilně reagovat na odpovědi participantů, zatímco postupuje podle předem připravených tematických okruhů nebo širších otázek, u nichž je obvykle kladen důraz na specifické pořadí. Kontrolované seřazení otázek je zde důležitým faktorem, jelikož ve správně provedené podobě snižuje šanci na nechtěné ovlivnění odpovědi participanta kontextem rozhovoru (Zendlová, 2019).

V průběhu rozhovoru jsem se zaměřil na následující aspekty prožívání participantů, na které jsem se dotazoval v tomto pořadí:

- osobní porozumění pojmům religiozita a deprese, jejich prožívání
- zkušenost s psychoterapií a role religiozity v terapeutickém procesu
- pozitiva a negativa religiozity, nejprve obecně a poté v psychoterapii, jak se měnil vztah participanta k ní
- nynější vztah ke zmíněným fenoménům
- doplňující otázky a doporučení pro ostatní klienty psychoterapie

Rozhovory byly nahrávány do aplikace diktafon na mobilní telefon za účelem doslovného přepisu, ze kterého jsem po převedení nahrávky do textové podoby dále vycházel v procesu tematické analýzy.

3.7 Metoda analýzy dat

V tomto úseku se zaměřím na tematickou analýzu, která slouží k odhalování opakujících se vzorců, neboli témat, v nasbíraných datech jako celku. Tato metoda umožňuje podrobné popsání těchto dat, interpretaci různých aspektů výzkumného tématu a větší pochopení osobních zkušeností, významů a reality participantů. Pomocí tematické analýzy můžeme subjektivní realitě participantů hlouběji porozumět a lépe pochopit jejich zkušenosti a prožitky, a to i v případě výskytu komplexních, skrytých a citlivých témat, které by mohly být při analýze za použití jiných metod přehlédnuty. Tematická analýza zahrnuje důkladné prozkoumání datového souboru s cílem nalézt opakující se sémantické vzorce, také označované jako témata, jež zachycují důležité informace relevantní k výzkumné otázce (Braun & Clarke, 2006).

Dobře provedená tematická analýza by měla vést k integrovanému chápání zkoumaného fenoménu a zodpovězení klíčových otázek, které se jej týkají. Výsledky pak lze interpretovat v podobě textu, grafů, tabulek či jiných vizuálních pomůcek (Braun & Clarke, 2006).

Autorky Braun a Clarke (2006) uspořádaly rozdělení tematické analýzy do následujících kroků. V první řadě je nutné seznámit se s nasbíranými daty, tedy v našem případě s nahranými rozhovory. Toho lze dosáhnout opakovaným poslechem zvukových nahrávek a čtením transkripce rozhovorů, přičemž výzkumník věnuje pozornost opakujícím se vzorcům. V druhém kroku se soustředíme na generování počátečních kódů, kdy výzkumník systematicky prochází celý datový soubor s cílem identifikovat klíčové aspekty a témata, která mohou sloužit jako základ pro hlubší analýzu. Toto prozkoumávání dat umožňuje odhalit skryté vzorce, nuance a nečekané souvislosti, jež by mohly uniknout běžným analytickým technikám. V dalším kroku se tematická analýza zaměřuje na vyhledávání témat pomocí klasifikování různých kódů do potenciálních témat a shromažďování příslušných datových pasáží v rámci nalezených témat. Hlavním cílem této

fáze je propojit jednotlivé kódy a vzorce do ucelených vzorců a odhalit vzájemné vztahy mezi nimi. Ve čtvrtém kroku procesu analýzy dat se výzkumník věnuje podrobnému přezkoumání a specifikaci dříve nalezených dat. Cílem je dosáhnout smysluplného propojení náležejících dat a zajistit, aby tato témata co nejpřesněji odrážela významy zjevné v celém datovém souboru. V předposledním kroku se definují a specifikují vzorce za účelem proniknout do jejich podstaty a zjistit, jaký aspekt dat každý vzorec odráží. Poslední krok zahrnuje převedení analýzy do textové podoby, která je doplněna o přesvědčivé důkazy o hodnotě výzkumného šetření a argumentaci k výzkumné otázce na základě relevantních témat.

4. Kapitola: Výsledky výzkumu

Data získaná prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů byla analyzována pomocí tematické analýzy. Výsledkem bylo nalezení čtyř základních témat, která vypovídají o vzorcích přítomných napříč celým výzkumným vzorkem.

4.1 Naděje, smysl života

Analýza rozhovorů odhalila fakt, že se religiozita pro mnoho participantů stala důležitou oporou v období deprese. I když někteří z nich nedokázali plně své náboženství praktikovat, víra jim poskytovala pocit sounáležitosti, naděje a v určitých případech i smyslu života. Získaná data ukazují, že vztah s Bohem může být zdrojem síly a útěchy, který pomáhá lidem překonávat těžká životní období. Religiozita zároveň často nabízí nový pohled na vlastní situaci a motivuje k hledání odpovídajícího řešení.

