

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta

Ateliér arteterapie

**SPECIFIKA VYUŽITÍ ARTETERAPIE
V DOLÉČOVACÍM CENTRU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

České Budějovice 2012

Vedoucí bakalářské práce:
PaedDr. Evžen Perout

Vypracovala:
Bc. Petra Podzimková

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě 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 studenta

Poděkování:

Velice děkuji svému vedoucímu práce, panu PaedDr. Evženu Peroutovi, za ochotu, vstřícnost, cenné rady a připomínky. Dále děkuji své rodině a svému manželovi za trpělivost a podporu při psaní práce.

OBSAH:

ÚVOD	7
1 ZÁVISLOST A OSOBNOST ZÁVISLÉHO	9
1.1 DEFINICE ZÁVISLOSTI	9
1.2 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA ZÁVISLOSTI	10
1.3 FÁZE ZÁVISLOSTI	11
1.4 OSOBNOST ZÁVISLÉHO	12
1.4.1 PORUCHY VZNIKAJÍCÍ Z UŽÍVÁNÍ PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK	14
2 ÚVOD DO SYSTÉMU PÉČE O OSOBY ZÁVISLÉ NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH V ČR	16
2.1 HISTORIE SYSTÉMU PÉČE O OSOBY ZÁVISLÉ NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH V ČR	16
2.2 PROTIDROGOVÁ POLITIKA ČR	17
2.3 PŘEHLED SLUŽEB A ZAŘÍZENÍ PŮSOBÍCÍ V SYSTÉMU LÉČBY ZÁVISLOSTÍ	18
2.3.1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY A SLUŽBY PRO UŽIVATELE NÁVYKOVÝCH LÁTEK	19
2.4 DOLÉČOVACÍ CENTRA	20
3 LÉČBA ZÁVISLOSTI JAKO MULTIDISCIPLINÁRNÍ ÚKOL	23
3.1 CHARAKTERISTIKA ÚČINNÉ LÉČBY A JEJÍ ÚSKALÍ	24
3.2 PŘÍSTUPY K LÉČBĚ ZÁVISLOSTI - MODEL Y	25
3.2.1 BIOLOGICKÝ (BIOMEDICÍNSKÝ) PŘÍSTUP	26
3.2.2 PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP	26
3.2.3 SOCIÁLNÍ PŘÍSTUP	27
3.2.4 SPIRITUÁLNÍ PŘÍSTUP	27
3.3 VYUŽITÍ PSYCHOTERAPIE V LÉČBĚ ZÁVISLOSTI	28
3.3.1 PSYCHOTERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY K LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ	29
3.3.2 TERAPEUTICKÝ VZTAH V LÉČBĚ ZÁVISLOSTI	30
3.3.3 ZMĚNA JAKO SPOLEČNÝ JMENOVATEL LÉČBY ZÁVISLOSTI A PSYCHOTERAPIE	31
4 EXPRESIVNÍ PSYCHOTERAPIE - ARTETERAPIE V LÉČBĚ ZÁVISLOSTI	33

4.1 VYMEZENÍ OBORU ARTETERAPIE	33
4.1.1 HISTORICKÉ SOUVISLOSTI	33
4.1.2 DEFINICE ARTETERAPIE	35
4.2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA ARTETERAPIE	36
4.2.1 PŘÍSTUPY V ARTETERAPII	36
4.2.2 SPECIFIKA ÚČINNÝCH FAKTORŮ	37
4.2.3 ZMĚNA V ARTETERAPII	38
4.3 MOŽNOSTI VYUŽITÍ ARTETERAPIE V LÉČBĚ ZÁVISLOSTI	39
5 DOLÉČOVACÍ CENTRUM PREVENT	41
5.1 POSLÁNÍ, PRINCIPY A CÍLE DOLÉČOVACÍHO CENTRA PREVENT	42
5.1.1 POSLÁNÍ	42
5.1.2 PRINCIPY	42
5.1.3 CÍLE	43
5.2 FÁZE DOLÉČOVÁNÍ A JEJICH CÍLE	43
5.2.1 PŘIJETÍ DO PROGRAMU A 0. FÁZE	43
5.2.2 1. FÁZE	44
5.2.3 2. FÁZE	44
5.2.4 3. FÁZE	45
5.3 HLAVNÍ SLOŽKY PROGRAMU	45
6 ARTETERAPIE V DOLÉČOVACÍM CENTRU PREVENT	48
6.1 ZAŘAZENÍ ARTETERAPIE DO ČINNOSTI DCP	48
6.2 VÝCHODISKA ARTETERAPIE V DCP	48
6.2.1 ROŽNOVSKÁ ARTETERAPIE	48
6.2.2 VÝVOJ MYŠLENÍ A FYLO A ONTOGENEZE DĚTSKÉ KRESBY A MALBY V KONTEXTU LÉČBY ZÁVISLOSTI	51
6.2.3 VYUŽÍVANÉ TECHNIKY A TÉMATA, KTC	52
6.3 STRUKTURA ARTETERAPIE V DCP	54
6.4 KONKRÉTNÍ PŘÍKLADY PRÁCE - KAZUISTIKY	55
6.4.1 CHARAKTERISTIKA REPREZENTATIVNÍHO VZORKU KAZUISTIK	56
6.4.2 KLIENTKA A	56
6.4.3 KLIENT J.	63
6.4.4 KLIENT D. A KLIENTKA L. – PARTNEŘI V DCP	68
6.5 SPECIFIKA VYUŽITÍ ARTETERAPIE V DCP	78
6.5.1 SPECIFIKA VÝTVARNÉ TVORBY OSOB LÉČÍCÍCH SE ZÁVISLOSTI V PROSTŘEDÍ DOLÉČOVACÍHO CENTRA	78

6.5.2 SPECIFIKA ARTETERAPEUTICKÉ PRÁCE V DOLÉČOVACÍM CENTRU	81
ZÁVĚR	82
SEZNAM ZDROJŮ	84
SEZNAM ZKRATEK	88
SEZNAM PŘÍLOH	89
OBRAZOVÉ PŘÍLOHY	90
ABSTRAKT	102

ÚVOD

Předkládaná bakalářská práce si klade za cíl představit arteterapii v kontextu služby následné péče - Doléčovacího centra Prevent. Doléčovací centrum je pobytové a ambulantní zařízení (resp. sociální služba s chráněným bydlením), do něhož přicházejí osoby léčící se ze závislosti na návykových látkách (nejčastěji na nealkoholových drogách a alkoholu), ale i s jinými druhy závislostí (gamblerství), které jsou ale ve většině případů kombinované právě se závislostí na návykových látkách. Pro většinu klientů jsou navíc typické tzv. duální diagnózy.

Volba tohoto zařízení po absolvování léčby v psychiatrických léčebnách a terapeutických komunitách pramení především z potřeby podpory při resocializaci, hledání zaměstnání a bydlení tak, aby se daní lidé nedostali do styku s negativními motivy, které by měly za příčinu opětovné vyvolání závislosti. Klienti tohoto zařízení mají většinou mnoho osobních problémů, které jim brání v rychlém začlenění se do společnosti. Často nemají podporu v sociálních vztazích a rodině, jsou zadlužení a hrozí jim různé tresty za trestnou činnost páchanou v době před nástupem do léčby. Pracovníci doléčovacího centra jim nabízejí zázemí a terapie se záměrem pomoci jim, aby se snáze s obtížnými životními situacemi vyrovnali a nedošlo u nich k relapsu¹. Blíže se popisu zaměření doléčovacího centra budu věnovat níže.

