Jihočeská universita v Českých Budějovicích
TEOLOGICKÁ FAKULTA
Katedra psychologie

Bakalářská práce

Arteterapie při práci s dětmi s astmatickým onemocněním

Vedoucí práce: PhDr. Ing. Marie Lhotová, Ph.D.

Vypracovala: Zulika Broumová
Studijní obor: Pedagogika volného času
Ročník: III.

2012

Prohlašuji, že svoji bakalářskou (diplomovou) práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.
Prohlašuji, že, v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské (diplomové) práce, a to v nezkrácené podobě (v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Teologickou fakultou) elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

…… ….……
Datum Podpis

Poděkování:

Děkuji vedoucí bakalářské práce PhDr. Ing. Marii Lhotové, Ph.D. za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

OBSAH

ÚVOD **5**

I. TEORETICKÁ ČÁST **7**

1. ASTMA 7

1.1 Astma z pohledu historie 8

1.2 Astma z pohledu psychosomatiky 9

1.2.1 Historie psychosomatiky 9

1.2.2 Soudobá psychosomatika 9

1.3 Astmatické onemocnění u dětí a mladistvých 10

2. PSYCHOTERAPIE 12

2.1 Vymezení oboru psychoterapie 13

3. ARTETERAPIE 14

3.1 Historie arteterapie a přístupy v arteterapii 16

3.2 Formy a metody arteterapie 18

3.3 Průběh a cíle arteterapie, terapeut v arteterapii 20

3.4 Arteterapie s dětmi 22

3.5 Možnosti využití výtvarné tvorby a arteterapie při práci s dětmi se zdravotním postižením dg. astma 23

II. PRAKTICKÁ ČÁST **26**

1. OBSAH A CÍLE VÝZKUMU 26

1.1 Charakteristika výzkumného souboru 27

1.2 Charakteristika výzkumného prostředí 27

1.3 Průběh výzkumu 28

ZÁVĚR **38**

Literatura **40**

Seznam příloh **42**

Abstrakt **57**

ÚVOD

Jako téma pro tuto bakalářskou práci jsem si zvolila arteterapii při práci s dětmi s diagnosou astma. Toto téma mne zajímá z několika důvodů, především se mne osobně dotýká problematika dechových onemocnění a alergií u dětí a mládeže, možnosti léčby, vliv nemoci na jedince s astmatem i na jeho okolí. Dalším důvodem který vedl k volbě tématu mé bakalářské práce je skutečnost, že výtvarná tvorba mi byla vždy milým zpestřením všedních dní, napomáhala k uvolnění mysli, zároveň byla i prostředkem k sebevyjádření, odpočinku a relaxaci.

Při mém studiu na VŠ jsem se seznámila mj. s arteterapií, tato metoda spojení tvorby výtvarné či jiné s léčbou různých typů onemocnění mne zaujala a můj zájem vedl k rozšiřování informací a absolvování kurzů.

Zajímá mne, jak by se dalo využít pozitivních účinků artetetrapie při práci s dětmi s dg. astma bronchiale.

Onemocnění průduškovým astmatem je v naší době velmi časté, objevuje se v každém věku, počet postižených se stále zvyšuje. K jeho rozvoji vede souhra několika faktorů, jako jsou genetické dispozice, znečištěné ovzduší, alergeny, virové infekce, nezdravý životní styl, kouření a řada dalších. Není neobvyklé, začíná-li již u dětí a to mnohdy ve velmi raném věku.

Vhodné zvolení terapie má pro léčbu a zmírnění obtíží pozitivní význam, a to nejen léčba farmakologická, ale také využití léčby přírodní, rehabilitační, psychoterapeutické i jakékoliv jiné účinné, jíž lze přispět ke zmírnění obtíží.

Zde si myslím, má arteterapie nezastupitelné místo, věřím, že samotný proces tvorby má pro tvořícího jedince význam.

Hlavním cílem mé bakalářské práce tedy je vliv působení arteterapeutických technik u dětí a mládeže s onemocněním astma. Chtěla bych poukázat na to, jak lze s jejich aplikací u jedinců dosáhnout pozitivních účinků na průběh onemocnění a zmírnění či zlepšení negativního prožívání onemocnění. Vhodnost zařazení této formy terapie může usnadnit a zpříjemnit život stále se zvyšujícímu počtu nemocných.

V první části práce se budu věnovat teoretickému uvedení do problematiky onemocnění astma, vlivu tohoto druhu onemocnění na život dítěte, jeho rodiny a okolí.

V druhé části se zaměřím na psychoterapii a použití psychoterapeutického přístupu. Předpokládám, že psychoterapeutická pomoc a podpora je vhodná, vedle terapie farmakologické také u osob s onemocněním astma.

Předmětem třetí části mé práce bude arteterapie, jedna z metod psychoterapie a využití výtvarné tvorby a arteterapeutických technik jako nástroje k odstranění obtíží nemocných dětí, posílení sebedůvěry, podpoře jejich schopnosti vypořádat se s nemocí a zlepšení zdravotního stavu. Pomocí výtvarných technik a zprostředkováním zážitku z tvorby bych chtěla docílit posílení sebedůvěry u dětí s onemocněním astma, zlepšení sociálních vztahů a uspokojivého začlenění do vrstevnických skupin.

Ke splnění stanoveného cíle jsem zvolila analýzu výsledků pozorování dětí s diagnosou astma při arteterapeutické činnosti, k vypracování kasuistik volný rozhovor s dítětem a rodiči, analýzu dokumentů. Dále se chci zaměřit na využití výtvarné tvorby a začlenění arteterapie do léčebných procedur v lázeňských léčebnách pro děti s diagnosou astma.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Astma

Astma je charakterizováno záchvaty dušnosti, které jsou způsobeny funkční obstrukcí dýchacích cest. Obstrukci způsobuje nepřiměřená reakce bronchů na celou řadu podnětů - spazmus hladké svaloviny bronchů, překrvení, zvýšená sekrece vazkého hlenu, často je tento děj kombinovaný imunologicky i nemonologicky. Stahy dýchacího svalstva vyvolávají nejen dechové potíže, jsou i příčinou úzkostného psychického stavu nemocného, jenž se dostává do tenze v očekávání dalšího astmatického záchvatu a obavách z jeho průběhu (LANGMEIER a kol. 2000: 369- 371).

Tato chronická nemoc vyžaduje komplexní dlouhodobý léčebný přístup. Hlavní roli v cestě za zlepšením prognosy nemoci hraje nemocný sám, důležitá je i jeho rodina. Nemoc zasahuje nepříznivě nejen do života nemocného, ale celého okolí, zvláště rodiny. Ve všech věkových kategoriích nemocných je nezbytné dodržování preventivní léčby, pravidelné kontroly u odborného lékaře. Nemocný sám významně přispívá k udržení zdraví užíváním pravidelné terapie, dodržováním režimu a úpravou prostředí, v němž žije (HRSTKOVÁ a kol. 2001: 126).

„…u dětí závažně tělesně postižených (zvlášť nezvratným somatickým defektem nebo chronickým onemocněním) bývá indikováno dlouhodobé psychologické vedení do té doby, než je skutečnost vlastního postižení pacientem dobře integrována do jeho života, duševně se s ní vyrovná a naučí se s ní zdravě a prospěšně žít“… (LANGMEIER a kol. 2000: 45).

Mezi obvyklé podněty, které mohou vyprovokovat astmatický záchvat, patří prašné prostředí, mlha, smog, cigaretový kouř, pyly, zvířecí srst, plísně, hmyzí jedy, chlad, fyzická námaha, silné emoce.

„Tradiční pojem psychosomatické onemocnění obsahuje předpoklad, že na vzniku a vývoji pozorované poruchy tělesných struktur a funkcí se rozhodující měrou podílejí vlivy duševní, tedy prožitkové“ (LANGMEIER a kol. 2000: 362).

Astma tedy nesouvisí pouze s imunitním systémem, rozhodným pro toto onemocnění není jen životní styl nemocné osoby, dodržování léčby a kontrol u odborného lékaře, stravovací návyky, rodinné či pracovní prostředí, ale též je nutné si

uvědomit, že vše souvisí se vším, proto je třeba věnovat pozornost i psychické stránce osobnosti, často opomíjenému stavu mysli nemocného, jelikož psychosomatické příčiny vzniku onemocnění a možnosti psychoterapeutické léčby jsou stále podceňovány a řada lékařů i laiků raději volí pouze farmakologickou léčbu. U řady onemocnění je psychická složka osobnosti jedince důležitá stejně jako fyzická, u některých nemocí, astma nevyjímaje, je psychika rozhodujícím faktorem v léčení nemoci, významně se podílí na rozvoji onemocnění a jeho léčení, vyléčení, i když je třeba upozornit, že psychoterapie si neklade za cíl plně nahradit odbornou lékařskou léčbu.

Často dochází k tomu, že je opomíjena následná léčba, takže byť je toto chronické onemocnění včas diagnostikováno, nasazena účinná terapie, ke zlepšení prognosy nedochází, naopak, rostou ekonomické výdaje na léčbu astmatika (HRSTKOVÁ a kol. 2001: 124).

Důležitým předpokladem ke zdárnému zvládnutí nemoci zajisté přispívají také vhodně zvolené aktivity ve volném čase, informovanost jedinců s onemocněním, rodičů nemocných dětí, veřejnosti, pedagogů a pracovníků škol.

1.1 Astma z pohledu historie

Tato choroba provází lidstvo již velmi dlouho, první písemné zmínky jsou ze staré Číny, pojem astma (asqma) pochází z řečtiny a znamená dušnost nebo záduchu, tento pojem zahrnoval takřka všechny stavy provázené dechovými potížemi. Názory na astma se s postupem doby vyvíjely, ve 2. století n. l. je již popsáno astma vyvolané tělesnou zátěží, sir John Foyer definuje v r. 1698 astma jako dušnost a zúžení průdušek, vedle vlivů dědičnosti již popisuje i vyvolávající faktory např. znečištěné ovzduší, fyzická zátěž. Teprve v roce 1859 popsal Henry Hyde Salter souvislost přecitlivělosti na některé alergeny s astmatem, poznatky se dále vyvíjely, upřesňovaly, díky technickému pokroku v diagnostických metodách je v 80. letech astma definováno jako nemoc dlouhodobého charakteru, která probíhá i v době, kdy je pacient bez obtíží, je zdůrazňována chronická podstata nemoci (ASTMA PROVÁZÍ ČLOVĚKA ODEDÁVNA, 2012).

1.2 Astma z pohledu psychosomatiky

„Astma, přesněji bronchiální astma, je možno považovat - podle názoru autorů této knihy i podle názoru jiných odborníků - za příkladný model psychosomatických poruch zdraví. Astma nám podává komplexní vzor reakcí a je přitom ovlivňováno takovým soborem faktorů, že ho není možno chápat jednoduše jako jen somatický nebo psychologický jev“ (FALEIDE a kol. 2010: 151).

1.2.1 Historie psychosomatiky

O existenci přediva vztahů, propojenosti těla a duše, se dočítáme z nejstarších písemných památek. První bádání k pochopení vlivu psychického zdraví na zdraví fyzické a tím i pochopení důvodu vzniku onemocnění zajímalo první badatele již skutečně v dávné minulosti. O tom, že je třeba hledat vzájemné vztahy mezi somatickými a psychickými příčinami, psal již řecký filosof Platon: *„Nikdy se nesnažte léčit oko, aniž byste zároveň nevěnovali pozornost i hlavě. A věnujete-li pozornost hlavě a nevěnujete-li pozornost celému tělu, neděláte dobře. Stejně tak nedobře jednáte, když léčíte tělo a nevěnujete pozornost duši“* (PLATON In FALEIDE a kol. 2010: 17).

Řecký lékař Hippokrates přináší svoji teorii, ve které připisuje vliv tří různých tělesných tekutin na temperament i na duševní potíže a nemoci. Holistické pojetí člověka vystřídalo později zaměření pouze na tělesnou stránku člověka, kdy děje mezi psychikou a tělem byly přenechány teologům a filosofům, z důvodu „oddělení“ těla od duše mohly být prováděny pitvy. Změna nastává až ve 20. století, kdy se opět na člověka nazírá v širším kontextu, holistickém pojetí. Mimořádný vliv mělo učení rakouského psychiatra a neurologa Sigmunda Freuda, zakladatele psychoanalýzy, jeho pojetí nevědomí a podvědomí, významu a výkladu snů. Je předmětem zkoumání, jaký vliv má životní prostředí, zkušenosti, zvyky a události na chování člověka, na jeho psychické a fyzické zdraví (FALEIDE a kol. 2010: 17-22).

1.2.2 Soudobá psychosomatika

Psychosomatické choroby vznikají z různorodých příčin, k uzdravení pacienta vede mj. správně nastavené terapeutické úsilí, které je výsledkem snahy psychoterapeuta vyznat se v pacientovi z různých hledisek, čehož se daří dosáhnout nejen jeho vlastní představou o vzniku nemoci, o člověku atp., ale je také vhodné sledovat nové proudy, jelikož vznikají nové životní podmínky, nové situace, konflikty, problémy z nichž

pramení důsledky pro duševní život každého člověka v celé historii lidstva (PONĚŠICKÝ 1999: 47- 48).

PONĚŠICKÝ (1999: 48): „*je třeba, aby i psychoterapeut měl k dispozici početné a diferencované současné skutečnosti, odpovídající modely a nesnažil se pacienta vtěsnat do několika málo dosavadních interpretačních schémat*“.