Myslím si, že bez víry bych si řekl, že to jako hrozně nemá smysl. Nebo jakože celkově by mi vadilo to, že mi mizí ze života ještě smysl tohoto života tady. Takže jakoby v tom, že mi ta víra dává nějaký smysl života, tak v tom to bylo jako pozitivní (Lukáš, s.5, ř. 8).

A stala se do toho tato těžká rodinná situace. A to jsem teda opravdu, tím jak to bylo strašně náročné, tak jsem byla depresivní (...) ale ta moje zkušenost s tou vírou vlastně byla pozitivní v tom, že mně to dodávalo nějakou naději v té situaci. Jo, že já jsem vlastně nějak se upevňovala v tom vztahu k Bohu. Ještě jsem to měla takový vachrlatý, že ta moje víra byla taková, že se mi často ztrácela. Ale třeba při té mši jsem cítila vlastně, že to je ono, že to je něco, v čem vlastně můžu být (Dorota, s.15, ř.13). Vlastně mně hrozně pomáhá uvědomit si, že jsem něčeho součástí, že můžu prodlévat v té milosti boží, že Bůh je ke mně laskavý a že mě provází. A že mě neopustí ani v těch těžkostech (Dorota, s.17, ř.7).

A pak jsem šel do stacionáře, myslím, že začátkem února... To byl pokus o sebevraždu... A mluvil jsem tam o tom, že jsem věřící, ale teď to je prostě tak, že vlastně necítím nic, a jestli po něčem skutečně toužím, tak je to vlastně dostat se zpátky do toho vztahu s Bohem (Matyáš, s.31, ř.25).

A ne, tak bez toho [víry] se nedá žít. Už si to asi nemůžu představit. Prostě to už nejde. Tak ono to má nějaký fáze, ale řekněme vlastně třeba teď. Vlastně nějak začínám, jako já to vím, že vlastně to je strašně hezký spoléhat na toho Boha, že on tě nezklame, ty to zkurvíš. To je moje zkušenost (Matyáš, s.35, ř.28).

[Na otázku, zda religiozita v terapii sehrála nějakou roli ,odpověděl participant takto:] No, sehrálo to to, že jsem nikdy neztratila naději. Že jsem stále věřila v to, že to dobře skončí, ale teda bylo mi hrozně fyzicky špatně, že jsem měla pocit, že ze mě úplně odchází život. A vlastně to jak jsem byla oslabená a slabá, tak... Mně hrozně pomohlo, protože pro mě bylo hrozně těžké i to, že se nemůžu ani modlit, ani meditovat. Takže hrozně mi pomohlo to, že to dýchání bylo to, kdy jsem byla ve spojení sama se sebou, ale i s tím Bohem. To bylo pro mě důležité (Marie, s.40, ř.19).

4.2 Úpadek religiozity

Zatímco předchozí téma “Naděje, smysl života” popisuje pozitivní aspekty religiozity u depresivních klientů psychoterapie, ve druhém tématu “Úpadek religiozity” se více zaměřuji na komplexnější obraz tohoto jevu, který zahrnuje i změny ve vyjádření a prožívání víry. Participantů často popisují úpadek religiozity v období deprese, projevující se zejména skrze potíže s vykonáváním náboženských rituálů, ať už se jedná o modlení, účast na bohoslužbách či samotné myšlenky na duchovno. Zatímco racionální přesvědčení o existenci Boha často přetrvává, schopnost prožívat víru na emocionální úrovni může být výrazně oslabena. Přestože se intenzita provádění náboženských praktik může snížit, víra sama o sobě pro věřící často zůstává důležitým zdrojem podpory a útěchy. Religiozita nadále poskytuje lidem pocit sounáležitosti a naděje, i když se její projevy mohou vlivem životních okolností změnit.

A v té druhé depresi to bylo blbý, protože vlastně ten vztah s Bohem prostě zmizel. Zmizel na prach. Prostě najednou nebyl (Matyáš, s. 31, ř.21). Protože já jsem nepřestal věřit, vědět, že je, ale nebyl ten vztah. (...) Nemodlil jsem se, nevěděl jsem proč. K tomu patří nějaké tělesné prožívání, ale tady jsem se ani nepokoušel. Mně to ani nenapadlo. Nevím, jak to říct, možná, že máš takových starostí, nevím... Ale že je, o tom jsem nepochyboval (Matyáš, s.31, ř.37,43). (...) Ale modlit, jako nějaký denní duchovní život, který běžně mám, tak nebyl. Nevím, jako by se schoval (Matyáš, s.32, ř.1).

A teď už to mám nějaký čas tak, že když je mi fakt nejhůř, tak se dokážu modlit za ostatní, ale nedokážu se prostě modlit jako za cokoli jinýho. Což je vlastně taky super, ale třeba jako číst evangelium to vůbec (Karolína, s.24, ř.21).