S arteterapií v prostředí Doléčovacího centra Prevent České Budějovice jsem se poprvé seznámila v rámci své praxe při studiu. Když musela z finančních důvodů odejít tamější arteterapeutka, oslovil mě vedoucí zařízení, zda bych arteterapii převzala jako dobrovolnice. V doléčovacím centru jsem tak působila cca půl roku a následně jsem odešla na mateřskou dovolenou. Po osmi měsících jsem se na místo arteterapeutky vrátila a jako dobrovolnice působím v zařízení stále.

Od počátku, kdy jsem do doléčovacího centra začala docházet, jsem si kladla otázky: Jakým způsobem v tomto prostředí arteterapii realizovat a s jakým zacílením? Jak s klienty v doléčovacím centru pracovat? Ale také: Jak arteterapie zapadá do koncepce doléčovacího centra a do systému sociální služby následné péče? A právě hledání odpovědí a zodpovězení těchto otázek bych chtěla předložit v této bakalářské práci.

¹ Relaps – návrat k pití nebo užívání drog po období abstinence, často doprovázený návratem příznaků závislosti, relaps může a nemusí vést k opětovné drogové kariéře.

Cílem práce bude tedy představení arteterapie v Doléčovacím centru Prevent s jejími teoretickými východisky a specifiky.

Pojem závislosti a vymezení osobnosti závislého je zásadní pro zakotvení doléčovacího centra do systému služeb a tedy i pro uchopení arteterapie v daném kontextu, proto je této problematice věnována úvodní kapitola práce. Pomocí definice syndromu závislosti a osobnosti závislého popíšu požadavky na léčbu závislosti. Dále se budu zabývat ukotvením služby pomocí základní terminologie v systému služeb pro osoby závislé na návykových látkách a to jak z pohledu historického, tak také z pohledu protidrogové politiky ČR a z pohledu zdravotního a sociálního s ohledem na požadavky kladené zákonem 108/2006 Sb. o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů a požadavky odborné způsobilosti programů pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách. V závěru teoretické části se budu zabývat léčbou závislosti a definuji zacílení činnosti následné péče a doléčovacího centra. V praktické části práce se budu věnovat zařazení arteterapie do systému služeb doléčovacího centra. Poslední kapitola bude věnována samotné skupinové arteterapii a jejím specifikům v zařízení Doléčovací centrum Prevent České Budějovice s uvedením klientských kazuistik za účelem ozřejmění různorodosti osobnostních charakteristik klientů, kteří se nacházejí v různém stádiu léčby závislosti.

Věřím, že má práce bude nejen přínosem k uchopení pojetí arteterapie v tomto druhu zařízení, resp. sociální služby, ale také možným návazným prvkem v pojetí arteterapie při práci s osobami nacházejícími se v různém stupni léčby závislosti na návykových látkách.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁVISLOST A OSOBNOST ZÁVISLÉHO

1.1 DEFINICE ZÁVISLOSTI

Za základní pojmy pro předkládanou práci jsou považovány pojmy závislosti. V literatuře a stejně tak i v Mezinárodní klasifikaci nemocí (dále jen MKN-10) se setkáváme se spojováním závislosti a závislostním chováním po požití určité látky, drogy. Bakalářská práce se týká představení arteterapie v kontextu doléčovacího centra. Do doléčovacího centra ovšem přicházejí osoby, které se léčí často ze závislosti kombinované, tedy závislosti na určité látce a např. na hracích automatech (tzv. patologické hráčství). Takové závislosti se nově označují jako nelátkové, nebo také behaviorální.² Podrobně se jimi zabývat nebudeme, ale zmiňujeme je zde z toho důvodu, že problémem klientů, se kterými doléčovací centrum pracuje, je právě závislostní chování obecně. Závislost a syndrom závislosti zde definujeme z toho důvodu, že tento termín má podporu Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO), která doporučuje jeho používání místo termínu „toxikománie“. Indikátorem „toxikománie“ byla zvýšená tolerance a výskyt tzv. abstinčního syndromu, což se ale shoduje s kritérii závislosti (viz níže). Závislost je ale zároveň označována za samostatnou nemoc, jejíž jedinou léčbou je úplná abstinence.³

Psychologický slovník definuje závislost jako *„stav chronické nebo periodické otravy opakovaným použitím přirozené nebo syntetické drogy, která poškozuje postiženého i společnost. Dnes je většinou užíván termín závislost drogová nebo přesněji závislost látková, droga má totiž ve farmakologii jiný význam, než je tomu v případě drogové závislosti, kde je zneužívanou látkou. U závislosti jde o zvláštní vztah mezi organizmem a látkou (drogou), vznikající opakovaným užitím látky, která posléze*

² VACEK, J. Nelátkové závislosti [online]. Praha : Centrum adiktologie, 2011. [cit. 4. dubna 2012]. Dostupný z WWW: <<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/566/Nelatkovye-zavislosti>>.

³ KALINA, K. et al. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha : Filia Nova, 2001. s. 111.

vede k periodicky se opakující intoxikaci spojené se silnou touhou až nutkáním opakovat látku užívat, bývá snížena schopnost sebeovládání ve vztahu k užívání látky, dávky je třeba zpravidla zvyšovat, aby bylo dosaženo žádoucího účinku, vynechávání užívání může vést k abstinenčním příznakům, droga začne posléze „organizovat“ celý život nemocného.“⁴

Definice **syndromu závislosti** dle MKN-10 uvádí, že se jedná o „soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritizace užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav.“ Syndrom závislosti se pak týká jednotlivé substance (tabák, alkohol...), skupiny látek (opioidy, kanabinoidy...), nebo širší spektrum psychoaktivních látek.⁵

Kudrle definuje závislost jako „chronickou a progredující poruchu“, která má základ v přirozené touze člověka po změně a nových prožitcích. Užívání návykových látek řadí vedle dalšího užívání vnějších stimulů (cukr, káva...) mající schopnost změnit vnímání člověka, k prostředkům, které uspokojují tuto přirozenou touhu člověka. Touha může ale přerůst v nutkavost a kritického bodu, resp. závislosti, dosáhne, když dojde k odloučení od reality a užívání vnějšího stimulu se stává dominantní činností.⁶

1.2 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA ZÁVISLOSTI

Glosář pojmů uvádí k danému tématu, že se syndrom závislosti vyvíjí po opakovaném užití látky a zahrnuje specifické projevy (srov. s výše uvedenou definicí psychologického slovníku):⁷

- silné přání užít drogu, nutková potřeba (craving)
- porušené ovládání při užívání drogy, ztráta volní kontroly

⁴ HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2000. s. 699.