Ve 20. století zásluhou systematického psychosomatického výzkumu lékařů v lékařské škole v Chicagu (Franz Alexandr a Helena Flanders Dunbar) dochází k dalšímu posunu vývoje psychosomatiky, medicína a psychoterapie jsou propojeny smysluplnými mosty. V důsledku výzkumů vznikají rozličné teorie, např. vliv emocionálního prožívání na zdraví jedince, kdy z důvodu zkratového odklonění emocí do somatické oblasti dochází k somatické reakci např. astmatickému záchvatu a to v nevhodný čas, popř. i v nebezpečné formě. Emocionální stavy, emocionální zážitky nejsou-li správně zhodnoceny, dostanou se jinam, než by měly být, a mohou tedy ovlivnit různé vnitřní orgány natolik, že jejich funkci aktivují nebo potlačí. Další pojetí vysvětluje Mellita Sperlingová, dětská psychiatrička, dítě je nositelem velkého množství skrytého, potlačeného materiálu z období raných fází života, při uvolnění těchto potlačených impulsů z podvědomí může dojít k uzdravení, ale také může vést k vyvolání strachu (FALEIDE a kol. 2010: 23-31).

Také teorie učení nabízí pohled na psychosomatiku ze svého úhlu, studiem podmiňování bylo zjištěno, že k tomuto dochází u imunitních odpovědí, kdy dochází k opětovnému spojení, odpovědi, na daný podnět. „*V psychosomatice je podmiňování činnosti interních orgánů a somatických reakcí, které vedou k patologickému vývoji, velice důležité. Somatická reakce mohla např. startovat na základě organické etiologie*“ (FALEIDE a kol. 2010: 37). Jev podmiňování je v člověku zakotven, takže paměť uloží vegetativní reakci a vyvolá stejnou somatickou reakci i v případě, že se již ale nejedná o stejný (nebezpečný) podnět, teorie podněcování byla ověřena již u nenarozeného dítěte (FALEIDE a kol. 2010: 38).

1.3 Astmatické onemocnění u dětí a mladistvých

Tato bakalářská práce je zaměřena na arteterapii u dětí a mladistvých s onemocněním astma, proto se budu zabývat astmatickým onemocněním u osob v tomto vývojovém období.

Průduškové astma (asthma bronchiale) se objevuje v každém věku, často bývá lékaři diagnostikováno již u velmi malých dětí, onemocnění se projeví u 40 % již do 5. roku života, do 15. roku u 60 %. Příčiny rostoucího počtu dětí s diagnosou astma jsou předmětem zvýšeného zájmu o možnostech jeho léčení. Typickým psychologickým činitelem je přehnaná závislost a potřeba péče dítěte ke vztažným osobám, zvláště matce, negativní citový zážitek vyvolá astmatický záchvat asi u 50 % dětí s onemocněním astma, příznačná je také jejich snížená tolerance vůči emoci hněvu. Záchvat je vykládán jako projev hněvu při ohrožení potřeb jistoty, záchvatem je zajištěn citový příklon, je i nástrojem moci v rodině. Osoby nemocné astmatem trpívají záchvaty dušnosti, dochází k pocitu dušení, tento stav nastává křečí bronchů, zúžením průdušek a průdušinek, obvykle je nástup těchto stavů velmi prudký, v případě silného záchvatu až životaohrožující (LANGMEIER a kol. 2000: 369-371).

Malé děti, kojenci a batolata vnímají průběh nemoci jinak než adolescent či dospívající. Prožívání nemoci ale nesouvisí pouze s vývojovým stadiem daného jedince, je velmi individuální, a také nemusí odpovídat zdravotnímu stavu. Zdaleka ne vždy je pravidlem, že závažné stavy nemoci souvisí s většími psychickými obtížemi a naopak.

Je třeba si uvědomit, že pokud se dítěti nedostává během astmatického záchvatu dechu, je touto situací velmi stresováno, dochází k úzkosti, která zaujímá významné postavení mezi duševním a tělesným prožíváním. Dítě se zvýšenými sklony k úzkosti je ohroženo zhoršením boje s nemocí, svůj stav přijímá hůře než dítě psychicky dobře kompenzované, hůře mobilizuje své síly, hůře se vypořádá s potížemi nejen ve stavu ataky nemoci, ale i v době, kdy je zdravotní stav stabilizován. Pro některé děti se nemoc stane jejich způsobem života, strhávají na sebe pozornost, využívají onemocnění jako zdroj moc v interakci s vrstevníky, sourozenci, rodiči, okolí se jim přizpůsobuje, mají zajištěnou péči a zájem okolí.

V psychoterapii je v popředí snaha podpořit osamostatňování se a vytváření identity dítěte, dle vyspělosti dítěte lze hrovými, arteterapeutickými, činnostními technikami propracovávat jeho konflikty a překonat vývojové ustrnutí závislosti na matce (LANGMEIER a kol. 2000: 369-371).

2. Psychoterapie

Vzhledem k zaměření mé bakalářské práce se nyní zmíním o psychoterapii, informace a materiály budu směřovat k věkové skupině dětí a mládeže, stejně tak k diagnose astma. Domnívám se, že využití psychoterapie a jejího směru arteterapie jako léčebného postupu je pro nemocné s dg. astma vhodné. Bylo by chybou přehlížet vzájemnou souvislost tělesného, duševního a sociálního vlivu na zdraví jedince. Proto lze správně zvolenou psychoterapií, za využití určitých účinných vlivů duševních, dosáhnout stabilizace a léčby astma bronchiale. Myslím si a svou prací chci potvrdit, že jedinci s tímto onemocněním by měli využívat nejen farmakologickou léčbu základního onemocnění, ale k dosažení odstranění potíží např. úzkostných stavů nebo příznaků a důsledků sociálního selhávání z důvodu závažné nemoci, kterou astma bronchiale bezesporu je, využít i léčbu psychoterapeutickou. Jejími metodami a možnostmi využití při arteterapii se budu zabývat v dalších kapitolách.

„Jak akutní, tak i chronický stav klienta vyžadují paralelní lékařské ošetření. Příkladem může být použití bronchodilátátorů u astmatu nebo antidepresiv, které umožňují lepší relaxaci gastrointestinálních poruch. Je možno se domnívat, že v mnoha případech (ne však v akutní fázi) by včasná psychologická intervence mohla snížit množství a stav později přiznaných pracovních neschopností“ (FALEIDE a kol. 2010: 213).

V léčbě somatických poruch má psychoterapie své oprávnění, různými přístupy užívanými v psychoterapii psychosomatických onemocnění způsobuje pozitivní fyziologické následky ve „vnitřním hospodářství“ organismu, čímž zprostředkovaně ovlivňuje i úroveň osobnostní a sociální.

LANGMEIER (2000: 362): *„poměr vlivů psychických a fyzických je u různých druhů onemocnění rozdílný a zřejmě je odlišný i v jednotlivých případech. Přesto lze již řady somatických poruch na základě empirických poznatků označit za převážně psychogenní, přičemž ovšem somatické podmínky jejich vzniku (jako konstituční dispozice, infekce či jiné akutní oslabení organismu) vždy v nějakém stupni rozhodují o tom, zda a v jaké podobě se duševní přetížení projeví somatickou patologií“*.

2.1 Vymezení oboru psychoterapie

Psychoterapie je interdisciplinární obor, jenž má blízko k příbuzným disciplínám, jako je klinická psychologie, psychosomatická medicína, psychiatrie a filosofie. Psychoterapie má svoji teoretickou a aplikační stránku. „*Psychoterapie je obor, vědní disciplína, empirická a aplikovaná věda. Je to obor interdisciplinární*“ (KRATOCHVÍL 2000: 12). Definice a chápání tohoto oboru mohou být různé, např. stručné: „*psychoterapie je aktem pomoci člověka člověku…*“ (LANGMEIER a kol. 2000: 28).

Výraz psychoterapie je složen ze dvou řeckých slov - psyché a therapón. Psyché je synonymem života, vyjadřovala vztah člověka k životu, therapón byl služebník, průvodce a opatrovník bohů. Psychoterapie tedy v dnešní době znamená starat se a napomáhat člověku prostřednictvím psychologických prostředků k dosahování normality kvalifikovaným člověkem, terapeutem. Psychoterapeutický proces napomáhá klientovi odstraňovat bariéry v komunikaci, zvyšovat kvalitu života, vede k sebepoznání, rozvíjeni a obohacování osobnosti, navíc působí i preventivně. Při psychoterapii probíhá hledání optimálního řešení k uspokojení potíží klienta s pomocí terapeuta. Důraz je kladen především na vztah klienta a terapeuta, který se zabývá duševními ději, ale i tělesnými ději pacienta. Přístup terapeuta může být direktivní, či nedirektivní, každý odborník preferuje jiný styl vedení psychoterapeutické pomoci (VYMĚTAL 1992: 10-14).

„*Psychoterapie je terapie uskutečňovaná psychologickými prostředky. Z hlediska klinického lékařství zaujímá tedy své postavení vedle ostatních druhů léčby, využívajících prostředků fyzikálních, farmakologických a chirurgických“* (LANGMEIER a kol. 2000: 29-30).

„*Psychoterapie je zvláštní psychologická péče poskytovaná potřebným lidem. Považujeme ji za samostatný obor, který má teoretickou i aplikační stránku. Předmětem obou je duševní život člověka, jeho chování a projevy, které však nepovažujeme v té podobě, jak se s nimi setkáváme, za optimální a na přání (pokud nejde o děti) a se souhlasem klienta se je pokoušíme společně měnit* “ (VYMĚTAL 1992: 9)

3. Arteterapie

V předchozích kapitolách jsem se věnovala onemocnění astma, možnostmi jeho léčby pomocí psychoterapie. V této kapitole se již chci zabývat jednou z psychoterapeutických možností, arteterapií, její aplikací u dětí s onemocněním astma, jelikož se domnívám, že arteterapie je účinná psychoterapeutická technika právě u takto nemocných dětí, její efekt u dětí s onemocněním astma se budu snažit vyzkoumat a popsat v praktické části mé bakalářské práce.

Arteterapie je jednou metodou z velké nabídky psychoterapeutických postupů, občas je chápána jako samostatná disciplína a ve srovnání s jinými je oborem poměrně mladým. Při práci s klienty využívá formy a prostředky výtvarného umění k ozdravnému cíli, přičemž neklade důraz na výsledek tvoření, nýbrž na proces tvorby jako prostředek léčení. *„Arteterapie v širším smyslu znamená léčbu uměním, včetně hudby, poezie, prózy, divadla, tance a výtvarného umění. Arteterapie v užším slova smyslu znamená léčbu výtvarným uměním“* (ŠICKOVÁ-FABRICI 2002: 30). Pro tuto práci je podstatná arteterapie v užším slova smyslu, tedy léčba pomocí výtvarného umění.

Ingrid HANUŠOVÁ (2007: 259) arteterapii řadí mezi tzv. expresivní terapeutické postupy. *„Expresivními postupy v psychoterapii rozumíme takové metody, při kterých se pacient vyjadřuje verbálně i neverbálně prostřednictvím specifického média (uměleckého, pohybového).“* Média poté rozlišuje na hru, která se používá u terapie hrou, pantomimu a pohyb používané u psychogymnastiky, hudbu v muzikoterapii a samozřejmě pro tuto práci nejdůležitější výtvarný projev, který využíváme v arteterapii (HANUŠOVÁ, VYMĚTAL a kol. 2007: 259). *„Arteterapie využívá výtvarné umění jako prostředek k osobnímu vyjádření v rámci komunikace, spíše než aby se snažila o esteticky uspokojivé výsledné produkty, posuzované vnějšími měřítky“* (LIEBMANN 2005: 14). Arteterapie není tedy určená pouze těm „nadaným“, ale všem, kterým může pomoci. Nejedná se o vytvoření díla, které bude sloužit k prezentaci a má vyvolat obdiv, ale o dílo, které má terapeutovi ukázat určité vnitřní skryté rysy zkoumaného klienta. Arteterapie stejně jako všechny ostatní druhy psychoterapie slouží k vyjádření klienta prostřednictvím nějakého média, proto není důležité, jak toto dílo připadá oku umělce, ale co toto dílo říká o jeho tvůrci.

Při arteterapii je důležitý nejen samotný výsledek klientovy tvorby, ale také proces vytváření. *„Nejde při ní o dokonalé, konečné dílo, ale o proces tvorby“* (CASEOVÁ a

kol. 1995: 9). *„Proces tvoření otevírá cestu do vědomého i nevědomého nitra pacienta a umožňuje intenzivní prožívání, uvědomění si tohoto prožívání a jeho vyjádření“* (HANUŠOVÁ, VYMĚTAL a kol. 2007: 274). Pro spoustu lidí je snazší vyjádřit své pocity a komunikovat s okolím skrze svůj výtvor než přímo. Zároveň se jedná o *„přijatelný způsob, jak ventilovat pro jedince nepřijatelné emoce, jako jsou strach, nenávist, závist, žárlivost, agrese i láska“* (HANUŠOVÁ, VYMĚTAL a kol. 2007: 274). Je ale důležité, aby terapeut dokázal tyto emoce z výtvoru přečíst, potažmo řečeno, aby dokázal číst správně výtvor klienta a interpretovat klientovi pocity, vlastnosti, dojmy apod.

ŠICKOVÁ-FABRICI (2002: 30) rozlišuje arteterapii receptivní a produktivní. *„Arteterapie receptivní je vnímání uměleckého díla vybraného s určitým záměrem arteterapuetem.“* Jedná se tedy o hodnocení již vytvořených děl. Oproti tomu arteterapie produktivní je *„použití konkrétních tvůrčích činností u jednotlivce či skupiny“* (ŠICKOVÁ-FABRICI 2002: 30).