To, co jsem v té době ještě...čím jsem trpěla a co si myslím, že mohlo být tím jako depresivním naladěním, tak bylo, že já jsem nedokázala se modlit jako za sebe (Dorota, s.16, ř. 9).

Ačkoliv jsem u drtivé většiny participantů zaznamenal obecný trend úpadku religiozity během depresivních epizod, je důležité zdůraznit, že tento jev není univerzální. U

některých participantů byl naopak zjevný zvýšený zájem o religiozitu. Tento paradoxní fenomén je doprovázen situací, kdy se religiozita pro dané participanty stává jakousi poslední záchranou v době hluboké krize. V situaci, kdy se člověk cítí bezmocný a ztracený, se může obrátit k Bohu jako k vyšší moci, která mu může pomoci vyřešit jeho problémy. Tento jev by mohl naznačovat, že religiozita může sloužit jako jakýsi kognitivní copingový mechanismus, který pomáhá lidem vyrovnat se s možným traumatem a probíhajícím strádáním.

Moje modlitby se změnily z takových těch běžných, promyšlených modliteb na prostě zoufalý výkřik k Bohu. Moje čtení z Bible vypadalo tak, že dřív jsem si jako pravidelně četl z Bible, teď jsem si četl z Bible a celý ten text se jakoby... Občas mě něco těšilo, ale dost často se dělo to, že celý ten text z Bible se otočil proti mně a začal mě jako usvědčovat z toho, co mám špatně. Takže jsem čtení nějakou dobu vynechal, že jsem nemohl. A to samé z chvály (Lukáš, s.3-4, ř.42). A co jsem jako hodně, já jsem chodil na nedělní bohoslužby pravidelně a dřív jsem se jako skoro nemodlil nahlas, nebo jako výjimečně, a teď jsem se modlil každou neděli, protože jsem jako si říkal, hej, tohle může být moje poslední modlitba v životě, prostě chci nějak před tím svým společenstvím vyjádřit to, že jsem vděčný za to, že žiju vůbec, jako ještě, že chci nějak před Bohem a tím společenstvím sdílet to, co prožívám, takže jsem se modlil docela hordově... (Lukáš, s.4, ř.12).

Tehdy se to hodně projevovalo v tomto období, když jsem hodně, hodně, tehdy jsem se velmi modlila. A jsem mu to tak jako dávala do rukou božích, že ať se stane to co se má stát a prosila jsem o sílu (Marie, s.40, ř.36). To byly takové silné zážitky. To bylo stále, jak na mě útočila ta smrt, že soustavně jsem byla v kontaktu s těmi mrtvými, se kterými jsem vedla jako dialog a když jsem se vzbudila a jakoby byla u sebe, a někdo byl u mě, kdo mi chtěl dát pít nebo mi říkal, že to je jen zlý sen, nebo jsem byla rozrušená, tak... V tu dobu jako, se nedá říct, že já se modlila (Marie, s.41, ř.3).

4.3 Podpůrné prostředí

Následující téma se týká skutečnosti, že pro většinu participantů hrálo klíčovou roli v procesu zotavování z deprese jejich sociální prostředí. Podpora blízkých osob, přátel a komunity se ukázala být mnohem významnějším faktorem než terapeutické intervence, kterým byl v mých původních předpokladech připisován značný význam. Data získaná od participantů navzdory těmto hypotézám ukázala na důležitost pocitů přijetí a porozumění v rámci farnosti a dalších náboženských společenství, a na význam podpory duchovních otců a ostatních věřících či nevěřících blízkých, jež poskytla participujícím pocit sounáležitosti a smyslu s výrazným podílem na jejich psychickém zotavení. Tyto výsledky naznačují, že pro věřící osoby trpící depresí může být náboženská komunita důležitým zdrojem podpory a útěchy.

Ted' to teda máme tak, že se scházíme v tý skupině s pastorem, tam sdílíme a dalo by se říct, že to je taková jako skupinová terapie s vedoucím, který je náš pastor a na týhle skupině, tak tam občas ventiluju a docela mi to pomáhá, musím říct (Lukáš, s.7, ř.24).

Ale to, co pro mě bylo specifické, že mně to dodávalo opravdu nějakou naději a nějaký pocit právě tý, toho, že jsem v nějakém společenství, že jsem něčeho součástí (Dorota, s.16, ř.9).

Pak je tam ještě teda ta složka těch lidí okolo toho a toho společenství, a to mi pomáhá strašně moc. Zároveň mi třeba pomáhá, když vím, že se za mě někdo modlí, tak to je prostě úplně skvělý (Karolína, s.24, ř.18). Já to mám zase, že to asi nedokážu oddělit od toho společenství. Že kdybych... Jo, určitě by to i bez víry samotný bylo horší, zároveň mi strašně pomáhají lidi, které okolo sebe mám... Se kterými je ta společná věc nebo jedna z těch společných věcí ta víra (Karolína, s.27, ř.40).