⁵ *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, Poruchy chování a poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10 – F19)* [online]. Praha : Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2011 [cit. 6. dubna 2012]. Dostupný z WWW: <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/F10-F19.html>> .

⁶ KUDRLE, S. Psychopatologie závislosti a kodependence. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 107.

⁷ KALINA, K. et al. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha : Filia Nova, 2001. s. 29 – 31.

- přetrvávající užívání i přes škodlivé následky, neschopnost odpoutat se navzdory tělesným i duševním komplikacím
- priorizace drogy před všemi ostatními aktivitami a závazky, převažující orientace na životní styl s drogou, její shánění a zotavování se z jejího účinku
- zvýšená/snížená tolerance
- odvykací stav při nedostatku či vysazení drogy⁸

DSM-IV (Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch) popisuje závislost na jako sociálně nepřizpůsobivé chování s užíváním návykové látky, kdy jsou přítomny alespoň tři z následujících symptomů:

- Tolerance, projevující se jedním z následujících úkazů:
 - zvyšování dávek,
 - snižování účinku při užití stejné dávky drogy.
- Příznaky z vysazení drogy, projevující se jedním z následujících úkazů:
 - abstinenční příznaky,
 - užití dalších podobných látek pro mírnění abstinenčních příznaků.
- Návyková látka je často užita ve větším množství, než bylo zamýšleno.
- Je přítomna trvalá touha nebo neúspěšná snaha o snížení nebo kontrolu užívání.
- Většina času strávená obstaráváním drogy.
- Společenské, profesní nebo další aktivity nejsou realizovány nebo jsou omezeny
- Užívání návykové látky trvá i přes existenci trvalých nebo vracejících se fyzických či psychologických problémů, které jsou způsobeny užitou látkou.⁹

1.3 FÁZE ZÁVISLOSTI

Na vývoj závislosti má vliv celá řada faktorů od osobnostních dispozic, přes sociální kontext, četost užívání drogy, druhu drogy, ale i genetických predispozic. MKN-10 rozděluje závislost blíže takto:

- v současnosti abstinuje

⁸ NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti. Příručka pro praxi*. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 1996. s. 27 – 36.

⁹ KALINA, K. et al. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha : Filia Nova, 2001. s. 29 – 31.

- v současnosti abstinuje, ale v chráněném prostředí
- v současnosti abstinuje při klinicky sledovaném substitučním režimu
- v současnosti abstinuje při léčbě blokujícími látkami
- v současnosti užívá látku
- souvislé užívání
- epizodické užívání¹⁰

MKN-10 navíc sleduje i diagnostiku jiných duševních nebo tělesných a související faktory jako např. rodinná anamnéze nebo další psychosociální okolnosti.¹¹

Fázi závislosti v doléčovacím centru bychom tedy mohli na základě dělení MKN-10 zařadit pod definici „v současnosti abstinuje, ale v chráněném prostředí“. Pod tuto definici dále spadá též léčba v psychiatrických léčebnách či terapeutických komunitách. Z výše uvedeného vyplývá, že závislost je obecně považována za nevyléčitelnou nemoc. Přesto jsou vedle stádií závislosti v literatuře definována také stadia uzdravování: První stádium se týká překonávání závislosti, ve druhém klient odstraňuje důsledky závislosti (to může být například splácení dluhů, nebo navazování rozpadlých vztahů v rodině) a třetí stádium je zaměřeno na rozvoj osobnosti.¹² V doléčovacím centru se dle těchto specifik zaměřuje klient na druhé a třetí stádium.

1.4 OSOBNOST ZÁVISLÉHO

Porozumění osobnosti závislého je pro léčbu závislosti (především prostřednictvím psychoterapie) zásadní a k psychologii osobnosti závislého se vyjadřuje řada autorů.¹³ Jean Bergeret ve své publikaci věnované osobnosti toxikomana uvádí, že není možné

¹⁰ Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, *Poruchy chování a poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10 – F19)* [online]. Praha : Ústav zdravotnických informací a statistiky 2011 [cit. 6. dubna 2012]. Dostupný z WWW: <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/F10-F19.html>> .

¹¹ Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, *Poruchy chování a poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10 – F19)* [online]. Praha : Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2011 [cit. 6. dubna 2012]. Dostupný z WWW: <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/F10-F19.html>> .

¹² KALINA, K. et al. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova, 2001. s. 40 – 41.

¹³ SARLON, J. Muzikoterapie a léčba závislosti na návykových látkách. *Arteterapie, časopis České arteterapeutické asociace*, 2009, roč. 9 , č. 18, s. 45 – 53.

definovat pouze jediný typ osobnosti pro osobnost závislého.¹⁴ Koreš míní, že osobnost závislého nelze typickou osobnost závislého přesně vymezit, protože závislost je velmi složitý jev kombinované povahy (viz model bio-psycho-socio-spirituální).¹⁵ Dle Vágnerové je závislost na užívání psychoaktivních látek označována za multifaktoriálně podmíněnou poruchu, tzn., že na ni mají vliv somatické i psychické vlastnosti jedince a samozřejmě také vlivy prostředí. Interakce těchto vlastností určuje míru a sklony k závislosti. Dané vlastnosti bychom mohli dle Vágnerové definovat následovně:

- složení psychoaktivních látek
- genetická dispozice (ale i nápodoba rodičů/ osob blízkých)
- biologický základ – riziko užívání návykových látek mohou zesílit fyziologické reakce (pokud jsou nízké, sklon k závislosti bývá vyšší)
- psychické faktory – motivace a to jak vnitřní (individuální potřeby), tak i vnější (sociální tlak) - motivace k užívání návykových látek je výsledkem buďto snahy uniknout negativnímu, nebo získat pozitivní, nebo je odrazem sociálního kompromisu (snaha o zapadnutí do určitého sociálního prostředí).
- sociální faktory – osobnost závislého je možné dle sociálních faktorů definovat jako člověka žijícího ve společnosti, kde je užívání návykových látek běžné, často jde o město, rodinu lze označit za nefungující, člověk patří do určité sociální skupiny – subkultury, má často nižší úroveň vzdělání, nebo se u něj projevuje sociální deprivace.¹⁶

Obdobně definuje osobnost toxikomana také Jeřábek, který stanovil „*hypotézu jednotící toxikomanické dispozice*“:

- *nízká integrace sebepojetí*
- *interpersonální senzitivita*
- *nižší úroveň defenzivní organizace (popření, projekce...)*
- *emoční labilita a nepřiměřenost*¹⁷

Dle Jeřábka bývají emoce pro osoby závislé na návykových látkách nežádoucí, popřené a jejich obrany jsou pro jedince velmi energeticky náročné. U daného jedince pak dochází k redukci možností a příležitostí pro řešení životních situací.¹⁸

¹⁴ BERGERET, J. *Toxikomanie a osobnost*. Praha : Victoria Publishing, 1995 s. 35 – 38.

¹⁵ KOREŠ, J. Osobnost závislého. „*Profesionalizaci k efektivitě*“ [online]. České Budějovice : Město České Budějovice, os Prevent, 2009. Dostupný z WWW: <http://www.os-prevent.cz/_files/Profesionalizaci_k_efektivite/>.