Základem tělesného a duševního zdraví je jednota biologických, psychických a sociálních struktur, procesem tvorby, výtvarnou činností dochází k růstu osobnosti dítěte, v jeho výtvarné reflexi jsou pak také integrovány potencionály emocionální, kreativní, perceptivní, emocionální. Tento soudružný aspekt je základní myšlenkou arteterapie.

„Spojení psychoterapie s tvůrčí a výrazovou výchovou, zejména výtvarnou a dramatickou, není teoretickým výmyslem - vynutila si je samotná praxe“ (CAMPBELLOVÁ 1998: 7).

Arteterapeutické techniky umožňují klientovi vyjádřit pocity, emoce, otevírají vnitřní svět klienta, skryté stránky jeho osobnosti, tendence, emocionální problémy, mnohdy uložené v hlubokém nevědomí. Tímto terapeutickým procesem lze tedy docílit uvolnění emocionálního napětí, které v sobě klienti, děti nevyjímaje, nosí třeba již od raného dětství např. z důvodu prožitého traumatu, což mnohdy onemocnění astma způsobuje. Nezanedbatelný je také vliv arteterapie na rozvoj tvořivosti, komunikace, spontaneity. Formy a prostředky umění, výtvarného tvoření zde napomáhají k dosažení cílů této formy terapie.

„Výtvarné tvoření bylo člověku vždy blízké, což dokládají nejen pravěké jeskynní malby, indiánské pouštní obrazce či africké masky, ale třeba graffiti dnešních velkoměst“ (CAMPBELLOVÁ 1998: 12).

3.1 Historie arteterapie a přístupy v arteterapii

Arteterapie není příliš stará disciplína, jejím předstupněm bylo zkoumání produkce duševně nemocných jedinců. Toto zkoumání bylo zaměřeno na upřesnění diagnózy zkoumaného. Rozvoj arteterapie a její začlenění mezi terapeutické metody přišlo až ve 30. letech dvacátého století a to především díky psychoanalýze. Tehdy se arteterapií začali zabývat výtvarníci, kteří se zajímali o psychoterapii a snažili se nalézt možnosti propojení výtvarného působení s psychoterapií, které by se mohlo uplatňovat v léčbě. *„Výraz art therapy ve svých pracích jako první použila Margaret Naumburgová“* (ŠICKOVÁ-FABRICI 2002: 26).

V České republice bylo zatím nejdůležitějším počinem v oblasti arteterapie založení České arteterapeutické asociace v roce 1994 (ČESKÁ ARTETERAPEUTICKÁ ASOCIACE).

V současnosti vedle sebe existují různě orientované arteterapeutické trendy. Psychoanalytický, který pracuje diagnosticky, terapie pomocí analýzy, interpretace, vedle humanistického trendu, který si neklade za úkol diagnostikovat, či interpretovat klientův výtvor, terapeutický smysl přikládá tvorbě.

„Symbolická řeč obrazů není jednoznačná. I ten nejzkušenější arteterapeut si nemůže být absolutně jistý, jestli jeho interpretace tvorby klienta je správná. Je však pro něj mimořádně významné vědět, zda ve výtvarné produkci lidí s totožnými nebo podobnými symptomy existují společné znaky v obrazech nebo symbolech“ (ŠICKOVÁ-FABRICI 2002: 99).

Arteterapie je jednou ze složek psychoterapie, odráží se v ní různorodost psychoterapeutických směrů. Je známa řada arteterapeutických přístupů, stejně jako je známa řada psychoterapeutických přístupů. Arteterapeuti při své práci sice uplatňují odlišné přístupy, obvykle ovšem není výjimkou, že uplatňují i prvky ostatních přístupů. *„Předpokladem profesního zrání v jakémkoliv klinickém oboru je „zakoušení“ či experimentování s různými přístupy, na jehož konci by měl zůstat ten, který terapeutovi „dobře padne“ a u jeho pacienta „funguje“* (RUBINOVÁ 2008: 24).

Arteterapeutické přístupy vycházejí ze tří hlavních směrů: psychodynamický, humanistický a behaviorální. Jejich volba se obvykle odvíjí od vlastní zkušenosti z praxe, absolvovaného vzdělání atp.

Psychodynamický přístup - vychází z psychoanalýzy Sigmunda Freuda, jedná se o vliv minulých zážitků klienta na jeho potíže, teorie tvorby snů, „učinit nevědomé vědomým“ a Carla Junga, který využíval výtvarnou tvorbu při práci se svými pacienty. Analýza odkrývá nevědomé, terapeut interpretačně-odhalujícím způsobem přispívá k porozumění klientova konfliktu, zdroji jeho nepohody, chování, skrytých pocitů a myšlenek. Odkrytím a uvědoměním potlačovaných konfliktů dosahuje změn. V praxi je zařazováno také kreslení v rámci aktivní imaginace (RUBINOVÁ 2008: 34-35).

“*Otevřeme-li se nevědomí – iracionálnu - čeká nás nebezpečí, ale i odměna*“ (WALLACEOVÁ In RUBINOVÁ 2008: 159).

Humanistický přístup - na člověka zaměřený přístup, který rozvíjí vnitřní prožívání klienta. Vstřícný, optimistický pohled na jedince, jeho schopnost růst, naplnit smysl života a být za svůj osud odpovědný. Rozmanité postupy arteterapie jsou zaměřeny na člověka, vedle výtvarné tvorby, která je ústředním prvkem, jsou ve spojení s výtvarnou tvorbou zapojovány další druhy umění, hudba, pohyb, drama, poezie, tanec (RUBINOVÁ 2008: 192-193).

Základní principy a teze humanistické psychologie (BÜHLER In RUBINOVÁ 1971: 236)

1. Člověka musíme studovat jako celek.
2. Život člověka musí být zkoumán jako celek, tj. z hlediska vývoje a v souvislosti s každým životním stadiem, od narození do smrti.
3. Základními cíli člověka, které přinášejí smysl a pocit identity, jsou seberealizace a naplnění, spíše než přizpůsobení se a absence napětí.
4. Existují tři základní životní tendence. Potřeba libosti, pro niž je typické uspokojení vycházející ze sexu, lásky, sebenáhledu. Potřeba nalézat a najít bezpečí prostřednictvím přizpůsobení se společnosti. Potřeba tvořivého výkonu.
5. Každý jedinec má hluboký a intenzivní zájem integrovat tyto tři základní tendence jedinečným způsobem.
6. Každý jedinec čelí potřebě vyrovnávat v rámci své psychiky protichůdné tendence či konflikty nasměrováním.
7. Pocit viny a úzkost nejsou výlučně výsledkem zákazu superega, ale jsou často důsledkem neúspěšného využití vlastního vrozeného tvořivého potenciálu či neúspěšného pokusu nastolit smysluplný způsob života.

8. Identita má v průběhu života fluidní, přesto však stabilní povahu, vyžaduje neustálé úsilí neintegrovat a vyrovnávat opačné tendence a rozličné potřeby.

Behaviorální přístup vychází z teorie učení, je určen pro léčbu nežádoucího chování, které je přímo pozorovatelné. Počátky tohoto přístupu nalézáme u I. P. Pavlova, jenž zkoumal princip podmiňování, kdy chování je naučené díky vazbě podnět – reakce, např. strach je také naučená reakce. Klient se naučí své chování identifikovat, řídit, rozvíjí sebeovládání, stává se svobodnějším, což vede ke spokojenějšímu životu. Vytvořením nového žádoucího chování pomocí arteterapie klient překonává své současné problémy. *„Behavioristé nahlíží na odchylky v chování jako na naučený jev, který vychází z určitého prostředí a situace. V rámci svého modelu léčby takové chování nejprve vyhodnotí a pak jej pomocí postupů změní tak, že původní vzorce chování upraví nebo naučí vzorcům novým“* (ROTHOVÁ In RUBINOVÁ 2008: 299).

Existuje spousta vymezení arteterapie. Například Hanus arteterapii chápe jako *„zvláštní formu psychoterapie prostřednictvím grafické, malířské a sochařské činnosti“* (HANUS In ŠICKOVÁ-FABRICI 2002: 31). Slavík pracuje s pojmem artefiletika a arteterapii definuje jako *„psychoterapeutickou a psychodiagnostickou disciplínu, využívající k léčebným cílům formy a prostředky adekvátní uměleckým formám“* (SLAVÍK In ŠICKOVÁ-FABRICI, 2002: 31).

Přístupy v arteterapii můžeme rozdělit na psychodynamické, humanistické a další.

3.2 Formy a metody arteterapie

Arteterapie může probíhat jak v individuální, tak i ve skupinové rovině. Při individuální arteterapii je největší výhodou to, že se terapeut věnuje pouze jednomu klientovi, tento klient má tedy terapeuta pouze sám pro sebe a terapeut se může zcela zaměřit na chování klienta při vytváření výtvarného díla. Tato terapie je vhodná především pro klienty, kteří mají natolik velký problém, že je třeba, aby se jim terapeut věnoval plně, a jeho pozornost nebyla odváděna jinými klienty. Dalším případem, kdy se využívá individuální arteterapie, je ten, když klient nemůže pracovat ve skupině, protože jeho chování je např. agresivní. Toto se týká např. autistických klientů (ŠICKOVÁ-FABRICI, 2002: 43).

Skupinová arteterapie klade vyšší a náročnější požadavky na terapeuta. Tammie RONENOVÁ (2000: 51): *„Terapie v malé skupině probíhá formou skupiny dětí, které mají podobný problém. Skupinová terapie je vhodná tehdy, když má dítě problém v sociálních vztazích, protože skupinová sezení poskytují terapeutovi příležitost zjistit nedostatky dítěte v této oblasti a dítěti dávají možnost naučit se a procvičit si nové dovednosti v mezilidských vztazích.“*

Při skupinové psychoterapii dochází k vzájemné interakci pacientů, projevují se vztahy mezi členy skupiny, dochází k dynamice skupiny různé intenzity a psychoterapeutovi se tak nabízí velké množství prostředků k dosažení cílů. Skupinovou psychoterapii lze aplikovat na různě sestavené skupiny - např. uzavřená skupina je složená z klientů, kteří se v průběhu léčebného procesu setkávají ve stále stejné sestavě, a již není nikdo další do skupiny přijímán, což je opakem skupiny otevřené, kde jsou průběžně do skupiny přijímání noví pacienti a zároveň jsou jiní pacienti propouštěni. Další možností je skupina sestavená dle věku, pohlaví, problematiky klientů, např. svépomocné skupiny s problémy sociálními, zdravotními, hnutí anonymních alkoholiků… Počet osob ve skupině je různý, odvíjí se od různých hledisek, obvyklým počtem dětí při skupinové psychoterapii je 6, u dospělých klientů by počet neměl přesahovat 15 osob (VYMĚTAL 1992: 54-55).

Skupina představuje pro dítě nebo mladistvého přirozené prostředí, byť v případě terapeutické skupiny nejde o skupinu spontánně vzniklou. Děti a mladiství mají tendenci sdružovat se do skupin, tato vlastnost je dětem příslušná více než dospělým pacientům a na rozdíl od dospělých také snáze vyjadřují své pocity, emoce, jejich chování je proměnlivější. Skupina napomáhá ke zlepšení komunikace, učí vyjadřovat se a zároveň naslouchat, projevit a uvolnit emoce, přijímat druhého, rozvíjí sociální dovednosti, přináší uspokojení (LANGMEIER a kol. 2000: 247-256).

I přes vyšší požadavky na osobu terapeuta má skupinová forma arteterapie spoustu nezanedbatelných výhod, pro které je dobré ji využívat. LIEBMANN (2005: 19-20) tyto výhody spatřuje v těchto bodech: *„…lidé s podobnými potřebami si mohou poskytovat vzájemnou podporu a pomáhat si s řešením problémů, členové skupiny se mohou poučit ze zpětné vazby od ostatních, členové skupiny si mohou vyzkoušet nové role, vidí, jak ostatní reagují, skupiny vyhovují určitým jedincům, například těm, pro které je intimita individuální práce příliš intenzivní…“* Zároveň ale najdeme i určité nevýhody, mezi které může patřit výše zmiňované rozptýlení pozornosti terapeuta mezi více jedinců,

stud klientů, který jim neumožňuje prezentovat se před skupinou, a také je určitě těžší zorganizovat větší skupinu lidí, než jednotlivce.

Při arteterapii může arteterapeut se svými klienty používat několik různých metod. Patří mezi ně imaginace, animace, koncentrace, restrukturalizace, transformace a rekonstrukce.

Imaginace je základní schopností každého člověka, u každého je tato schopnost v jiné míře, u dětí je fantazie rozvinuta hodně, v imaginaci je obsažen diagnostický potenciál. Přispívá k lepšímu pochopení sebe samého, uvolnění emocí, vyjasnění postojů k druhým lidem i k sobě.

Animace - použitím této metody terapeut napomáhá k odstranění zábran, je veden rozhovor terapeuta s dítětem nad kresbou „ve třetí osobě“. Dítě pomocí identifikace s postavou na obrázku a jejím jménem snáze sděluje informace o sobě, než kdyby toto mělo učinit přímo. Tato metoda je vhodná u dětí, které se cítí osaměle či nejistě.

Koncentrace - pomůckou ke koncentraci a meditaci je v arteterapii mandala, kruh - střed osobnosti, znak celistvosti, harmonie, *„v kresbách malých dětí je kruh, mandala - symbolem zrodu jejich identity, když se jedinec začleňuje do skutečného prostoru, času a místa*“ (ŠICKOVÁ-FABRICI 2002: 128).