Já jsem vlastně skrze lidi a tu skutečnost toho stacionáře jsem znova zažil, že teda jsem bohem milovaný (Matyáš, s.32, ř. 16). Tak ten říká právě, že milost přichází skrze lidi a události. Takhle to přesně bylo. Takhle jsem to zažil. To bylo poprvý životě, kdy jsem zažil milost a to mi naskočilo zpátky na tom stacionáři (Matyáš, s.32, ř.20).

Zatímco terapie nepochybně přispěla k pochopení příčin a mechanismů deprese, participanti často zmiňovali, že právě přijetí ze strany jejich okolí mělo největší vliv na jejich zotavení. Zajímavé je, že téma religiozity se v rámci individuální terapie objevovalo jen zřídka. Nikdo z participantů neprobíral téma svého prožívání religiozity či víry obecně u prvního terapeuta, kterého v životě navštívili. Domnívám se, že k tomuto faktu přispívají dva faktory.

Prvním z nich je, že se účastníci terapie často potýkali s akutními problémy, které byly přímo spojeny s jejich depresí. V těchto situacích může být pro terapeuta i klienta obtížné najít prostor pro diskuzi o víře, která se může zdát příliš vzdálená od těchto naléhavých problémů, nebo nemusí přímo souviset s tématem depresivity. Druhým faktorem, který může hrát jistou roli v rozhodnutí neprobírat vlastní víru v rámci psychoterapie, je osobní přesvědčení daného terapeuta v tom smyslu, že sám není věřící či otevřený náboženským tématům, nebo se mu nepodařilo vytvořit bezpečný prostor pro diskuzi o víře. Tyto mechanismy mohou zapříčinit, že klienti raději nebudou své náboženské zážitky v průběhu psychoterapie sdělovat. Je důležité zdůraznit, že absence diskuze o religiozitě v terapii nemusí být vždy na škodu. Pro některé klienty může být důležitější řešit konkrétní problémy, které souvisí s jejich depresí, než se zabývat otázkami víry. Nicméně může diskuze o religiozitě být pro věřící klienty velmi důležitá, protože jim může poskytnout nový pohled na jejich

problémy a posílit bezpečný prostor. Dle výroků některých participantů se část jejich témat, která na své individuální terapii řeší nebo by rádi řešili, dotýká religiozity.

Já jsem vystřídal několik terapeutů, postupně tři s tím, že s tou první terapeutkou tak jsme mluvili hlavně o tom problému a do víry jsme se zas tolik nedostali, s tím, že mně přišlo, že část toho mého problému s vírou souvisí, takže až když mi brácha doporučil nějakou jeho věřící psycholožku, tak jsem se rozhodl k ní přejít (Lukáš, s.3, ř.5). (...) ...jakože ta pani byla věřící, tak jsme jako se hodně bavili o víře v rámci tý terapie (Lukáš, s.3, ř.23). (...) Bylo to jedno z těch zásadnějších témat určitě. Otevřeli jsme to fakt relativně rychle, jakože až u té druhé terapeutky (Lukáš, s.6, ř.28).

No tam jsme to měli právě, protože to už byla taková starší pani, sama věřící. A tam vlastně, když já jsem vyprávěla právě třeba o té odpovědnosti, o pocitech viny, který jsem měla v té situaci, nebo o odpuštění, který já jsem potřebovala udělat, že jsem potřebovala odpustit, tak mně to strašně pomohlo, že vlastně ta terapeutka je sama věřící, protože kdyby ona nebyla věřící, tak mě vede... (...) ...ale já jsem nechtěla se setkat s tím, že budu vyprávět někomu o tom, že cítím nějakou vinu a odpovědnost za něco, kdo mi bude říkat, ale to tak není, to tak necítíte, protože jsem to potřebovala si k tomu tak vstávat a ona to chápala, protože z té pokory v té víře je to jinak (Dorota, s.18, ř.13,18).

...ale pak jsem měla terapeutku, která byla taky věřící, byť asi jinak než já. Myslím, že bylo důležité to, že tam byl ten prvek společný. Prostě nějakým způsobem, být třeba rozdílně věříme v Boha a že ona s tím má tu osobní zkušenost. (Karolína, s.23, ř.12)

Jo, jo, jo, jo. Ta spiritualita byla přímou součástí té terapie a vstupovala tam. V tom čase jsem doprovázela nemocí a umíráním svého blízkého přítele. Takže hodně to tam hrálo roli. [A hrála religiozita roli i u té první terapie?] Ne, ne, ne (Marie, s. 39, ř.18)

4.4 Návrat

Jedním z nečekaných zjištění mého výzkumu bylo, že u většiny respondentů došlo po překonání depresivní epizody k posílení jejich víry, nebo alespoň k udržení její původní intenzity. V žádném z případů se jejich víra po depresivní epizodě neoslabila. Tento pozitivní vývoj byl často spojen s prožitkem hluboké vděčnosti za to, že se jim podařilo překonat těžké období. Dalším zajímavým zjištěním je také skutečnost, že návrat k hlubšímu prožívání víry často probíhal spontánně a bez velkého úsilí. Mnozí participantů popisovali, jak se jejich vztah k Bohu obnovil téměř sám od sebe, jako by se jednalo o přirozený proces hojení. Tento fenomén naznačuje, že víra může hrát důležitou roli při zvládání krizí a může být zdrojem síly a naděje i v těch nejtěžších chvílích života.