¹⁶ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2008. s. 545 – 587.

¹⁷ JEŘÁBEK, P. Multidisciplinární přístup v léčbě závislosti na alkoholu. *Adiktologie. Odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislosti*, 2005, roč. 5, č. 2. s. 261 – 267.

Bergeret, který ve svých teoriích vycházel z psychoanalýzy, rozděluje typy osobnosti závislého (resp. toxikomana) do tří skupin:

- s neurotickou strukturou (orientování dle pohlavních pudů – oidipovský komplex, projevuje se u nich autoagresivní a suicidální chování)
- s psychotickou strukturou (podléhají drogové závislosti v důsledku obrany před psychotickou poruchou a jejími projevy)
- s depresivní strukturou (emočně nevyzrálé osobnosti se sníženou představivostí)¹⁹

Bergeret se zároveň ve své studii snaží o podchycení společných rysů osob závislých na návykových látkách a dochází k tomu, že pro osobnost závislého je typické unikání do světa fantazie a ideálů, chování a vztah k realitě je podřízen principu slasti, často se objevují problémy s hledáním vlastní identity, vztah k tělesnému není primární, objevuje se hazardování se životem. Pomocí psychoaktivních látek si tito jedinci dle Bergereta nahradit nedostatek představivosti. Jedná se zároveň o osobnost nevyzrálou, infantilní, nesamostatnou se sklonem k sebepoškozování.²⁰

V souvislosti s léčbou v terapeutických komunitách je osobnost závislého definována vysokým skóre na škálách stavu úzkosti a deprese a na druhé straně skórem nízkým na škále socializace. Dle této definice je pro osobnost závislého typické zmatení, porucha osobnosti, narušené myšlení a afektivita. Závislí jedinci mají sklony k manipulaci, podvádění a lži jako typickým přístupům ke zvládnutí obtížných situací. Jsou nezodpovědní, mají deficity v komunikačních a vzdělávacích dovednostech.²¹

1.4.1 PORUCHY VZNIKAJÍCÍ Z UŽÍVÁNÍ PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK

Do poruch vznikajících z užívání návykových látek řadíme poruchy psychosomatického charakteru (poruchy vnímání, halucinace, bludy, nadměrné citové prožívání, neadekvátní emoce, psychosomatické poruchy), amnestické poruchy (poruchy paměti, demence) a tzv. psychické reminiscence, neboli flešbky. V tomto

¹⁸ JEŘÁBEK, P. Multidisciplinární přístup v léčbě závislosti na alkoholu. *Adiktologie. Odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí*, 2005, roč. 5, č. 2. s. 261 – 267.

¹⁹ BERGERET, J. *Toxikomanie a osobnost*. Praha : Victoria Publishing, 1995. s. 35 – 38.

²⁰ BERGERET, J. *Toxikomanie a osobnost*. Praha : Victoria Publishing, 1995. s. 35 – 38.

²¹ KALINA, K. *Terapeutické komunity. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha : Grada Publishing a.s., 2008. s. 186 – 187.

případě se jedná o navrácení emočních stavů a poruch z období užívání návykové látky a to i po dvou letech abstinence.²²

Holub v souvislosti s osobností drogově závislého člověka uvádí, že klienti mívají velmi často diagnostikovanou tzv. hraniční poruchu osobnosti.²³ Vágnerová popisuje hraniční poruchu osobnosti v rámci emočně nestabilní poruchy osobnosti jako osobnost s poruchami v oblasti sebepojetí (sebeidentifikace) s narušeným emočním prožíváním, problémy v chování a mezilidských vztazích. Typická je odlišnost emočního prožívání, odlišnost v uvažování (včetně představy o sobě), impulzivita, nestálé a neuspokojivé vztahy s lidmi.²⁴

Výše uvedené charakteristiky můžeme označit za závažné a odporující tradičně přijímanému přesvědčení o tom, že závislý je kromě závislostní poruchy zdravý. Léčbu závislosti je na tomto základě možné považovat za specifickou formu léčby poruch osobnosti.²⁵

²² VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2008. s. 545 – 587.

²³ HOLUB, L. *Závislost, terapeutická komunita a arteterapie : bakalářská práce*. České Budějovice : Jihočeská univerzita, Pedagogická fakulta, 2008. 61 l., 10 l. příl. Vedoucí bakalářské práce : PaedDr. Milan Kyzour, s. 18.

²⁴ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2008. s. 524 - 527

²⁵ KALINA, K. *Terapeutické komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha : Grada Publishing a.s., 2008. s. 186 – 187.

2 ÚVOD DO SYSTÉMU PÉČE O OSOBY ZÁVISLÉ NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH V ČR

Před tím, než přejdeme k samotné problematice léčby závislostí a doléčování, seznámíme se se systémem péče, který se v oblasti adiktologie²⁶ profiloval řadu let. Závislosti, zejména drogové, jsou v současné době stále aktuálnější problémem, protože počet osob závislých na návykových látkách neustále narůstá. Systém péče o tyto osoby se tedy neustále vyvíjí a to jak v oblasti léčby závislostí, tak také v oblasti práce s osobami závislými.²⁷

2.1 HISTORIE SYSTÉMU PÉČE O OSOBY ZÁVISLÉ NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH V ČR

Systém péče o osoby závislé na návykových látkách, do kterého náleží také doléčovací programy, vznikl v ČR již od počátku minulého století a má tedy dlouhou tradici. Protialkoholní léčebny vznikaly v ČR již na počátku dvacátých let. Specializované lůžkové pracoviště zabývající se péčí o uživatele návykových látek – alkoholiky, vzniklo v roce 1948 v Praze u Apolináře. Další zařízení byla po vzoru tohoto zakládána při psychiatrických léčebnách po celé republice. V návaznosti na tato zařízení byly otvírány také ambulantní AT ordinace.²⁸ V roce 1992 jich bylo více než 160. S růstem nealkoholových závislostí se přizpůsobovala i péče. První ambulantní středisko zabývající se výhradně léčbou drogových závislostí založil MUDr. Rubeš v roce 1987. Z tohoto zařízení později vzniklo první nestátní zdravotnické zařízení

²⁶ Adiktologie - Obor či odborná disciplína zabývající se zneužíváním drog, drogovými závislostmi a odbornou pomocí osobám a skupinám, které jsou drogami ohroženy. Může mít čistě medicínský nebo mezioborový charakter. Pojem se vyskytuje v názvech odborných společností, knih a časopisů. V ČR vychází od r. 2001 odborný časopis ADIKTOLOGIE.

²⁷ NATH TUMPACHOVÁ, N. Hodnocení smyslu života v průběhu psychoterapie osob závislých na návykových látkách. *Adiktologie. Odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí*, 2005, roč. 5, č. 4. s. 504 – 513.