Dalším metodou je restrukturalizace, při této metodě dochází k napomáhání nacházet nový smysl skládáním nového obrazu ze starých dílků, novým spojením najít nový smysl obrazu, dění, a akceptovat jej.

Transformace - převedení literárního, hudebního díla do neverbální (výtvarné) podoby, popř. transformace hmatových vjemů.

Poslední metodou je rekonstrukce, při této technice klient dotváří, rekonstruuje, např. dokresluje koláž obličeje, budovy, popř. postavy z hlíny z různých dílků. Tato metoda je vhodná i pro děti, buduje kreativitu, fantazii (ŠICKOVÁ-FABRICI 2002: 126-133).

3.3 Průběh a cíle arteterapie, terapeut v arteterapii

Každé arteterapeutické sezení se skládá z několika částí, které na sebe navazují. *„Arteterapeutické sezení mívá tři části: úvodní, kresebnou a diskusní“* (HANUŠOVÁ, VYMĚTAL a kol., 2007: 279). Úvodní část by měla sloužit k „rozehřátí“, představení arteterapeuta, případně navození atmosféry, která souvisí s hlavním tématem. Kresebná

část, jak již z názvu vyplývá, je věnována samotné výtvarné činnosti. V této části klienti malují a to buď volně, nebo na předem zadané téma. Poslední část diskusní slouží k diskusi nad výtvory klientů. Tato diskuse může probíhat ve skupině, ale i individuálně (HANUŠOVÁ, VYMĚTAL a kol. 2007: 279-280).

ŠICKOVÁ-FABRICI (2002: 61) rozděluje cíle arteterapie na cíle individuální a sociální. Individuální cíle jsou uvolnění, uspořádání zážitků, rozvoj fantazie a celkový rozvoj osobnosti. Sociální cíle souvisí se vztahem klienta k ostatním lidem. Jedná se o přijetí druhých lidí, zapojení se do skupiny, společné řešení problémů a vytváření sociální podpory.

Průběh arteterapie je závislý na mnoha skutečnostech, důležité je dohodnout podmínky a pravidla, vytvořit prostředí pro tvorbu, ve kterém se klienti dokáží uvolnit, zbavit nejistoty a zároveň využít svých tvořivých schopností, prostředí, kde jim bude dán prostor k vyjádření obav a úzkostí, umožněno pracovat způsobem, který jim vyhovuje. K dosažení daných cílů je důležité, aby byl terapeut vyrovnanou osobností, uměl naslouchat, znal strategie s jejichž pomocí může do procesu výtvarné tvorby vhodně zasahovat. S jeho pomocí by se klientům mělo dařit nejen výtvarně tvořit, ale také by měli mít možnost dobrovolně se svěřit ostatním s osobními prožitky, vyvolanou reakcí. Atmosféra ve skupině by měla být taková, aby klienti neměli obavy se svěřit. (CAMPBELLOVÁ a kol. 1998: 18-30).

Arteterapeutické sezení vede terapeut, někdy nazýván dle arteterapie arteterapeutem. Na tohoto odborníka jsou kladeny vysoké nároky. Co se týče jeho vzdělání, ale i jeho sociálních dovedností. Jako při každé jiné práci s nějakým způsobem znevýhodněnými dětmi, i při arteterapii s dětmi je třeba, aby arteterapeut získal jejich důvěru. Arteterapeut by měl být nejen vzdělaný, ale měl by být i empatický a intuitivní (ŠICKOVÁ-FABRICI 2002, 58-59).

Tammie RONENOVÁ (2000: 52): *„Terapeut, který provádí individuální terapii s dětmi, musí mít odborné znalosti v oblasti psychopatologie dítěte, psychických poruch u dětí, speciálních metod léčby dětí, skupinových procesů, metod vedení skupiny a musí ovládat terapeutické metody jako je diskuse, hraní rolí, nácvik podle vzoru, záznam na video, malování, hraní her, vyprávění příběhů, provozování hudby.“*

Arteterapeut by navíc měl stále zlepšovat své schopnosti a neustále se ve svém oboru vzdělávat. *„Arteterapie je totiž oborem, ve kterém je stále co se učit“* (CAMPBELLOVÁ a kol. 1998: 31).

3.4 Arteterapie s dětmi

Tammie RONENOVÁ (2000: 19): „*V rámci terapie bereme v úvahu vývojové stadium dítěte a jeho potřeby, které jsou klíčem k porozumění dítěti, a vhodné terapeutické metody přizpůsobujeme schopnosti dítěte sledovat a porozumět.*“

Před zahájením psychoterapeutické intervence je vhodné získat základní informace o dítěti, způsobů je několik - především vyšetření dítěte a rozhovor s dítětem, s rodiči či jinými relevantními osobami (prarodiče, učitel) a také sourozenci, dále přímé pozorování dítěte, dotazník apod., poté lze diagnostikovat.

VYMĚTAL (1992: 125): „*před započetím psychoterapeutické práce považujeme za nutné dítě zevrubně psychologicky vyšetřit*“.

Při rozhodování o psychoterapii dítěte, o jejím způsobu a obsahu vycházejí terapeuti z věku a vývojové úrovně dítěte, jeho tělesného a duševního stavu ve srovnání s jeho vrstevníky, stavu jeho rodiny včetně ochoty spolupracovat, přihlíží k závažnosti poruchy, ovlivnitelnosti, negativismu. Dle zjištěného terapeut indikuje vhodnou psychoterapii rodinnou, skupinovou, individuální (LANGMEIER a kol. 2000: 29-30).

RONENOVÁ (2000: 47) uvádí: „*Když se terapeut rozhodl, že určité dítě potřebuje terapii, pokračuje proces vyšetření a hodnocení tím, že musí zvolit nejvhodnější uspořádání terapie."*

Po získání potřebných informací o dítěti je zahájena cílená psychoterapie. Je vždy na rozhodnutí a zvážení psychoterapeuta, jaké formy a prostředky zvolí, zda bude prováděna psychoterapie prostřednictvím skupiny, individuální či jiná, o které se podrobně zmiňuji v předchozí kapitole.

Při mém setkávání s dětmi a arteterapeutickém tvoření probíhalo setkání ve skupině, proto se psychoterapií (arteterapií) prostřednictvím skupiny budu věnovat také v kapitole kasuistika, ve které se pokusím způsob práce a užití technik arteterapie při práci s dětmi léčenými pro astma popsat. Jak už jsem uvedla výše, v rámci terapie je nezbytné přihlížet k vývojovému stadiu dítěte. Vzhledem k tomu, že účastníci arteterapie jsou ve věku 6-11 let, budu se i tomuto vývojovému stadiu blíže věnovat..

3.5 Možnosti využití výtvarné tvorby a arteterapie při práci s dětmi se zdravotním postižením dg. astma

V této kapitole se chci zaměřit na možnosti využití výtvarné tvorby a arteterapie při práci s astmaticky nemocnými dětmi, přihlédnout a respektovat zvláštnosti takto nemocných jedinců.

Děti s onemocněním astma lze prostřednictvím arteterapie připravit k lepšímu zvládání traumatických zážitků, které jim nemoc často způsobuje. Astmatické děti bývají často izolovány od svých vrstevníků, častá nemocnost je v třídním kolektivu obvykle také handicapuje, srovnávají se se svými vrstevníky, získávají o sobě negativní obraz, ustupují do pozadí. Jejich sklíčenost občas „podporuje“ i nepříznivé emocionální ovzduší v rodině, kde nemoc ovlivňuje chování ostatních členů (ROGGE 1999: 21-22).

K dosažení pozitivního vlivu arteterapie u dětí s onemocněním astma je nezbytná znalost problematiky tohoto onemocnění, z toho vyplývající zvolené metody, prostředí a výtvarné pomůcky arteterapeutické činnosti přizpůsobené jejich potřebám.

„Děti jsou během svého života konfrontovány s mnohotvárnými zkušenostmi, které s sebou přinášejí citové vlivy a zátěže a zanechávají stopy“ (ROGGE 1999: 19).

Arteterapii lze u dítěte s onemocněním astma realizovat pasivně, ovlivňovat nemocné dítě zprostředkováním uměleckého zážitku, kdy dochází k navození stavu harmonie, rovnováhy např. prohlížením obrazů. Další formou arteterapie je její provozování aktivně, kdy dítě tvoří a prožívá zážitek z vlastní tvorby, a to při individuální arteterapii, která je vhodná při nutnosti maximálního úzkého kontaktu mezi dítětem a terapeutem např. při akutní fázi astmatického onemocnění. Arteterapie skupiny dětí s podobnou, resp. stejnou diagnosou onemocnění astma, poskytuje dětem nejen možnost tvůrčí činnosti a prožitek z procesu tvorby, ale dochází při ní také k příležitosti společného zážitku dětí se stejnými potížemi. Skupina má společný znak astma, tito jedinci jsou svou nemocí omezováni, někteří již od útlého věku.

Důležitá je tedy volba formy arteterapie, ale také vhodných výtvarných technik a materiálů k výtvarné tvorbě. Na trhu a ve specializovaných prodejnách existuje dostatek výtvarných aj. pomůcek pro alergiky, rovněž je třeba zvážit vhodnost výroby např. masek, protože při přikládání na tvář hrozí u některých jedinců nebezpečí vyprovokování astmatického záchvatu, proto arteterapeut vždy přihlíží k dané diagnose.

„Skupinová forma arteterapie je vhodná pro pacienty s podobnou diagnózou, pro které je možnost sdílení a rozšíření vlastních hranic o vnímání, pocity a názory druhých léčivé“ (ŠEVČÍKOVÁ 2010: 20).

Také věk účastníků je pro práci se skupinou důležitý, arteterapeut pracující s dětmi musí znát odlišnosti výtvarné tvorby dle stádií, kterými prochází vývoj kresby. Dítě začíná výtvarně tvořit již velmi záhy, dětská kresba prochází několika stádii, s vývojem dítěte se vyvíjí i jeho kresba. Před dovršením jednoho roku věku vznikají „skvrny“, kolem jednoho roku je tužka jakýmsi prodloužením ruky, dítě prochází stádiem „čmáranic“ a „čárání“, později (kolem 3. roku) již dává dítě svým obrázkům obsah, kreslí první postavy „hlavonožců“, přibývají detaily na postavě. Kresba postavy vypovídá o tom, jak dítě vnímá samo sebe. V dalších stádiích začne dítě kreslit sebe, uvědomuje si vlastní tělo, prostor okolo, vyobrazuje „všechno o čem ví“ např. vnitřek objektu, je to věk „transparentnosti“, dítě nerozeznává, co je horizontální a co vertikální. S nástupem do školy dítě kreslí to, co vidí, jedná se o „vizuální realismus“, který se obvykle objevuje mezi 7. až 12. rokem. Po tomto věku nastupuje poslední stádium, kresby jsou propracovanější, dochází k zobrazování v prostoru. S nástupem puberty ztrácejí děti o výtvarnou tvorbu zájem, většinou se jí věnují pouze v rámci školní výuky. Ti jedinci, kteří mají o umění a výtvarnou tvorbu vážnější zájem, rozvíjejí a prohlubují dovednosti ve výtvarném či jiném zájmovém kroužku.

Ještě v mateřské škole je kreslení považováno za jeden z hlavních úkonů denní činnosti, dítěti je poměrně často umožněno kreslit a malovat. Je škoda, že na základních školách není již výtvarné výchově dán velký význam, stává se okrajovým předmětem spolu s ostatními „výchovami“ a pozornost je věnována tzv. „hlavním“ předmětům, např. matematice, českému či cizímu jazyku. Na kresbách dětí je znát, že postrádají originalitu. Kreativita dítěte je potlačována snahou o „realismus“, *„vyvstává otázka, zda ke špatné adaptaci některých dětí ve škole nepřispívá skutečnost, že se nemohou volně vyjádřit kresbou“* (DAVIDO 2001: 18).

Cílem arteterapie s dětmi s onemocněním astma je dosáhnout, vhodně zvolenými prostředky a s přihlédnutím k aktuálním fyzickým a psychickým silám dítěte a jeho potřebám, jeho aktivnímu zapojení do výtvarné činnosti. Tvořivým procesem, což je pro děti přirozená aktivita, mohou vyjádřit své aktuální prožívání, potřeby, pocity, uvolnit nahromaděné tlaky a podpořit uzdravující proces.

„Můžeme ovládat své vědomí, nikoli nevědomí. Pokud si to uvědomíme, pochopíme, že je třeba vědomě se snažit nestát v cestě svému nevědomí a nechat dělat svou práci. (MEGLINOVI 2001: 212)

U dětí s diagnosou astma jsou právě stavy uvolnění, harmonie a rovnováhy významné pro správné dýchání. Současně je vhodné vedle aktivního spontánního tvoření využít i další psychoterapeutické prostředky, které mohou mít pro děti léčebný potenciál např. imaginace, relaxace atp., kdy dochází k uvolnění svalového a psychického napětí.

„Lze ji provádět ve skupině i individuálně. Dosahuje dobrých výsledků při léčbě neuróz, využívá se často při terapii psychosomatických onemocnění" (VYMĚTAL 1992: 64).

Arteterapie u dítěte s onemocněním astma napomáhá svými metodami k vytvoření „ochranných faktorů“, ty mohou dítěti pomoci vyrovnat se a zpracovat negativní zkušenost s nemocí a jejími důsledky.

„Dát dítěti možnost, aby při hře prostřednictvím tvoření, humoru a fantazie zpracovalo problematické zkušenosti. To vytváří nejen důvěru ve vlastní schopnosti, ale zároveň i ochranný odstup od minulosti“ (ROGGE 1999: 24).