Takže jsem byla vděčná za život v té první fázi, kdy jsem překonala to období nebo když se našla konečně smysluplná léčba... Jak jsem nemohla dýchat, tak už se spotřebovaly svaly a jako všechno šlo na to, abych mohla dýchat. Když už jsem našla tu dobrou léčbu, tak vlastně jsem už začala normálně jíst, přibrala jsem a začali mi dávat prostě tu konkrétní biologickou léčbu, tak jsem byla hrozně vděčná za život. A hrozně, hrozně jsem byla rada, že jsem to překonala (Marie, s.42, ř.6).

Musím říct, že jsem na tom stejně jako když jsem před tou psychózou, prostě jsem se postupem času vrátil k víře, řekl bych, že jí mám možná pevnější než předtím (Lukáš, s.8, ř.9).

Jo a víš co je zajímavý, teďka když spolu se o tom bavíme, tak vlastně ten Bůh je první, je ten, ke kterému se s tím obracím (Dorota, s.20, ř.9).

Jeden z participantů dokonce svojí depresivní epizodu bere zpětně jako dar, díky kterému posunul svůj život lepším směrem.

Takže hele, vlastně to byl zázrak. Dneska ti to řeknu. (...) Dokonce si trochu říkám, že to bylo to nejlepší, co se mi mohlo stát (Matyáš, s.36, ř.21).

4.5 Limity výzkumu

Za limitující aspekt této práce považuji, že jsem jeden z rozhovorů musel uskutečnit online formou, jak už jsem zmiňoval výše. Navzdory tomu se domnívám, že tento fakt nepředstavuje natolik závažný limit, jelikož se jedná pouze o jeden z pěti rozhovorů.

Dalším limitem je zmiňovaná skutečnost, že se mi v průběhu procesu transkripce provedených rozhovorů jeden z nich smazal a musel jsem náhle hledat náhradního participanta a provést s ním další rozhovor, což časově ovlivnilo průběh vypracování této práce.

Do určité míry považuji i samotné téma jako jeden z limitů práce, neboť je velice subjektivní a v rámci vypracování empirické i teoretické části jsem se setkal s řadou osobních rozdílů napříč jedinci ve způsobu, jakým vnímají a prožívají religiozitu i danou duševní nemoc. V rozhovorech s participanty se například setkáváme s jak bigotním, tak i spíše spirituálně založeným prožíváním religiozity, poukazujícím na interpersonální rozdíly.

Mezi další limity práce zahrnuji, že participanti ve svých rozhovorech v malé míře uváděli jakékoliv negativní zkušenosti s vírou. Věřím, že kdyby byl výzkumný vzorek participantů větší, tak by se tento aspekt více projevil a mohl by významným způsobem ovlivnit vycházející výzkumná zjištění.

Jako poslední limit práce zmíním přirozené nedostatky, které s sebou přináší zvolená výzkumná metoda tematické analýzy. V rámci této metody neexistuje jednotný a všemi uznávaný postup, dokonce ani metodická vymezení. Vlivem subjektivní interpretace vzorců napříč výzkumným vzorkem mohou různí výzkumníci dojít ke zcela odlišným závěrům, ačkoli analyzují stejné téma. Každý z výzkumníků se však může soustředit na takové aspekty získaných dat, které sám považuje za důležité, spojení analyzovaných dat ze strany různých výzkumníků tak může v rámci komplexního přístupu k jednotnému tématu přinést řadu obohacujících zjištění.

4.6 Diskuze

Tato bakalářská práce se zaměřovala na to, jak prožívají svoji religiozitu lidé v depresi a jak se toto prožívání v průběhu psychoterapeutické léčby mění. Data získaná pomocí polostrukturovaného rozhovoru byla zpracována tematickou analýzou, která odhalila čtyři hlavní témata: Naděje, smysl života; Úpadek religiozity; Podpůrné prostředí a Návrat. Dále se budu zabývat zodpovězením výzkumných otázek stanovených před realizací výzkumu.

1. otázka: Jak prožívají svoji religiozitu lidé v depresi? Provedený výzkum ukázal, že prožívání religiozity u lidí s depresí je komplexním a dynamickým procesem, který se může výrazně lišit od člověka k člověku.

Víra často slouží jako zdroj útěchy, naděje a smyslu života věřících. Mnoho účastníků výzkumu uvedlo, že jejich vztah k Bohu jim pomáhá vyrovnat se s obtížnými životními situacemi a nacházet sílu k překonávání deprese. Zároveň se ukázalo, že religiozita v depresivním období působí spíše na jakési podprahové formě, kdy z ní dotyčný člověk čerpá naději a smysl, ale není ji schopen emočně prožívat. Projevuje se tedy pouze na bázi racionální.