²⁸ SKÁLA, J. Historie léčby závislostí v České republice. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Vyd. 1. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 91 – 94.

s názvem DROP-IN. Později se v rámci léčby závislostí vedle zdravotnického aspektu začal více zohledňovat také aspekt sociální. Prvními průkopníky komplexního systému péče se staly Skálový doléčovací skupiny a kluby abstinentů. Tyto počiny lze označit za první doléčovací programy. Po roce 1989 se začal v daném oboru rozvíjet nestátní a neziskový sektor, péče se postupně rozšiřovala a zkvalitňovala, vznikala první nízkoprahová zařízení (K-centra) a první terénní programy, dále doléčovací programy a terapeutické komunity. Ve druhé polovině devadesátých let se vzniklé služby profilovaly v rámci sítě léčebné péče a zkvalitňovaly s ohledem na vymezení minimálních standardů léčebné péče podle manuálu WHO a standardů odborné způsobilosti.²⁹

2.2 PROTIDROGOVÁ POLITIKA ČR

Základním kamenem systému péče o osoby závislé je protidrogová politika. V České republice byly již v roce 1993 položeny základy strategie národní protidrogové politiky, které vycházejí mj. z mezinárodních úmluv OSN, protidrogové strategie Evropské unie a programu Světové zdravotnické organizace (WHO).³⁰

Protidrogová politika je vystavena na čtyřech pilířích, které definovala OSN a které zahrnují jak přístup represivní, tak také preventivní. Národní strategie popisuje tyto přístupy prostřednictvím formulace třech základních východisek:

- ➡ snižování poptávky – primární prevence, léčba a sociální začleňování
- ➡ snižování nabídky – snižování dostupnosti drog (represe)
- ➡ snižování rizik spojených s jejich užíváním – do této skupiny patří například výměnný program (tzv. Harm reduction)

²⁹ BÉM, P. Úvod – složky systému péče v ČR. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Vyd. 1. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 155 – 157.

³⁰ Vláda České republiky: *Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2018*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2011. s. 1- 14.

2.3 PŘEHLED SLUŽEB A ZAŘÍZENÍ PŮSOBÍCÍ V SYSTÉMU LÉČBY ZÁVISLOSTÍ

Jak už z uvedeného historického průřezu vyplývá, stávající spektrum služeb pro osoby závislé na návykových látkách a zejména nealkoholových drogách, je široké a zahrnuje primární, sekundární i terciální prevenci, léčbu a resocializaci.

Za první složku programu můžeme považovat primární prevenci realizovanou v nejrůznějších formách v rámci výchovy a vzdělávání dětí a mládeže na základních a středních školách.³¹ Pro osoby v akutním abúzu návykových látek jsou realizovány **terénní programy** (streetwork), které mají za cíl informovat o rizicích spojených s užíváním drog a možnostech jejich snižování prostřednictvím přístupu harm reduction (výměna injekčních stříkaček) a public health (ochrana veřejného zdraví). Nízkoprahovým zařízením jsou **kontaktní centra** pracující na podobné bázi jako terénní programy, ale poskytující navíc bezpečné prostředí, hygienický servis, popř. stravu. Práce s klienty by měla být již cílenější, zaměřená na motivaci k léčbě. Před nástupem léčby je možné navštěvovat **drogovou poradnu**, která pracuje i s rodiči uživatelů drog. V systému léčby jsou nabízeny **ambulantní formy**, kam spadají různá poradenství, poskytovaná zdravotnickými nebo sociálními zařízeními (např. AT poradny), dále **denní stacionáře** zaměřující se na intenzivnější formu léčby v rámci celodenního programu v délce 2-3 měsíce. Zdravotnickými zařízeními jsou **detoxifikační jednotky** (tzv. detox), který trvá do 10ti dnů. Tyto jednotky bývají součástí **psychiatrických léčeben**. V těch je léčba pobytová v rozsahu 3-6 měsíců a zahrnuje skupinovou, individuální i rodinnou terapii. Střednědobou a dlouhodobou léčbu nabízejí **terapeutické komunity**, v nichž se délka pobytu pohybuje od 6 do 18 měsíců a je rozdělena do 4 fází s intenzivními formy terapie individuální, skupinové, rodinné i pracovní. Specifickým programem v léčbě závislostí jsou substituční centra, která poskytují legální náhražku za užívanou drogu pod lékařským dohledem. Na následnou péči se specializují **doléčovací centra**, kterým se budeme podrobně věnovat dále.³²

³¹ KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Vyd. 1. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 274 – 333.

³² MÜLLEROVÁ, P. Sociální práce s uživateli drog. In MATOUŠEK, O. et al. *Sociální práce v praxi*. Praha : Portál, 2010. s. 211 – 224.

Trendem v současné době jsou specializovaná zařízení pro léčbu žen a matek, ale také léčba drogových závislostí ve věznicích.³³ Kalina navíc popisuje nejružnější svépomocné skupiny a programy. Za významnou součást struktury péče o závislé osoby jsou považovány soukromé psychoterapeutické praxe nebo psychoterapeutická centra. Návaznými službami v rámci resocializace může být podporované zaměstnávání či sociální rehabilitace.³⁴

2.3.1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY A SLUŽBY PRO UŽIVATELE NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Většina služeb pro uživatele drog, které poskytují nestátní neziskové organizace, spadají do služeb definovaných zákonem 108/2006 (resp. ...) o sociálních službách. Tyto sociální služby musí splňovat kritéria daná Standardy kvality sociálních služeb. Odborné služby pro uživatele návykových látek jsou zároveň certifikovány Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky dle naplňování odborných standardů. Z výše uvedeného vyplývá, že legislativa pro služby v oblasti drogové problematiky, je opravdu rozsáhlá.³⁵ Druhá polovina služeb, které se týkají především detoxifikace a léčby spadají do systému zdravotnických služeb.

Registrovanými sociálními službami v oblasti péče o osoby závislé na návykových látkách jsou terénní programy (§), kontaktní centra (§), denní stacionáře (§), terapeutické komunity (§) a služby následné péče (§).³⁶

³³ MÜLLEROVÁ, P. Sociální práce s uživateli drog. In MATOUŠEK, O. et al. *Sociální práce v praxi*. Praha : Portál, 2010. s. 211 – 224.

³⁴ KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 14 – 89.

³⁵ *Sociální služby* [online]. Praha : Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Úřad vlády České republiky, 2003 – 2006. [cit. 4. dubna 2012]. Dostupný z WWW: < http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/socialni_sluzby>.

³⁶ *Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách* [online]. Praha : Ministerstvo vnitra, 2006. [cit. 16. dubna 2012]. Dostupný z WWW: <<http://www.finance.cz/download/978-zakon-o-socialnich-sluzbach/>>.