U dětí je třeba odstranit určité napětí z toho, jaký bude výsledný produkt jejich snažení. Zkušený arteterapeut jistě dokáže děti přesvědčit o tom, že pro arteterapii není důležité výtvarné nadání, ani výtvor, který vznikne, ale radost z tvoření, pocity, které prožívají. Každý člověk je přece jiný, proto se také vyjadřuje odlišně, i kdyby tvořil na stejné téma a stejnou technikou. A to je dobře.

„Kresba je u dětí formou komunikace, umožňuje jim vypovědět více než slova. Dítě by mělo tvořit v souhlase s jeho vlastním cítěním – každá myšlenka může najít kresebný projev. Učitelem kreslení by měl být vnitřní život, který se sám od sebe rozvíjí, zjemňuje a neodolatelně hledá, jak by se vrodil v nějaké empirické formě do vnější skutečnosti“ (ČAČKA 1992: 64).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

1. Obsah a cíle výzkumu

Hlavním cílem kvalitativního výzkumného šetření bylo zjistit, jaký vliv má uplatnění a využití arteterapie, jakožto jedné metody z nabídky psychoterapeutických postupů, při léčbě dětí s onemocněním astma. V mé praktické části jsem sledovala dopad aplikace jednotlivých výtvarných technik a témat na astmatické dítě i na celou skupinu pozorovaných astmatických dětí.

Při výzkumném šetření a k vypracování kasuistik, která mají charakter kvalitativního šetření, využívám techniky přímé práce s dětmi s uvedeným postižením, pozorování při skupinové výtvarné činnosti, volný rozhovor s dítětem, analýzu dokumentů.

Dílčí cíle výzkumného šetření se vztahují k rozhovoru s rodiči, ke zjištění, jaký vliv má onemocnění na klima rodiny, jaké možnosti terapie využívají (ozdravné pobyty, lázeňská léčba, alternativní léčba).

Dalším šetřením jsem se snažila vyzkoumat, jak a jestli využívají možnosti arteterapie léčebny určené pro pobyty dětí s onemocněním astma.

Při práci s dětmi jsem se rozhodla využít své poznatky a zkušenosti získané na kurzech arteterapie a nastudované literatury, nevolila jsem pouze jednu arteterapeutickou metodu z mnoha možných, ale uplatňovala jsem více arteterapeutických přístupů. *„Když přistupujeme ke klinickým případům s otevřenou myslí, pak zjišťujeme, jak malé jsou rozdíly v různých teoretických pojetích, jak důležité jsou zkušenosti a jak významné je přihlédnout vždy k tomu, co to přináší v praxi“* (FALEIDE a kol. 2010: 74).

Prvním krokem k zahájení výzkumného šetření bylo převedení získaných teoretických vědomostí do praxe, zorganizovat arteterapeutické setkávání s dětmi. Teoretické znalosti jsem čerpala z literatury, časopisů a jiných publikací včetně osobní zkušenosti s aplikací arteterapeutických technik, které jsem získala na letním výcvikovém kurzu Ateliéru arteterapie Pedagogické fakulty Jihočeské university a na arteterapeutickém kurzu v Terapeutickém centru Mandala v Brně. Měla jsem tedy

možnost porovnat odlišné způsoby arteterapeutického přístupu, zároveň jsem nyní mohla své zkušenosti využít v praxi při práci s dětmi.

1.1 Charakteristika výzkumného souboru

Dalším krokem bylo sestavení skupiny dětí s uvedeným postižením. Bylo třeba si uvědomit, o jaký skupinový model půjde, kolik bude ve skupině dětí, v jakém věkovém rozpětí atp. Počet dětí jsem volila menší, skupinu o 4 až 5 dětech, chtěla jsem mít možnost lépe se s dětmi seznámit a sblížit je navzájem a zároveň být schopna uspokojit případné potřeby jednotlivců. Velikost skupiny byla, vzhledem k mým zkušenostem, přiměřená k zvládnutí příprav a samotnému řízení arteterapeutických činností.

Ve své práci se zaměřuji na výtvarný projev dětí v období mladšího školního věku, jejich výtvarná tvorba by se tedy měla nacházet ve stadiu „vizuálního realismu“, které se většinou objevuje mezi 7. až 12. rokem. *„Toto věkové rozpětí však nemusí být pravidlem, protože závisí na několika faktorech, například na mentální úrovni, sociálním a kulturním prostředí a emoční zralosti. V tomto stadiu se dítě snaží kreslit to, co vidí“* (DAVIDO 2001: 27).

V úvahu jsem samozřejmě brala i zdravotní hlediska, bylo nutné získat od rodičů jednotlivých dětí informace pro případ krizové situace vyplývající ze zdravotního postižení aj. Úzká spolupráce s rodiči byla po celou dobu činnosti skupiny.

1.2 Charakteristika výzkumného prostředí

Dále jsem zvažovala vhodné prostory, kde se děti budou scházet. Rozhodla jsem se s dětmi scházet v bytě, k dispozici byly dvě místnosti uzpůsobené k pobytu dětí s onemocněním astma, vybavené čističkou vzduchu, s preventivním odstraněním možných alergenů. K tvorbě si mohly zvolit sezení na zemi na polštářích, nebo u stolu. Při tvoření jsem také mohla nabídnout poslech hudby. Pro to, aby se dětem dařilo spontánně výtvarně tvořit, bylo nutné zajistit, aby se při tvorbě cítily dobře, jelikož spontánní výtvarná tvorba ve skupině (CAMPBELLOVÁ a kol. 1998: 19):

a) obohacuje naši tvořivost
b) podporuje sebeuzdravující procesy
c) může nám pomoci porozumět tomu, že je v našich silách změnit sebe sama, naše vztahy a prostředí, ve kterém žijeme

Důležité bylo také zajištění materiální, nejen vhodné vybavení využívaného prostoru, ale také výtvarných prostředků, minimální základní soupravy (barvy, štětce různých velikostí, pastelky, křídy, uhly, papíry a další).

Samozřejmě bylo nezbytné domluvit čas a délku setkávání, opět s přihlédnutím k věku účastníků: *„při prvním setkání si arteterapeut ověří, jak dlouho je dítě např. schopné se na výtvarnou aktivitu soustředit. Bývá to obvykle jedna až dvě hodiny…“* (ŠICKOVÁ-FABRICI 2002: 53).

1.3 Průběh výzkumu

Průběh jsem rozdělila na část úvodní, ve které jsme se s dětmi přivítaly, přiměla jsem každé dítě ke krátkému sdělení, jak se dnes cítí, snažila jsem se o navození pocitu důvěry. Sdělované pocity napomohly k uvolnění atmosféry, k rozehřátí skupiny.

Další část arteterapeutického setkání je částí kresebnou, tato část obsahovala instrukce a vysvětlení zadaného tématu, techniky. Zvláště při prvních setkáních bylo vhodné dětem objasnit zvolené téma, techniku jeho ztvárnění, v některých setkáních také mohly kreslit volně, bez tématu.

Na konci sezení vždy přicházela část diskuzní. V této části jsme s dětmi rozebíraly obrázky, každé dítě hovořilo o tom, jak se mu dnes tvořilo, popisovalo svůj obrázek, co obrázek znamená, jaký mu dá název, jak se mu obrázek dnes maloval, jestli je se svým obrázkem spokojené a líbí se mu. Ostatní děti naslouchaly, poté mohly klást otázky, sdělit, jak na ně obrázek působí. Celé povídání bylo vedeno formou otevřené diskuze nad obrázky, nedirektivně, bez nátlaku v případě, že dítě není schopno či nechce o vytvořeném díle hovořit.

Kasuistické informace o dítěti (jména dětí jsou změněna)

Kasuistika I.

Markéta, 7 roků, pro astma lehkého stupně je léčena asi od dvou roků, má prokázánu alergii na chlad a pyly. Toto onemocnění se v rodině již vyskytuje, otec má astma a ekzém, o čtyři roky starší sestra také. Markétka je nyní žákyní první třídy, přechod z MŠ do ZŠ zvládla bez obtíží, učí se dobře, má ráda všechny předměty, nejsou žádné výchovné problémy, je oblíbená, má kamarádky, nečiní ji problém přátelit se i se

staršími dětmi, je zvyklá zásluhou kamarádek své sestry. Bývá ale často nemocná, takže rodiče občas suplují školu a učí dcerku doma. Markéta je usměvavá dívenka drobné postavy, působí klidným, vyrovnaným dojmem. Při arteterapii dobře spolupracuje, citlivě reaguje na zadaná témata, výtvarné tvoření ji baví, na svůj věk se velmi dobře a vyspěle vyjadřuje, je spontánní i ve vyprávění a stále se usmívá. Také její kresby jsou uvolněné.

Tvorba: z tvorby Markéty mne zaujaly obrázky na téma „*Dopis panu doktorovi I.*“ (obr. č. 1), první obrázek vzniknul krátce po zahájení arteterapie a je na něm zobrazena ordinace, stůl, židle, lůžko a na něm ležící usmívající se osoba, na levé straně obrázku jsou namalovány výrazné dveře. Markétka při našem rozhovoru uvedla, že neví kdo je postava z obrázku, může to být kdokoliv, dále uvádí, že je to nemocné dítě, má ovázanou hlavu, chybí dlaně. Zaujalo mne, že při pozdějším arteterapeutickém setkání obrázek na stejné téma již nemá souvislost s nemocí, léčením atp., na obrázku „*Dopis panu doktorovi II.*“ (obr. č. 2) je tužkou zobrazena veliká myš a v pravém dolním konci malá kočka, myš je zarámovaná velikým obloukem, kočka byla původně zakryta hustou mříží, kterou Markéta ke konci kreslení vygumovala, přesto je na obrázku stále vidět. Celý obrázek je nakreslen tužkou, myš dívka vybarvila světle šedou vodovou barvou, kočka má pastelkou zvýrazněný červený čumák. První obrázky si byly podobné, postavy v červených šatech, modrá obloha, světlé vlasy, vždy předkreslené tužkou, poté vybarveny vodovými barvami či temperami, viz obrázek na téma „*Moje oblíbená pohádka*“ (obr. č. 3), „*Já a rodič*“ (obr. č. 4), „*Já*“ (obr. č. 5), ke konci setkávání již Markétka odvážně mění svůj styl, opouští zavedený způsob výtvarného tvoření a uvádí, že je se svými novými obrázky spokojená, líbí se jí.

Kasuistika II.

Pavel, 7 roků, pro astma se léčí od narození, navštěvuje ZŠ, 1. třídu, měl doporučený odklad školní docházky, má tři starší sourozence.

Pavel je velmi „živý“ chlapec, zvídavý a stále v pohybu. Jeho neklidná povaha mu působí potíže při vyučování, nedokáže se celou vyučovací hodinu soustředit a pracovat ve stanoveném tempu. Stejné potíže měl chlapec již v Mateřské škole. Pavel patří do třídní party, má několik kamarádů a kamarádek v okolí svého bydliště, jedná se spíše o děti známých rodičů. Školní prospěch údajně neodpovídá vynaloženému úsilí, chlapec často zapomíná školní pomůcky a úkoly, do školy občas přijde i pozdě, což paní učitelka celkem toleruje, spolužáci se mu posmívají. Dalším problémem v začlenění do

třídního kolektivu je patrně častá nemocnost, neúčastní se plně školních akcí, omluven byl i z plavání, školy v přírodě atp. Při našem setkávání vyžadoval Pavlík velkou pozornost, stále na sebe upozorňoval, na práci se nedokázal příliš dlouho soustředit, často odbíhal, vše komentoval, netrpělivě přerušoval vyprávění ostatních dětí, když mu nebyla věnována veškerá pozornost, působil nejistě, byl roztěkaný, zvyšoval hlas atp. Při prvních setkáních byl Pavel nejistý, roztěkaný, hlučný. Po zadání tématu vyčkával až ostatní začnou malovat, sám říkal, že se mu nechce nic dělat, že to neumí, bylo třeba jej povzbudit, motivovat, chválit, pokud tomu tak nebylo ztrácel zájem. Posléze se do malování zapojoval spontánněji, obvykle maloval to, co uviděl u někoho dalšího, opisoval. Ke konci setkávání mu začalo vyhovovat malovat v ústraní a bez zadání tématu, v tu chvíli se dokázal na práci plně soustředit a malování jej bavilo. Někdy bylo z časových důvodů nutné práci ukončit, to nelibě nesl. Téměř vždy při odchodu žádal o svůj obrázek, chtěl jej odnést mamince jako dárek. Nebylo snadné jeho prosbu odmítnout.

Tvorba: z Pavlových obrázků mne zaujal obrázek na téma „*Já*“ (obr. č. 6), který namaloval velice rychle, použil tempery a vodou ředitelné barvy, zajímavé je zarámování obrázku i postavy uprostřed obrázku, kterou Pavel znázornil sám sebe. K obrázku nejistě řekl, že je na hřišti s kamarády. Jeho postava je výrazně menší než postavy ostatních, nad hlavou má žluté slunce s paprsky a i mraky jsou žluté. Na obrázku na téma „*Já a rodič*“ (obr. č. 7) je zajímavé, že postava tatínka uprostřed obrázku nemá trup a ruce, má výrazná ústa a nos. Postava dítěte je malinká, má hodně detailů, obrázek srdce, měsíce a slunce na šatech, prsty na všech končetinách. Na obrázku na téma „*Dopis panu doktorovi II.*“ (obr. č. 8) Pavlík nejdříve tužkou nakreslil plamínek ohně, veliký strom a mraky. Strom vybarvil pastelkami, ostatní vodovými barvami. Se svým obrázkem byl velmi spokojený, sluníčko dokreslil dodatečně. Na tomto obrázku je zajímavá postava plamene, připomíná „hlavonožce“, obličej má oči, nos, ústa, zuby, na všech končetinách jsou prsty. Pavel velmi rád maloval bez předem zadaného tématu, jeho neochota malovat s ostatními a na dané téma je patrná z obrázku „*Já a rodič*“ (obr. č. 9), který maloval při jednom z prvních setkání vodovými barvami a měl jej velice rychle hotový. Stále opakoval, že jej malování už nebaví. Na obrázku je výrazný veliký kočárek s dítětem a malinká postava maminky. Ke konci našich arteterapeutických setkávání jsem souhlasila s tím, že může Pavel tvořit na tzv. volné téma, jen tak se uvolnil, soustředil se a práce ho bavila, vznikaly převážně obrázky

s auty (obr. č. 10 a 11), při této práci se opravdu snažil, vydržel malovat s ostatními po celou dobu výtvarného tvoření a byl spokojený.