U všech participantů vedla deprese ke změnám v intenzitě a kvalitě jejich náboženského prožívání. Většina účastníků zaznamenala úpadek vlastní religiozity, což se projevilo prostřednictvím obtíží s modlitbou či účastí na bohoslužbách, nebo oslabení víry v Boha a jeho pomoc. Fenomén útlumu religiozity se vyskytl u všech participantů, přičemž u dvou z nich došlo kromě tohoto jevu také k jevu opačnému, vedoucímu až k patologickému nárůstu míry praktikování své víry. Podle mé domněnky tento jev kontrastující se samotným tématem zapříčinila hluboká krize a odevzdání se pánu Bohu.

2. otázka: Jak se toto prožívání v průběhu terapeutické léčby mění? Na začátku výzkumu jsem předpokládal, že bude psychoterapie hrát velkou roli v průběhu depresivních epizod participantů a jejich prožívání religiozity v ní. Ukázalo se, že nikdo z participantů neprobíral téma religiozity u svého prvního terapeuta, který jim zároveň v nejvíce případech pomáhal v akutním stavu deprese. Ze zjištění vyplývá, že témata, která participanté v té době řešili, se nutně nemusela vztahovat k religiozitě, a pokud ano a chtěli je na své psychoterapii řešit, terapeut tomu nebyl tolik otevřený nebo nebyl věřící a tudíž nemohl v tomto směru pacientovi dostatečně pomoci. Ve vztahu k náboženskému zaměření psychoterapeutů participanté zmiňovali, že by upřednostňovali věřícího či alespoň spirituálně založeného terapeuta. Domnívám se, že důvodem této preference je především pocit více bezpečného prostoru v psychoterapeutickém prostředí. Jedním z nejzajímavějších zjištění je paradox, že pacienté často nemluví o své religiozitě v terapii, ale největší léčebný faktor pro ně představuje společenství, které je často věřící, kde mohou mluvit jako o své víře, tak o čemkoliv jiném. Sociální podpora od věřících přátel a komunit je pro mnohé pacienty klíčová a výrazně přispívá k jejich zotavení. Toto podpůrné prostředí poskytuje emocionální podporu, pocit sounáležitosti a sdílené naděje, což jsou faktory, které mají zásadní vliv na proces léčby deprese.

Za neočekávaný bych nazval i návrat víry po depresivní fázi. Religiozita participantů se po depresivní fázi vrátila rychle a bez velkého snažení se o její návrat. Participanté častokrát ani neví jak se to stalo, ale automaticky byli zase schopni prožívat emocionální vazbu se svou vírou. Ve velkém množství se víra vrátila dokonce v lepším stavu než v jaké míře byla v době před depresí.

Na začátku této práce jsem se domníval, že bude mít víra více negativních aspektů pro jejich věřící. Myslel jsem si, že část věřících bude mít v depresivní fázi negativní prožitky spojené s religiozitou. Některé myšlenky v náboženství mají tendenci vzbuzovat v lidech úzkost, vinu, příliš mnoho odpovědnosti a další negativní pocity, pokud jsou ony myšlenky špatně vyloženy. Byl jsem velice překvapen jak malé, skoro až žádné množství negativní odezvy na religiozitu jsem dostal. Je možné, že se jedná o malé množství výzkumného vzorku, jak už popisují v limitech výzkumu a kdyby byl výzkumný vzorek větší, tak by se tento faktor projevil.

Mezi hlavní zjištění tohoto výzkumu patří zjevné odchýlení víry od svého původního stavu v průběhu potýkání se s depresí v průběhu života věřících. Toto odchýlení nejčastěji probíhá formou úpadku religiozity v těžkých obdobích, které je následně v některých případech vystřídáno odchýlením na opačnou stranu, vedoucí ke zvýšené míře a intenzitě

praktikování dané víry, jež může v krajních případech dosahovat až patologické roviny. Navzdory dočasnému úpadku však náboženská víra nezaniká, ale zůstává v prožívání věřících v podobě racionálního přesvědčení o existenci Boha, které bývá pouze zřídka zpochybňované. Oproti tomu emocionální stránka religiozity bývá výrazně narušena a participanti v obdobích hluboké deprese často nedokážou vlastní víru prožívat.

Za další hlavní zjištění lze považovat míru, v jaké depresivním psychoterapeutickým klientům pomáhá jejich podpůrné prostředí. Z výzkumných dat vyplývá, že sociální podpora poskytovaná ze strany blízkých může být označena za hlavní faktor, který významně pozitivním způsobem ovlivňuje proces zotavení se z deprese.