2.4 DOLÉČOVACÍ CENTRA

Závislost je dlouhodobá a dopady na různé oblasti života člověka jsou velké, proto nedostačuje pouze léčba v léčebnách či komunitách, ale je podstatné i další pokračování v léčbě pro zachování trvalé abstinence.³⁷

Doléčovací program tedy navazuje na tzv. základní (primární) léčbu v léčebnách či terapeutických komunitách. Důležité proto je, aby zařízení mezi sebou intenzivně komunikovali a zajistili tak plynulý proces léčby a resocializace. Na konci léčby a podpory klienta v programu, by měl být klient schopen převzít zodpovědnost sám za sebe, bez podpory instituce.³⁸

Přestože bývají pojmy zaměňovány, jak je vidět i z pojetí zákona o sociálních službách, kdy se doléčovací centra řadí přímo pod služby následné péče, jsou v zahraničí tyto pojmy chápány odlišně:

➔ DOLÉČOVÁNÍ

Doléčování lze dle Glosáře definovat v užším pojetí a v širším pojetí. Užší pojetí zahrnuje pouze zachování abstinence po léčbě. V širším pojetí naopak lze do doléčování zahrnout všechny služby následující po skončení základní léčby, které se podílejí na vytváření pozitivních podmínek pro abstinenci jedince. Širší pojetí vychází z Bio-psycho-sociálního modelu popsaného dále.³⁹

Cílem doléčování v širším pojetí je zároveň resocializace klienta, tedy návrat zpět do života. Takto je pojem doléčování chápán v předkládané práci. Doléčovací centra jsou specializována na následnou péči a prevenci relapsu užívání drogy. Délka programu se pohybuje mezi 6-12 měsíci. Standardní součástí nabídky je poradenství, individuální a skupinová terapie. Některá centra poskytují párovou a rodinnou terapii, pomoc při hledání vhodného bydlení a práce, někdy může být součástí nabídky chráněné bydlení a práce v chráněných dílnách.⁴⁰

³⁷ MATOUŠKOVÁ J. Doléčování, následná péče. In DVOŘÁČEK, J. et al. *Červenodvorské studijní texty. Vnitřní materiál pro samostudium pacientů*. PL Červený Dvůr : Červený Dvůr, 2011. s. 204 – 210.

³⁸ KUDA, A. Následná péče, doléčovací programy. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Vyd. 1. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 208 – 213.

³⁹ KALINA, K. et al. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova, 2001. s. 32.

⁴⁰ MÜLLEROVÁ, P. Sociální práce s uživateli drog. In MATOUŠEK, O. et al. *Sociální práce v praxi*. Praha : Portál, 2010. s. 211 – 224.

V doléčovacích centrech pracují multidisciplinární týmy. Podle Bartoškové je v tomto typu zařízení multidisciplinarita týmu nezbytná. Poskytovaná péče je závislá na potřebách klienta a proto není nutné přímo dané odborníky zaměstnávat, ale mít vytvořenou síť se zastoupením např. psychiatrů, lékařů, apod., kteří působí jako externí odborníci daného zařízení.⁴¹

➤ NÁSLEDNÁ PÉČE

Do následné péče je možné zařadit všechny intervence po léčbě s cílem zachovat u klienta abstinenci. Intervence mohou být formou individuálních ambulantních pohovorů v nejrůznějších zařízeních, ale i psychoterapeutů. Následná péče je ovšem chápána v užším pojmu než doléčování, protože nezahrnuje socioterapii a resocializaci. Doléčovací centrum Prevent nabízí ve svém programu právě také ambulantní formu následné péče, která už nezahrnuje komplexní program, který je určen pro klienty chráněného bydlení. Na vyžádání se ale daný klient může programu účastnit z vlastní vůle za dodržení všech podmínek.⁴²

„Pojem „následná péče“ se z určitého pohledu kryje s pojmem „doléčování,“ užívá se však i pro péči poskytovanou po jakémkoliv dosažení abstinence (detoxifikace, spontánní abstinování),“⁴³

Jak je vidět z výše uvedeného, je definování následné péče, resp. doléčování, obtížné, neshody panují v její indikaci. Podle Kruhového modelu změny chování definovaného Marlattem a Barrettem v roce 1994 můžeme říci, že se jedná o „poslední fázi procesu změny – intervence zaměřené na udržení navozených změn chování závislého“⁴⁴

Zákon o sociálních službách definuje služby následné péče jako „ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly ústavní léčbu ve zdravotnickém

⁴¹ BARTOŠÍKOVÁ, I. Práce v multidisciplinárním týmu. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 125 - 132.

⁴² KALINA, K. et al. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova, 2001. s. 69.

⁴³ KUDA, A. Následná péče, doléčovací programy. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Vyd. 1. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s 208 – 213.

⁴⁴ KUDA, A. Následná péče, doléčovací programy. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Vyd. 1. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s 208 – 213.

zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstinují.“⁴⁵

Základní činnosti pro služby následné péče dané zákonem se týkají zajišťování: sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (aktivity umožňující lepší orientaci ve vztazích odehrávajících se ve společenském prostředí), pomoci při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, pomoci při vyřizování běžných záležitostí, pomoci při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoci a podpoře při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob.⁴⁶

⁴⁵ *Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách* [online]. Praha : Ministerstvo vnitra, 2006. [cit. 16. dubna 2012]. Dostupný z WWW: <<http://www.finance.cz/download/978-zakon-o-socialnich-sluzbach/>>.

⁴⁶ *Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách* [online]. Praha : Ministerstvo vnitra, 2006. [cit. 16. dubna 2012]. Dostupný z WWW: <<http://www.finance.cz/download/978-zakon-o-socialnich-sluzbach/>>.

3 LÉČBA ZÁVISLOSTI JAKO MULTIDISCIPLINÁRNÍ ÚKOL

Zajíčková ve své práci uvádí 10 bodů, které v současné době charakterizují závislost, osobnost závislého, a které mohou být východiskem k léčbě. Některé z těchto bodů jsme zmínili již výše, k dalším se dostaneme v následující kapitole:

- závislost je především o kompulzivním chování
- kompulzivní vyhledávání drog je iniciováno mimo vědomí
- závislost je přibližně z 50% dědičná a oplývá komplexitou
- mnoho závislých, kteří vyhledají pomoc, má zároveň ještě další psychiatrický problém
- závislost má u většiny postižených charakter chronické relapsující poruchy
- různé psychoterapeutické intervence mají podobné léčebné výsledky
- „vrat’ se zpět, když jsi motivovaný“ již není akceptovatelnou terapeutickou odpovědí
- čím více individualizovanou a komplexní léčbu závislý obdrží, tím lepších výsledků dosahuje
- je těžké produkovat zážitky
- změna trvá⁴⁷

Léčba závislosti zahrnuje „odbornou, cílenou a strukturovanou práci s pacientem či klientem, která vychází z bio-psycho-sociálního modelu“, kterému se budeme věnovat dále. Za léčbu jsou označovány i programy mimo rámec zdravotnictví a tedy i doléčovací centra.⁴⁸

Léčení závislosti zahrnuje celou řadu metod a přístupů a zároveň propojení mnoha oborů: farmakoterapie, léčebný režim, psychoterapie, práce s rodinou (manželská a rodinná terapie), svépomocné skupiny, socioterapie.⁴⁹ Léčbu je možné dále rozdělit dle

⁴⁷ ZAJÍČKOVÁ, K. *Využití expresivních terapií v procesu léčby drogových závislostí : diplomová práce*. Brno : Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, 2011. Vedoucí diplomové práce : PhDr. Roman Hytych, Ph.D.

⁴⁸ KALINA, K. et al. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova, 2001. s. 60 – 62.