Kasuistika III.

Helenka, 10 roků, pro astma se léčí již od ranného dětství, má o pět let starší zdravou sestru, nyní studentku gymnázia a 18letého nevlastního bratra z otcova prvního manželství. Matka udává, že dívka celé dětství prostonala, má i kožní projevy atopického ekzému. Dívenka je velmi úzkostná, silně fixována na matku, mívá poruchy spánku, často se stává, že v průběhu noci přichází do ložnice rodičů a usíná u matky. Ve větším kolektivu dětí je nejistá, sama nikdy nenavazuje kontakt, ve škole vždy sedává v první lavici u paní učitelky, potřebuje pochvalu, povzbuzení, kontakt s učitelkou, o přestávce téměř neopouští své místo, je v ústraní. Často je ve škole i doma srovnávána se svou starší a úspěšnější sestrou, což nelibě nese, sestru má ráda a obdivuje ji, často na ni přenáší své povinnosti. Rodiče kladně hodnotí dceřino hudební nadání, dívenka se učí hrát na housle, hraje i na klavír a flétnu, dle učitelky hudby má dobrý hudební sluch, zkoušela i zpívat ve sboru, zde ale přišlo zklamání, se svou nemocí nebyla schopna dostát požadavkům na ni kladeným. Ve škole má dívka jednu dobrou kamarádku. Helenka působí velmi nejistě, křehce, slabě, bojácně. Na arteterapii ji většinou doprovází sestra, při loučení kontroluje spreje určené pro případ záchvatu. Občas si posteskla, že nemá žádnou dobrou kamarádku, sedí v lavici s chlapcem, protože s ní holky nekamarádí, nepřišly ani na její oslavu narozenin, je smutná. Jednou s sebou na arteterapii přivedla spolužačku, chtěla jí ukázat, kam chodívá. Spolužačka se upřímně podivila, kolik že má Helenka kamarádek, nevěřila jí! Projevila dokonce zájem také malovat a občas mezi nás přišla.

Tvorba: Helenka byla při výběru výtvarných pomůcek nejdříve velmi nejistá, ke konci setkávání již volila ze všech nabízených velmi kreativně a zvídavě jimi zkoušela tvořit. Obrázek na téma *„Dopis panu doktorovi II.“* (obr. č. 12) celý nakreslila černou tuší. Na otázku proč nepoužila barvy, odpověděla, že se jí takhle líbí. Nejdříve si obrázek pečlivě nakreslila obyčejnou tužkou, zahradní nábytek, slunečník, kytky v truhlících, strom s ovocem. Později přimalovala postavu s odvrácenou tváří a za ní dům s oknem. K obrázku sděluje, že je na něm ona a v okně domu její starší sestra, která ji hlídá a povídá si s ní. Nakonec Helena domalovala veliké slunce s ostrými špičatými paprsky, které spíše připomínají ledové krápníky či střepy. Obrázek mne zaujal pro příběh, který k němu dívka řekla, pes, kterého původně namalovala u svých

nohou, byl vygumován, přesto je na obrázku jeho obrys znát, dívka lituje, že nemůže psa mít, mrzí ji, že má alergii na zvířecí srst, má ráda léto a těší se na něj, protože v zimě je stále nemocná. Zajímavé je, že i na obrázku na volné téma, který dívka nezvala *„Vánoční strom“* (obr. č. 13) je dárek pro psa, po kterém Helenka tolik touží, strom je dominantní, na obrázku nejsou žádné postavy, pouze jména na dárcích. Na obrázku *„Já“* (obr. č. 14) se dívka zobrazila vlevo-minulost, introvert, postava má pouze hlavu a trup, chybí dolní část těla a dlaně, celou osobu ohraničila černou barvou. I na obrázku na téma *„Moje oblíbená pohádka“* (obr. č. 15) je postel s princeznou umístněna vlevo, čela postele jsou mohutná, vysoké barevné polštáře jakoby chránily spící princeznu, která takřka levituje.

Z dalších obrázků, které Helena namalovala, se mi jeví zajímavý obrázek na téma *„Já a rodič“* (obr. č. 16), je namalován vodovými barvami, trupy postav obtažené tlustou černou barvou. Na obrázku je vyobrazena maminka a dívka, podoba obou postav je velmi zřetelná, stejná barva a délka vlasů, stejný obličej s ústy více vpravo, nechybí nos, stejný pohled doprava. Nad sebe Helenka namalovala velikou duhu a na její barevné pruhy dopsala slovo CÍL, přičemž oblouk duhy je otevřený směrem ven z obrázku, což se mi jeví důležité ve vztahu Helenky a její matky. Zaujalo mne také, že obrázek na téma *„Já“* je předchozímu velmi podobný, byť oba obrázky vznikly s delším časovým odstupem. I zde je pouze horní část postavy bez dlaní, také zde je obrys těla obtažen černou barvou, podobný tvar obličeje, očí, nosu, úst, na tomto obrázku je obtažený i obličej.

Kazuistika IV.

Michael, 9 roků, od 3 let se léčí pro astma bronchiale II.st., navštěvuje ZŠ, 3. třídu, má o čtyři roky staršího bratra.

Ve škole je oblíbený, má hodně kamarádů, navštěvuje zájmové kroužky, učitelé rodiče často upozorňují na jeho problematické chování, rád je středem pozornosti svých spolužáků i za cenu drobných kázeňských přestupků, je snadno ovlivnitelný. Učí se dobře.

Michael má postavu se s náznakem mírné obezity, je povahy zamlklé, při našem prvním setkání jsem si uvědomila, že při rozhovoru nikdy nenavazuje oční kontakt, odpovídá adekvátně, klidně, srozumitelně. Do arteterapeutické dílny přicházel pouze první dva měsíce, a to několikrát vynechal, nakonec přestal chodit úplně, ani po několika urgencích se již nedostavil, rodiče mi sdělili, že nemá čas.

Při prvním setkání byl Michael tichý, uctivý, málo se projevoval, při povídání nad obrázky se k ostatním vůbec nevyjadřoval, často sledoval svůj mobilní telefon, měl jej stále u sebe. Později se jeho chování malinko změnilo, chlapec se uklidnil, ke konci jeho návštěv již se více zapojoval do skupinové činnosti a s dětmi i se mnou komunikoval, stále ale bylo celkem obtížné jej motivovat.

I přes krátkou dobu setkávání vytvořil několik obrázků, bylo znát, že jej výtvarné tvoření zaujalo a baví, plně se soustředil, zapojil se i do povídání, i když spíše nesměle.

Tvorba: z Michaelových obrázků mne nejvíce zaujal obrázek na téma „*Já a rodič*“ (obr. č. 17). Michael si zvolil vodové barvy, postavy předkreslil tužkou, jako první maminku, potom sebe. Maminka je umístěna uprostřed obrázku, má kalhoty, zelené vlasy, tělo je poměrně malé při srovnání s velikostí hlavy, postava působí spíše mužsky. Sebe Michael namaloval vlevo, mírně nakloněného ke kraji výkresu, jakoby maminku opouštěl, i oči směřují ven z obrázku, postava má mužské rysy, hranatý trup, kalhoty s poklopcem, bez vlasů, je vyšší než postava maminky. Obě postavy mají na rukách nesprávný počet prstů, chybí palec, Michaelova postava je více detailně propracovaná, tričko s potiskem, prsty s nehty. Obrázek Michael nedokončil, přesto může leccos vypovídat o vztahu chlapce a matky.

Na téma „*Moje oblíbená pohádka“* (obr. č. 18) namaloval Michael Popelku. Obrázek je opět nejdříve nakreslen tužkou, vodové barvy chlapec použil k vybarvení postav i celé plochy výkresu. Na obrázku je drobná postava Popelky v růžových šatech, s dlouhými plavými vlasy, nad ní se vznáší velký zelený pták s velkým zobákem a kulaté oranžové slunce bez paprsků. Celý výkres je vybarven sytou modrou barvou, pouze na spodní okraj je nanesena žlutá barva.

Také obrázek na téma „*Já“* (obr. č. 19) je celý pokrytý barvou, tentokrát Michael zvolil sytě fialovou a modrou. Sebe Michale opět namaloval bez vlasů, obličej je v poměru k tělu velký, kulatý, výrazná ústa s řadou vyceněných zubů.

Většina Michaelových obrázků působí výrazně až agresivně, sytost pozadí jakoby pohlcuje postavy či předměty na obrázcích, všechny postavy na obrázcích mají nesprávný počet prstů.

Kasuistika V.

Barbora, 10 roků, žákyně 4. třídy, má mladší sestru, pro svoje onemocnění se léčí od tří let, nejvíce se u ní astmatické potíže zhoršily s nástupem do kolektivu dětí v MŠ, je sledována na alergologii, denně užívá léky. Barbora má spoustu zájmů, ve volném čase

se věnuje tanci, ráda maluje, čte. Do školy chodí ráda, je oblíbená, školní prospěch má dobrý, je snaživá, paní učitelka ji chválí, je ochotná pomoci spolužákům, je bystrá, nelibě nese neúspěch. Dívenka je na svůj věk přiměřeně vyspělá, klidná. K zadaným úkolům přistupovala velmi svědomitě, před započetím malování, kreslení dlouze přemýšlí, pečlivě si připravuje výtvarné potřeby, stejně tak je i po použití ukládá. Stále jakoby chtěla mít vše pod jakousi kontrolou.

Na začátku našich setkávání byla Barborka zamlklá, až nedůvěřivá, o svých obrázcích nemluvila, spíše odpovídala na položené dotazy, ostatní vyslechla bez jakéhokoliv projevu. Ze všech zúčastněných dětí ovšem prošla nejvýraznější proměnou. Ke konci setkávání byla velmi otevřená, veselá, spontánní, komunikovala s dětmi, měla spoustu nápadů, vymýšlela příběhy ke svým obrázkům atp.

Tvorba: Barborka vytvořila nejvíc obrázků ze všech dětí. Až při kontrole docházky jsem zjistila, že tato dívka byla z docházky na arteterapii omluvena velmi zřídka, obvykle pro nemoc. Na obrázcích je zajímavé, že postavy mají vždy velmi výrazné, velké oči. Při tvorbě Barborka upřednostňovala vodové barvy, bylo zřejmé, že má s malbou zkušenost. Obvykle si obrázek předkreslila obyčejnou tužkou. Zajímavý je obrázek na téma *„Matka a dítě“* (obr. č. 20), který si dívka také předkreslila obyčejnou tužkou a poté vybarvila vodovými barvami. Postava maminky je umístěna uprostřed obrázku, nejsou vyobrazeny nohy. Matka se dítěte nedotýká, je přiloženo k jejímu trupu, dlaně jsou schovány za postavou dítěte, které se, stejně jako matka, usmívá, ústa jsou u obou velmi výrazné, rudé. Na všech obrázcích je zajímavá barevnost, obrázky jsou většinou vybarveny celé, pozadí bývá velmi výrazné. Obrázek na téma *„Moje oblíbená pohádka“* (obr. č. 21) byl prvním z řady obrázků, Šípková Růženka má opět velmi výrazné rty, stejný úsměv jako maminka s dítětem, na rukách nechybí všechny prsty, dlouhé modré šaty skrývají dolní končetiny i s botami. Barbora často používá výraznou oranžovou a modrou barvu. Také na obou obrázcích na téma *„Já“* (obr. č. 22 a obr. č. 23) má postava výrazné oči, velké, rudé rty, paže od těla a všechny prsty, na jednom z obrázků zhotoveném kombinací tempera - vodové barvy stojí vyobrazená osoba na snowboardu, Barborka k obrázku vypráví, že období zimy má ráda, proto se rozhodla zobrazit se při zimním sportu. Zimní tématiku volí Barborka i při tématu *„Dopis panu doktorovi“* (obr. č. 24), obrázek nazvala Prázdniny na horách, na obrázku jsou tři postavy na lyžích jedoucí z kopce dolů, na konci svahu stojí hotel kde údajně Barborka s rodiči bydlí, udává, že ona sice lyžuje, ale na obrázku jsou neznámí lidé, ona je sleduje ze svého pokoje.