S ukončením této práce mi vyvstalo více otázek než odpovědí. Myslím si, že by bylo velice zajímavé provést tento nebo podobný výzkum na jiné náboženství než křesťanské, uvažoval jsem, zda obohatit výzkumný vzorek o různé náboženské orientace, ale nakonec jsem, tak neučili z důvodu příliš různorodého výzkumného vzorku, který by mohl zkreslovat získaná data. Další zajímavým rozšířením výzkumu by mohla být věková, genderová nebo v jakém životním období člověk vstoupil do víry. Ve svém výzkumu mám dva participanty, kteří vstoupili do víry v pozdějších letech svého života a jejich odpovědi na mé otázky byly od zbytku participantů, kteří vstoupili do víry na začátku svého života, kdy se narodili do věřící rodiny, znatelně rozdílné. Genderově specifikovaný výzkum by mohl být také přínosný, neboť prožívání ženského a mužského pohlaví se liší na základě jejich životních zkušeností a rozdílech ve fyziologické a psychické oblasti. Věřím, že by byl na toto téma přínosný i longitudinální výzkum s psychiatrickými pacienty s chronickou depresí.

Závěr:

Tato bakalářská práce se zabývala vlivem religiozity na prožívání a léčbu deprese u pacientů, kteří se nacházejí v terapeutickém procesu. Cílem výzkumu bylo zkoumat, zda a jak religiozita ovlivňuje psychický stav a léčebný postup těchto pacientů.

Výsledky našeho výzkumu ukázaly, že religiozita může hrát významnou roli v životě pacientů trpících depresí. Pro mnohé z nich představuje víra a náboženské praktiky zdroj naděje, podpory a smyslu života, což může přispět k jejich psychickému zotavení. Pacienti, kteří čerpají sílu z náboženské víry, často uvádějí lepší zvládnání stresu a negativních emocí, což se může pozitivně odrazit na průběhu jejich terapeutické léčby.

Z našich rozhovorů vyplynulo, že náboženská komunita může poskytnout významnou sociální podporu, která je klíčová pro zvládnání deprese. Věřící pacienti často nacházejí útěchu a porozumění mezi spoluvěřícími, což jim pomáhá překonávat pocity osamělosti a beznaděje, které jsou pro depresi typické.

Na druhé straně práce také upozornila na možná rizika spojená s religiozitou. V některých případech může náboženská víra přinášet pocity viny či studu, pokud pacienti vnímají svou nemoc jako selhání víry nebo jako trest. Je důležité, aby terapeuti byli citliví k těmto aspektům a byli schopni poskytovat podporu, která respektuje náboženské přesvědčení pacienta, aniž by ho dále zatěžovala.

Na základě těchto zjištění bych velice rád doporučil, aby terapeuti pracující s pacienty trpícími depresí brali v úvahu jejich náboženskou a spirituální orientaci. Integrace spirituálních aspektů do terapeutického procesu může být pro mnohé pacienty přínosná a může přispět k celkovému zlepšení jejich duševního zdraví. Je však důležité přistupovat k tomuto tématu individuálně a respektovat jedinečné potřeby a přesvědčení každého pacienta.

Seznam tištěné literatury

Boyatzis, R.E. (1998). *Transforming Qualitative Information: Thematic Analysis and Code Development*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Dahlke, R. (2012). *Deprese jako řeč unavené duše*. Olomouc: Fontána.

Dunbar, R. (2022). *How Religion Evolved: And Why It Endures*. London: Pelican Books.

Honzák, R. (1999). *Deprese: depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*. Praha: Galén.

Novotná, H. (2019). Výběr vzorku a prostředí výzkumu. In Šťovíčková Jantulová, M. (eds.), *Metody výzkumu ve společenských vědách*. (s. 293-297). Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy.

Orel, M. (2016). *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše*. Praha: Grada Publishing.

Praško, J., Prašková, H., & Prašková, J. (2015). *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Praha: Portál.

Říčan, P. (2002). *Psychologie náboženství*. Praha: Portál.

Říčan, P. (2007). *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál.

Svoboda, M., Humpolíček, P. & Šnorek, V. (2013). *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál.

Yalom, I. D. (2020). *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál.

Zendlová, M. (2019). Rozhovor. In Šťovíčková Jantulová, M. (eds.), *Metody výzkumu ve společenských vědách*. (s. 322-326). Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy.