⁴⁹ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2008. s. 545 – 587.

typu na ambulantní, ústavní či rezidenční a dále podle délky na krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou.⁵⁰

Pro léčbu závislostí je, jak je patrné, podstatná spolupráce mnoha oborů a proto v institucích a organizacích zabývajících se léčbou závislosti pracují multidisciplinární týmy. Složení týmu je pak odvislé od typu daného zařízení či služby. V multidisciplinárním týmu jsou zastoupeni v prvním kontaktu např. sociální pracovníci, poradci, často také ex-useři (abstinující uživatelé drog), v dalších oblastech léčby a prevence pedagogičtí pracovníci, lékaři, psychologové, psychoterapeuté, popř. další odborníci. Bližším popisem problematiky multidisciplinárních týmů se zabývá např. Bartošíková.⁵¹

3.1 CHARAKTERISTIKA ÚČINNÉ LÉČBY A JEJÍ ÚSKALÍ

Dle Národního institutu pro léčbu drogových závislostí (NIDA) má účinná léčba splňovat tyto charakteristiky:

- Obsah a rozsah léčby je individuální, volený dle potřeb jedince.
- Léčba musí být snadno a rychle dostupná.
- Léčba se zaměřuje komplexně na osobnost člověka a jeho problémy.
- Průběh léčby je průběžně vyhodnocován a flexibilně upravován podle potřeb člověka.
- Léčba trvá minimálně 3 měsíce.
- Je používáno široké spektrum psychosociálních metod (individuální, skupinová, rodinná terapie...).
- Farmakoterapie se používá především v rámci detoxifikace a léčbě duálních diagnóz.
- Případné užití drogy je monitorováno.
- Je využívána diagnostika a poradenství týkající se infekčních nemocí (AIDS, hepatitis).

⁵⁰ KALINA, K. et al. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova, 2001. s. 29 - 31.

⁵¹ BARTOŠÍKOVÁ, I. Práce v multidisciplinárním týmu. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 125 - 132.

- ➡ Je pracováno s relapsem a opakovanými léčebnými epizodami.⁵²

Léčba závislosti ovšem není považována za lineární proces zakončený uzdravením. Jak jsme již uvedli výše, závislost není pojímána jako vyléčitelná. Rizikovými situacemi v průběhu léčby jsou setkávání se s nabídkami dané látky, vztahy s lidmi, kteří drogy berou, ale také odvykací stavy (abstinenční syndrom) a craving (bažení po droze), které mohou vést k relapsu a recidivě. Obecně jsou přijímány 3 rizikové situace, které mohou vést k neúspěchu léčby a abstinence:

- negativní emoční stavy
- interpresonální konflikty
- sociální tlak⁵³

3.2 PŘÍSTUPY K LÉČBĚ ZÁVISLOSTI - MODEL Y

Modely závislosti popisují přístupy, jež byly v průběhu let definovány v souvislosti s požadovanou změnou, která je léčbou závislosti očekávána. Jmenované modely jsou obecně přijaté a odvíjejí se od nich přístupy k léčbě a její zacílení, stejně tak i například psychoterapeutické přístupy volené v rámci léčby. Dle glosáře je popsáno modelů závislosti celá řada. Za nejstarší přístup k uchopení závislosti je označován tzv. přístup deficitní, který závislost popisuje jako nenapravitelnou poruchu a zabývá se pouze sociálním řešením problému. Dále rozděluje medicínský model na starý, který se zabývá spíše krizovou péčí a nový, který je zaměřen na abstinenci. Dalšími uvedenými přístupy je směr psychodynamický založený na představě, že závislost souvisí s psychickou poruchou, potom směr humanistický, kladoucí důraz na svobodnou vůli jedince a jeho přístup k životu. Model rodinný vychází z představy, že závislost vzniká špatným fungováním rodiny a jako intervenci volí rodinnou terapii. Model behaviorální vnímá závislost jako špatně naučené chování, které je třeba přeučit. Sociální modely

⁵² KALINA, K. et al. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova, 2001. s. 60 - 61.

⁵³ KALINA, K. et al. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova, 2001. s. 29 - 31.

pojímají závislost jako „nemoc společnosti“, resp. určité komunity...Morální model napравuje vinu jedince. O integraci více faktorů se snaží bio-psycho-sociální model.⁵⁴

Kudrle popisuje jako v současné době převládající bio-psycho-socio-spirituální model závislosti.⁵⁵ Tento model vychází z faktu, že závislost má multikauzální příčiny a snaží se je prostřednictvím popsání jednotlivých přístupů postihnout s cílem poskytnout komplexní pohled na závislost a osobnost závislého člověka se zapojením mnoha vědních oborů.⁵⁶

3.2.1 BIOLOGICKÝ (BIOMEDICÍNSKÝ) PŘÍSTUP

Jmenovaný přístup souvisí se zahrnutím syndromu závislosti do mezinárodní klasifikace nemocí (pohlíží tedy na závislost jako na nemoc) a pojmenovává příčiny vzniku závislosti na úrovni prenatální, perinatální a samozřejmě postnatální (vznik traumat, nemocí...). Zároveň zdůrazňuje, že užívání návykových látek způsobuje změny v prostředí CNS.⁵⁷ V oblasti biologie neustále probíhají výzkumy, které se vztahem užívání drog a změnami v prostředí mozku, ale i určitým předurčením k závislosti, zabývají. V souvislosti s tím jsou hledány možnosti léčby s použitím farmakologických prostředků (např. nový výzkum léčby závislosti na kokainu).⁵⁸

3.2.2 PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP

Tento přístup popisuje různé psychogenní příčiny vzniku závislosti a také postihuje problematiku dopadů závislosti na psychický vývoj člověka.⁵⁹ Přístup se rozvíjel s rozvojem psychologie a psychoterapie v souvislosti s označením závislosti za

⁵⁴ KALINA, K. et al. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova, 2001. s. 66.

⁵⁵ KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti I. Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 91 – 94.

⁵⁶ TICHÝ, M. *Práce se sociálně neadaptovanými klienty*. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2007. s. 57 – 59.

⁵⁷ KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti I. Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 91 – 94.

⁵⁸ *Výzkumy a studie* [online]. Praha : Sananim o.s., 2012. [cit. 4. dubna 2012]. Dostupný z WWW: <<http://drogy.net/vyzkumy-a-studie/>>.

⁵⁹ KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti I. Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 91 – 94.

psychickou poruchu v roce 1934.⁶⁰ Vedle farmakologie získala díky tomuto přístupu v léčbě závislostí prostor právě psychoterapie. Z hlediska psychoterapeutických škol, jak jsme již uvedli výše, existuje rozmanité množství přístupů k řešení závislosti. V současné době navíc můžeme zaznamenat slučování různorodých psychoterapeutických přístupů (často nesourodých).⁶¹ Také v rámci doléčovacího centra můžeme přístup v práci s klienty označit za integrující.