Arteterapeutické činnosti umožňovaly snadnější vzájemné seznámení dětí, vyzkoušely si řadu technik, zpočátku si děti nevěděly rady se zadanými tématy, strach ze špatně splněného úkolu byl velmi znatelný, proto jsem tvorbu nikdy příliš nekorigovala, výsledek tvoření nehodnotila. Také volbu výtvarných pomůcek jsem nechávala převážně na volbě dítěte, při prvním setkání všechny bez výjimky zvolily fixy a pastelky s tím, že si obrázek předkreslily tužkou za častého použití gumy. Vodou ředitelné barvy si nevybralo žádné dítě. Později již byly děti odvážnější, zkoušely jiné výtvarné pomůcky, nebály se vodou ředitelných barev, temper, tuže. S dětmi jsem, kromě témat určených pro samostatnou tvorbu, vyzkoušela i tvorbu společnou, jednou i s prvky imaginace. Do těchto činností se děti zapojovaly velmi spontánně, spolupracovaly, velmi dobře se ve skupině rozvinula komunikace. Při tvorbě koláže na téma *Společenství zvíř*at (obr. č. 25) bylo pozoruhodné, jak se snažily o to, aby se každému zobrazenému zvířeti dobře dařilo, neohrožovalo a nebylo ohrožováno ostatními, zároveň dětem ale záleželo na „přátelství“ zvířátek, samy se rozhodly jim do obrázku domalovat cesty, které jednotlivá zvířata spojovaly. Nebylo důležité, kdo které zvíře namaloval, čí které zvíře je, v popředí bylo bezpečí a přátelství pro každého.

Nemoc dětí nás v tvorbě neomezovala, absence nebyla výrazná a pro tvorbu významná, občas nás při malování kromě hudby provázelo pokašlávání, pískání, sípání.

Dílčí cíle se vztahují k řízenému rozhovoru s rodiči, kterým jsem položila několik připravených otázek. Rodiče dětí ochotně spolupracovali. Snažila jsem se vyzkoumat, jak se nemoc dítěte promítá do života rodin, jaké změny nemoc dítěte v rodině způsobuje, jak rodina přistupuje k možnostem terapie, zájmům dítěte atp.

Na otázku *jakou léčbu při onemocnění dítěte rodiče využívají*, uvedli všichni za hlavní terapii léčbu farmakologickou a pobyty u moře a na horách (klimaterapie), jedni rodiče s dítětem navštěvují saunu a solnou jeskyni, která dítěti přináší při dechovém onemocnění úlevu, rodiče tří dětí zkoušeli aplikovat také hru na flétnu k nácviku zdravého dýchání.

Ozdravné pobyty byly využity pouze rodiči jednoho dítěte, jednalo se o opakovanou lázeňskou léčbu, později třítýdenní pobyt u moře zajišťovaný zdravotní pojišťovnou.

Možnosti alternativní medicíny využily dvě rodiny, jednalo se homeopatickou léčbu, uvádí, že její účinky ale nepozorovali, přesto věří, že je prospěšná.

Rodiče dětí přizpůsobili také *rodinné prostředí*, odstranění alergenů apod. považují všichni za nezbytné a samozřejmé.

Čtyři z rodičů uvedli, že dítě ve *volném čase* navštěvuje zájmový kroužek, většina dětí má koníček, kterému se intenzivně věnuje, při výběru bylo nezbytné přihlédnout k onemocnění dítěte, dvě děti musely ze zdravotních důvodů změnit zájmový kroužek pro nevyhovující podmínky, jedno dítě nemá, dle rodičů, žádné hobby.

Výchova nemocného dítěte má *dopad na rodinný živo*t, např. konflikty se sourozenci, prarodiči, mezi rodiči, širší rodinou u dvou rodin, ostatní rodiče uvedli, že onemocnění dítěte nemá dopad na rodinný život. Jedni z rodičů uvádějí, že se nestýkají s prarodiči z matčiny strany, dědeček je chovatelem koní a nelibě nese když se u vnoučete projeví při návštěvě alergická reakce, dechové potíže či astmatický záchvat. Jedna z návštěv skončila pro dítě hospitalizací, rodiče mrzí, že dítě nemá kontakt s dědečkem a babičkou.

Také ostatní rodiče mají podobnou zkušenost s rodinnými příslušníky či přáteli rodiny, chovateli zvířat, které dětem způsobují zdravotní problémy. Mrzí je neochota tuto situaci řešit a pomoci.

Tři rodiny uvádějí, že při výchově nemocného dítěte občas *prožívají záporné pocity*, strach, bezradnost. Výčitkami se trápí jedna matka. Jiné matce způsobuje nepochopení okolí velké vnitřní napětí, špatně snáší, že je jí občas vyčítáno, že své dítě rozmazluje.

Na otázku *kdo pečuje o dítě v době jeho nemoci* odpověděli všichni, že matka, v jedné rodině pomáhá v době nemoci otec, na pomoc prarodičů se může spolehnout pouze jedna rodina.

Arteterapii před zahájením arteterapeutické činnosti naší skupinky neznal nikdo z oslovených rodičů.

Setkávání při výtvarné činnosti, arteterapii hodnotili dle rodičů kladně všechny děti, měly o arteterapii zájem, byly spokojené, doma o setkávání rády mluvily a těšily se na další výtvarnou tvorbu.

Změny v chování dítěte v době, kdy docházelo na arteterapii, nezaznamenali rodiče jednoho dítěte, ostatní rodiče uvedli, že k pozorovatelné změně v chování dítěte došlo, u dvou dětí došlo ke zklidnění, u jedné dívky se zlepšila komunikace doma i ve škole, třídní učitelka u dívky zaznamenala zlepšení nálady, dříve neprůbojná žákyně se sama přihlásila do recitační soutěže, umístila se na prvním místě a byla pochválena ředitelem

školy prostřednictvím školního rozhlasu, což napomohlo zvýšenému zájmu a kladnému hodnocení od spolužáků…

Dalším cílem mého šetření bylo zjistit využívaní arteterapeutické metody v lázeňských zařízeních a ozdravovnách určených k léčbě dětí s diagnosou astma. Výzkum jsem prováděla písemným dotazem. Odpověď jsem obdržela z deseti zařízení, první dne 14.2.2012.

Nejčastěji se odpovědi na můj dotaz shodovaly s odpovědí z Lázní Luhačovice: *„v našich dětských léčebnách máme pouze zájmové kroužky výtvarné výchovy, terapeuta, který by se cíleně věnoval arteterapii však nemáme“* a z Lázní Losiny: *„arteterapie není zařazena mezi procedury, není hrazena zdravotními pojišťovnami. Může být součástí trávení volného času např. jako aktivity při mateřské škole nebo může být nasmlouvaná dodavatelsky“*.

Tři léčebny uvedly, že se u nich arteterapie neprovádí. Zbývající dotázané léčebny na můj dotaz nereagovaly.

Jediné lázeňské zařízení, které odpovědělo pozitivně na můj dotaz, bylo Sanatorium Klímkovice, toto zařízení se ovšem specializuje především na léčbu pohybových onemocnění u dětí a mládeže, uvádí, že u žáků základních škol a gymnázií: *„výuka a výchova jsou rozšířeny o řadu nových technik, jako jsou arteterapie nebo muzikoterapie“*

Lázně Priessnitz Jeseník uvádí: *„v rámci doplňkových procedur mohou děti navštěvovat ergoterapii, což si, myslím, dá přirovnat k arteterapii..“*

Vyhodnocení dílčích cílů uvádím v závěru bakalářské práce.

ZÁVĚR

Zatím je zařazování prvků arteterapie u takto nemocných dětí spíše výjimkou, viz šetření v dětských lázeňských zařízeních. Výtvarné tvoření je přitom jedinečnou příležitostí k odstranění negativních emocí, uvolnění napětí, nabízí nácvik empatie, sebereflexe, relaxace, zklidnění a uvolnění. Při práci s dětmi s onemocněním astma lze využít různorodost postupů, nápadů dětí, jejich kreativity.

Mým hlavním cílem bylo užitím arteterapeutických technik dosáhnout pozitivních účinků na průběh a důsledky daného onemocnění u dětí mladšího školního věku, zlepšení vztahů v rodině i vztahů s vrstevníky.

Při pravidelném setkávání jsem pozorovala postupnou změnu chování u dětí. S pomocí výtvarného tvoření jim byly zprostředkovány nové zajímavé zážitky, docházelo k zlepšení komunikace, spolupráce, zvláště byla tato změna patrná při skupinové tvorbě.

Děti se postupně naučily lépe zpracovávat i negativní pocity z ne příliš uspokojivého výsledku svého výtvarného tvoření, lépe vyjadřovat své pocity,

Pozoruhodná byla také „integrace“ zdravé spolužačky do skupiny dětí s diagnosou astma v průběhu arteterapeutických setkání.

Arteterapie, dle sdělení některých rodičů při volném rozhovoru, přispěla k uvolnění napětí, děti se snáze vyrovnávaly s negativními zkušenostmi a důsledky své nemoci.

Děti s onemocněním astma mají pro svoje onemocnění celou řadu problémů, okolím bývají často negativně hodnoceni, pro sníženou výkonnost či neúspěchy např. sportovními. Ve škole jejich častá absence způsobuje zhoršení prospěchu. Některé děti s onemocněním astma se považují za méněcenné, jsou frustrované pro svoje omezení, pocity obvykle skrývají, nedokážou o nich otevřeně mluvit, natož s nimi pracovat. Nemoc jim zásadním způsobem komplikuje začlenění do kolektivu vrstevníků.

Arteterapií u astmatických dětí dochází ke zlepšení interpersonálních vztahů, sebevědomí, komunikace, představivosti, hravosti a mnoho jiných, o které jsou děti s postižením vlivem daného onemocnění různě ochuzeny, omezeny a tím zároveň předpokládám domněnku vhodnosti využití prvků arteterapie při procesu léčby, prevence, rehabilitace u takto nemocných dětí.

Myslím si, že dnešní svět je pro děti velmi složitý, dospělí, ve snaze jim jej usnadnit, jim dopřávají mnoho nových a příjemných zážitků. Ovšem domnívám se, že

děti občas postrádají čas uklidnit vnitřní napětí. Co nedokáží, neumějí či nechtějí sdělit slovy, nechme promluvit kresbou. Je vhodné dopřát dětem výtvarnou tvorbu, ať pod dobrým vedením, při zachování individuálního přístupu a bezpečí, mohou otevřít svoje nitro.

Při práci s dětmi jsem pozorovala vývoj přístupu k onemocnění např. obrázky na téma *„Dopis panu doktorovi“* se dle mého názoru významně změnily, zatímco na počátku arteterapie obrázky na uvedené téma souvisely ve všech případech s nemocí, děti malovaly pokoj s lůžkem, ordinaci atp., na konci arteterapie již panu doktorovi malovaly převážně obrázky s tématikou trávení volného času, hobby.

Po několika měsících intenzivní spolupráce došlo k výraznému posunu u všech zúčastněných dětí i u mne samotné. Měla jsem příležitost se svými začátečnickými zkušenostmi pracovat s astmatickými dětmi, sledovat jak se mění přístup k výtvarné tvorbě a především, jaký význam má arteterapie na změnu chování každého dítěte, na dynamiku skupiny, dozvěděla jsem se reakce rodičů na změny způsobené arteterapií.

Také mé zkušenosti a schopnosti se vedením skupinky astmatických dětí rozšířily o dosud nepoznanou oblast, jsem tomu velice ráda a chci ve výtvarné tvorbě s dětmi v budoucnu pokračovat.

Literatura

Astma provází člověka odedávna [online]. Praha: Novinky.cz, ©2005 [cit. 2012-01-25]. Dostupné na WWW: <http://www.novinky.cz/zena/zdravi/67406-astma-provazi-cloveka-odedavna.html>.

CAMPBELLOVÁ, J. *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi.* Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-204-1.

CASEOVÁ, C.; DALLEYOVÁ, T. *Arteterapie s dětmi.* Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-065-0.

Česká arteterapeutická asociace [online]. Praha: Česká arteterapeutická asociace, ©2005 [cit. 2012-03-01]. Dostupné na WWW: <http://www.arteterapie.cz/index.php?disp=arteterapie&lang=0>.

FALEIDE, A. O.; LIAN, L. B.; FALEIDE, E. K. *Vliv psychiky na zdraví.* Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2864-3.

ČAČKA, O. *Psychologie imaginativní výchovy*. Brno: MU, 1992. ISBN 80-2100-223-9.

DAVIDO, R. *Kresba jako nástroj poznání dítěte.* Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-449-4.

HANUŠOVÁ, I.; VYMĚTAL, J. a kol. *Speciální psychoterapie.* 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1315-1.

HRSTKOVÁ H., a kol. Výživa, pohybová aktivita a skladba těla u mládeže s astma bronchiale. *Medicina Sportiva Bohemica et Slovana*, 2001, roč. 10, č. 3, str. 120-130. ISSN 1210- 5481.

KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie.* 3. doplněné vydání. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-414-1.

LANGMEIER, J.; BALCAR, K.; ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie.* Praha: Portál, 2002. 2. rozšířené a přepracované vydání. ISBN 80-7178-381-1.

LIEBMANN, M. *Skupinová arteterapie.* Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-864-3.

MEGLINOVI, D.a N. *Kresba jako cesta k sebevyjádření.* Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-446-X.

PONĚŠICKÝ, J. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie.* Praha: Triton, 1999. ISBN 80-7254-050-5.

ROGGE, J. U. *Dětské strachy a úzkosti.* Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-237-8.

RONENOVÁ, T. *Psychologická pomoc dětem v nesnázích*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-370-6.

RUBINOVÁ, E. J. (ed.). *Přístupy v arteterapii.* Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-093-5.

ŠEVČÍKOVÁ G. Arteterapie jako součást komplexní péče o dětské pacienty FN Brno. *Nemocniční listy,* 2010, roč. 11, č. 3, s 20-21.

ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie.* Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-616-0.

VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*, Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1992. ISBN neuveden.