Seznam internetové literatury

Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research* 1(3), 385/405. <https://doi.org/10.1177/146879410100100307>

McNamara Barry, C., Nelson, L., Davarya, S., & Urry, S. (2010). Religiosity and spirituality during the transition to adulthood. *International Journal of Behavioral Development*, 34(4), 311-324. <https://doi.org/10.1177/0165025409350964>

Motl, J. (2015). *Spiritualita a psychopatologie*. Praha: Husitská teologická fakulta. Elektronická skripta vytvořená s podporou grantu na inovaci studijních materiálů při HTF UK. https://htf.cuni.cz/HTF-103-version1-motl_spiritualita.pdf

Shreve-Neiger, A. K., & Edelstein, B. A. (2004). Religion and anxiety: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 24(4), 379–397. doi:10.1016/j.cpr.2004.02.003

World Health Organization. (2023). MKN-10. <https://mkn10.uzis.cz/>

**Posudek vedoucího bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Samuel Pindřák

Studijní program: psychologie

Název práce: Prožívání religiozity u pacientů s depresí v průběhu terapeutického procesu

Vedoucí práce: Mgr. Michal Slaninka, Ph.D

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh):

Počet stránek příloh:

Počet titulů v seznamu literatury:

Procento podobnosti z antiplagiátorského systému Theses:

Komentář k závěrům kontroly z Theses

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

		x		
--	--	---	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

			x	
--	--	--	---	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		x	x	
--	--	---	---	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

x				
---	--	--	--	--

Obsahová kritéria a prínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

		x		
--	--	---	--	--

Naplnění cílů práce

		x		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

			x	
--	--	--	---	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

			x	
--	--	--	---	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

1. Na základě čoho autor usudzuje, že v období ťažkostí zvýšená miera a intenzita praktikovania viery je patologická?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Samuel Pind'ák predkladá prácu, v ktorej sa venuje prežívaniu spirituality a religiozity u ľudí s depresiou v kontexte ich psychoterapie. K práci mám niekoľko pripomienok. Po obsahovej stránke autor dodržal minimálny štandard zahraničných zdrojov, očakával by som však viac súčasných poznatkov k danej téme. Po formálnej stránke: práca nie je stránkovaná, nie je v nej jednotný spôsob citovania (autor obyčajne uvádza zdroj a rok, niekedy aj strany (napr. str. 22)). Sekundárne zdroje nie sú dostatočne citované (autor uvádza rôznych autorov, pričom cituje Řičana). V obsahu sa nedozvedáme, či má prílohy alebo nie. Diskusia je podkapitola výsledkov, atď.

Zároveň, autor uskutočnil 5 rozhovorov, ktoré analyzoval pomocou tematickej analýzy. Má kvalitne vypracovanú sebareflexiu k danej téme, adekvátne uchopil okruhy, na ktoré sa pýtal, podáva dobré odporúčania pre ďalší výskum. Formálne nedostatky sprevádzajú ale aj praktickú časť. Chýba podkapitola výskumného cieľa a otázky, tie sa dozvedám až v Diskusii. Chýba stručný popis a charakteristika respondentov. V každom prípade výsledky poskytujú dobrý náčrt toho, ako sa mení viera u ľudí s depresiou počas ich onemocnenia a v priebehu psychoterapie, a to vyvažuje formálne nedostatky práce. Prácu odporúčam k obhajobe s výsledkom dobre.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/~~nedoporučuji~~*

Navrhovaná klasifikace: dobre

Datum, podpis:

5.9.2024


Mgr. Michal Slaninka, Ph.D

**Posudek oponenta bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Samuel Pindák

Studijní program: Psychologie

Název práce: Prožívání religiozity u pacientů s depresí v průběhu terapeutického procesu

Oponent práce: doc. PhDr. Alena Hricová, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): nečíslováno

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 17 (nečíslováno)

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Oborová přílehavost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

			X	
--	--	--	---	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	X			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

				X
--	--	--	--	---

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

			X	
--	--	--	---	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		X		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		X		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

X				
---	--	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

X				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

			X	
--	--	--	---	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	X			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěla

Návaznost kapitol a subkapitol

	X			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

				X
--	--	--	--	---

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

				X
--	--	--	--	---

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Nekladu, v případě obhajoby prosím vyjádřit se k jednotlivým připomínkám v části níže.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Zvolené téma je zajímavé a oborově příléhavé. Práce ale vykazuje obrovské množství nedostatků:

Teoretická část práce je velmi podprůměrně zpracována co do práce s literaturou. Je použito pouze 17 zdrojů, většina starší české knihy. V textu autor cituje stále ten samý zdroj na stránce za sebou v odstavcích a tak se stává, že celá str. je tvořena jedním zdrojem. Chybí poměrně stěžejní kapitola religiozita v PT (existuje celá řada zdrojů). V této podobě je teorie pro BP neakceptovatelná.

Ať hledám, jak hledám, v práci nikde není explicitně vymezen cíl výzkumu a VO. Něco je naznačeno v úvodu, ale nejedná se o explicitní vymezení. Této části by měla být věnována část před metodologickým popisem. Autor použil TA, ale uvádí, že se zaměřoval na prožívání, nebyla by vhodnější IPA? Není jasné, proč autor pracuje právě s pěti participanty?

Výsledky jsou zpracovány poměrně stručně, analýza, ač se jedná o značně hluboké téma, moc do hloubky nejde.

Absentuje práce s literaturou v části diskuse. Namísto toho autor často používá vlastní domněnky k vyvození závěrů.

Doporučení k obhajobě: nedoporučuji

Navrhovaná klasifikace: neprospěl

Datum, podpis: 2.8.2024