Seznam příloh

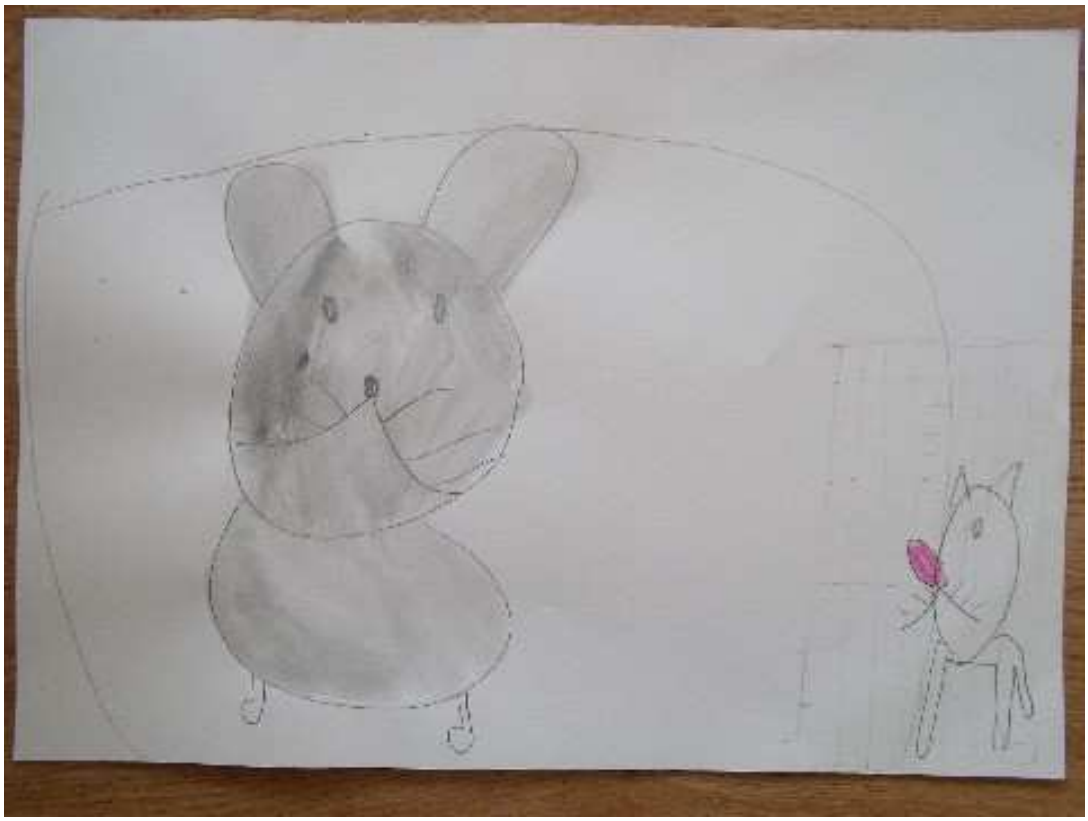
Příloha č. 1 - fotografie z arteterapeutického setkání

Příloha č. 2 - obrázky dětí

Příloha č. 1

Příloha č. 2

Obr. č. 1



Obr. č. 2

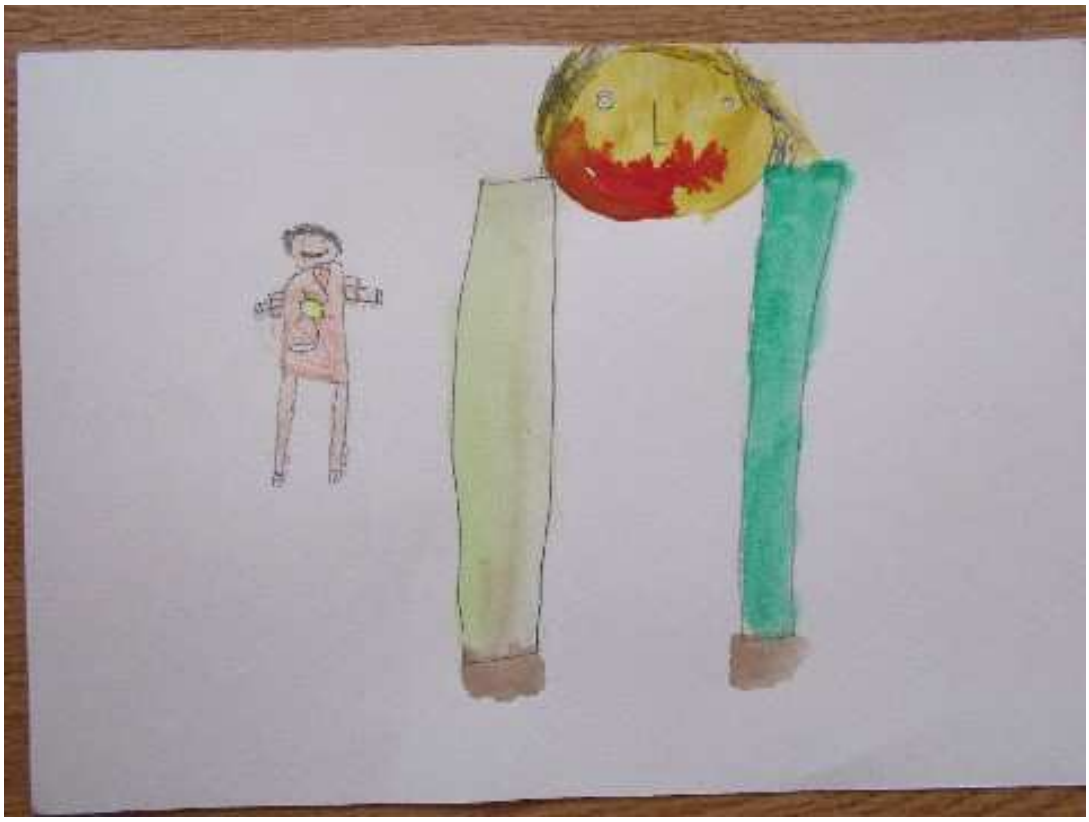
Obr. č. 3

Obr. č. 4

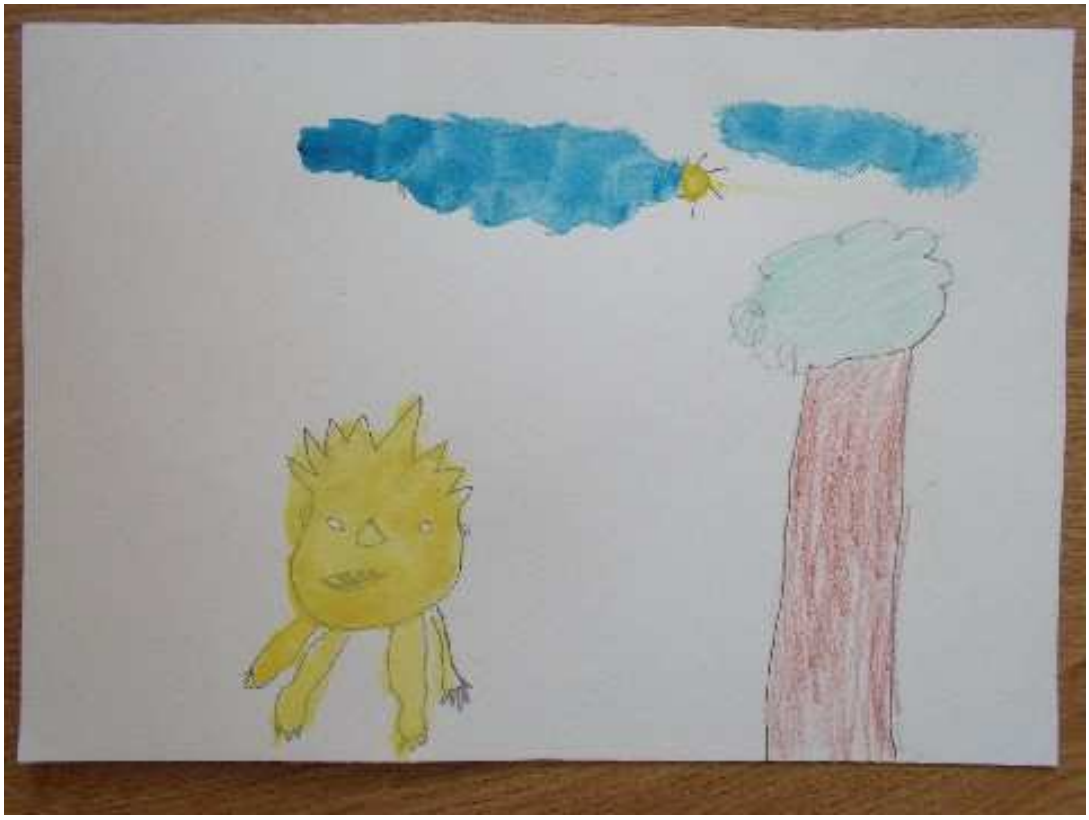
Obr. č. 5

Obr. č. 6

Obr. č. 7



Obr. č. 8



Obr. č. 9

Obr. č. 10

Obr. č. 11

Obr. č. 12

Obr. č. 13

Obr. č. 14

Obr. č. 15

Obr. č. 16

Obr. č. 17

Obr. č. 18

Obr. č. 19

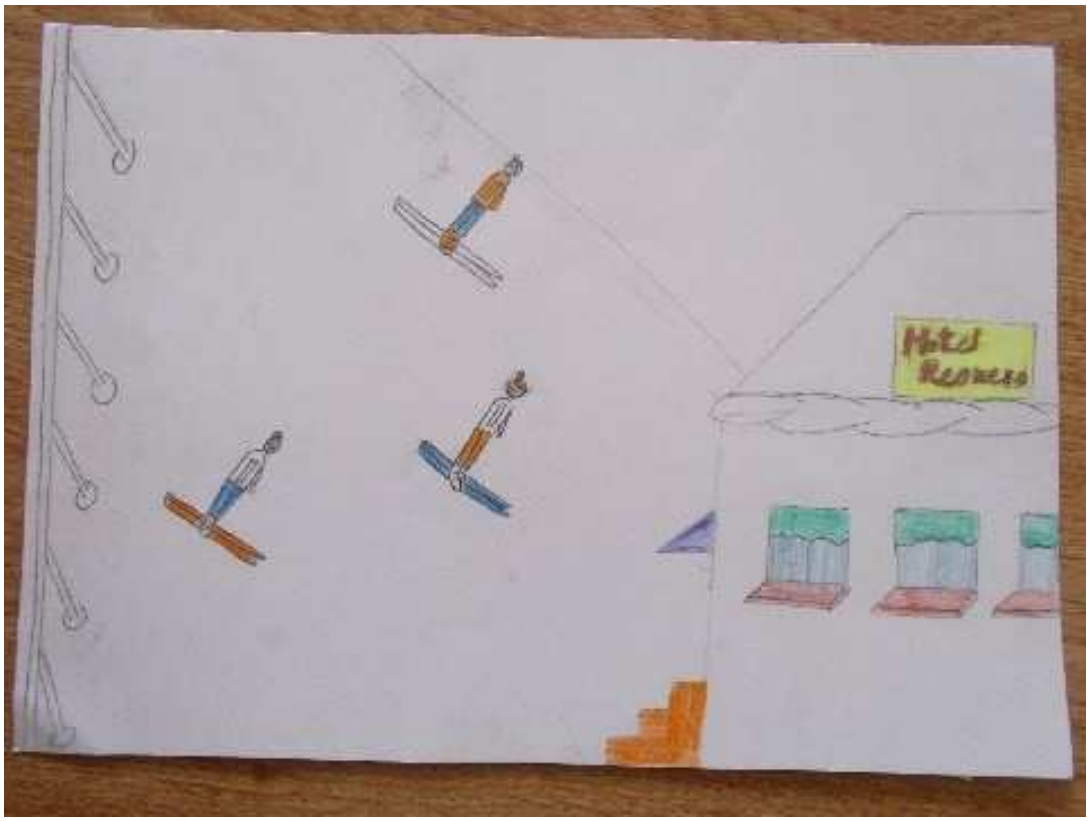
Obr. č. 20

Obr. č. 21

Obr. č. 22

Obr. č. 23

Obr. č. 24



Obr. č. 25

Abstrakt

BROUMOVÁ, Z. *Arteterapie při práci s dětmi s astmatickým onemocněním.* České Budějovice 2012. Bakalářská práce. Jihočeská universita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra psychologie. Vedoucí práce M. Lhotová.

Klíčová slova: arteterapie, astma, diagnosa, psychosomatika, psychosomatická onemocnění, psychoterapie, umění, volný čas, výtvarná výchova

Práce se zabývá vlivem působení arteterapeutických technik u dětí a mládeže s onemocněním astma.

Teoretická část se zabývá diagnosou astma, historií, současností, psychosomatikou, charakterizuje děti s diagnosou astma, dále popisuje možnosti psychoterapie, formy a metody arteterapie.

Praktická část obsahuje charakteristiku výzkumného souboru a prostředí, výtvarnou činnost, popisuje a vyhodnocuje možnosti a využití arteterapie u dětí mladšího školního věku.

Abstract

Art therapy when working with children with asthmatic disease.

Key words: Art Therapy, astma, diagnosis, psychosomatic, psychosomatic illness, psychotherapy, art, free time, art Education.

This thesis deals with the effect of art therapy techniques for children and youth suffering from asthma.

The theoretical part deals with the diagnosis of asthma, history, present, psychosomatic. It characterizes children with the diagnosis of asthma, further describes the possibilities of psychotherapy, forms and methods of art therapy.

The practical part includes characteristics of research sample and the enviroment, art activities. It describes and evaluates the options and the use of art therapy for primary school children.