3.2.3 SOCIÁLNÍ PŘÍSTUP

Sociální pohled na závislost řeší závislostní chování v sociálním (komunitním) kontextu, ve vztahu k okolí, rodině...(rozměr mezilidských vztahů).⁶² Popisuje vliv sociálního prostředí na vznik závislosti (srov. níže) a to například i formou rituálů (cigareta u kávy). Jako druhý pohled můžeme vnímat pohled společnosti na závislého, který formuje požadavky na sociální fungování daného jedince ve společnosti.⁶³

3.2.4 SPIRITUÁLNÍ PŘÍSTUP

Spiritualita do modelu bio-psycho-sociálního přibyla jako poslední, ač se vztah k něčemu vyššímu prolíná lidským životem od jeho počátku. Do spirituální úrovně můžeme zařadit vztah k Bohu, náboženský rozměr, ale i hledání smyslu života (práce s existenciálními tématy) a také vztah k autoritě. Nejvíce tento přístup proslavili Anonymní alkoholici. Prostřednictvím tohoto přístupu má člověk možnost vzdát se svého závislého já, vytvořit si vztah k pokoře a realitě všedního dne.⁶⁴

⁶⁰ FROUZOVÁ, M. Psychologické a psychosociální faktory rozvoje vzniku závislosti. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 124 – 128.

⁶¹ NATH TUMPACHOVÁ, N. Hodnocení smyslu života v průběhu psychoterapie osob závislých na návykových látkách. *Adiktologie. Odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí*, 2005, roč. 5, č. 4. s. 504 – 513.

⁶² KALINA, K. Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 78 – 82.

⁶³ KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 91 – 94.

⁶⁴ KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 91 – 94.

3.3 VYUŽITÍ PSYCHOTERAPIE V LÉČBĚ ZÁVISLOSTI

Psychoterapie je považována za podstatnou součást léčebného procesu pro osoby závislé na návykových látkách. Existuje široké spektrum směrů a forem psychoterapie, které se léčbou závislostí zabývají a bývají používány.⁶⁵

Dle Vymětala je psychoterapie „*léčbou (sekundární prevencí), ale i profylaxí (primární prevencí) a rehabilitací (terciální prevencí) poruch zdraví, která se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy*“⁶⁶ a v jejím průběhu dochází ke změně v chování a prožívání klienta.⁶⁷ Základem psychoterapie je tedy vytvoření vztahu mezi klientem a terapeutem.⁶⁸

V rámci jednotlivých článků v systému léčby o osoby závislé sleduje psychoterapie různé cíle a jsou také voleny různé psychoterapeutické metody a přístupy.⁶⁹ Psychoterapie je hojně využívána především v ambulantních formách léčby, denních stacionářích, v rámci ústavní léčby, v terapeutických komunitách a v doléčovacích programech.⁷⁰ Psychoterapeutické působení musí být přitom v souladu s cíli jednotlivých léčebných programů a vycházet z potřeb klientů. Zároveň je možné definovat rysy psychoterapie v oblasti léčby závislosti. Jde zejména o změnu chování potřebné k zachování abstinence, dále nácvik a učení se pozitivním sociálním dovednostem a návykům a podporování celkového rozvoje osobnosti. Tyto cíle je ovšem možné realizovat jen v rámci aktivního a motivovaného přístupu klienta k psychoterapii a k možné změně – to bývá u osob trpících závislostí velký problém. Velký důraz je proto kladen na již výše zmíněný vztah, který může být v určitých

⁶⁵ NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 1996. s. 74.

⁶⁶ VYMĚTAL, J. Vymezení oboru psychoterapie. In VYMĚTAL, J. et al. *Obecná psychoterapie*. Praha : Grada Publishing a.s., 2004. s. 20.

⁶⁷ MIOSKÝ, M., BARTOŠÍKOVÁ, I. Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislosti. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 25 – 29.

⁶⁸ VYMĚTAL, J. Vymezení oboru psychoterapie. In VYMĚTAL, J. et al. *Obecná psychoterapie*. Praha : Grada Publishing a.s., 2004. s. 19 – 38.

⁶⁹ MIOSKÝ, M., BARTOŠÍKOVÁ, I. Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislosti. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 25 – 29.

⁷⁰ ZAJÍČKOVÁ, K. *Využití expresivních terapií v procesu léčby drogových závislostí : diplomová práce*. Brno : Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, 2011. Vedoucí diplomové práce : PhDr. Roman Hytych, Ph.D. s. 17 – 19.

momentech zdrojem nelehké úlohy psychoterapeuta v rámci multidisciplinárního týmu (střet požadavků ze strany kolegů a očekávání ze strany klienta).⁷¹

Problematické či nemožné je využití psychoterapie v léčbě závislostí u osob akutně intoxikovaných či v akutní psychóze, dále u osob s výraznou disociaální osobnostní poruchou, sklony k agresivitě a hluboké depresi.⁷²

3.3.1 PSYCHOTERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY K LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ

V literatuře je možné nalézt různé členění psychoterapeutických přístupů k léčbě závislosti.

Vavrda rozděluje psychoterapii přehledně dle prostředí na ambulantní a ústavní, dle formy na individuální, skupinovou a terapii léčebného společenství.⁷³ Obdobně můžeme vymezit také formy arteterapie.⁷⁴

Problém můžeme ve vymezení přístupů k léčbě závislostí spatřovat v nejednotném vymezení přístupů, forem, metod a technik psychoterapie a jejich slučování. Miovský a Bartošíková například vymezují hlavní přístupy k léčbě závislostí na individuální psychoterapii, skupinovou psychoterapii, behaviorální terapii a ostatní využívané směry, kterými jsou hlubinnou a dynamicky orientovanou psychoterapii, humanistickou psychoterapii, rodinnou a systemickou psychoterapii a integrativní přístupy. Zároveň upozorňují na fakt, že není v současné době možné určit, který z využívaných směrů je v léčbě závislosti efektivnější.⁷⁵ Rotgers⁷⁶ řadí mezi přístupy k léčbě vedle psychoanalytického přístupu metodu 12 kroků (anonymní alkoholici), rodinnou terapii, motivační trénink či integraci psychoterapie a farmakoterapie.

⁷¹ MIOVSKÝ, M., BARTOŠÍKOVÁ, I. Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislosti. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 25 – 29.

⁷² MIOVSKÝ, M., BARTOŠÍKOVÁ, I. Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislosti. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 25 – 29.

⁷³ VAVRDA, V. Formy a prostředky psychoterapie. In VYMĚTAL, J. *Obecná psychoterapie*. Praha : Grada Publishing a.s., 2004. s. 65 - 73.

⁷⁴ ŠICKOVÁ – FABRICI, J. *Základy arteterapie*. Praha : Portál, 2008. s. 43 – 55.

⁷⁵ MIOVSKÝ, M., BARTOŠÍKOVÁ, I. Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislosti. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 36 – 42.

⁷⁶ ROTGERS, F. et al. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing a.s., 1999. s. 25 – 34.

Podle zkušeností je v současné době nejvíce využívána v rámci léčby závislostí forma **skupinové psychoterapie**.⁷⁷ Její přednosti uvádí např. Kratochvíl pomocí definice tzv. účinných faktorů: členství ve skupině, emoční podpora, pomoc jiným, sebeexplorace a sebereprojevení, odreagování, zpětná vazba a konfrontace, náhled, korektivní emoční zkušenost, zkoušení a nácvik nového chování, získání nových informací a sociálních dovedností.⁷⁸ Skupinová psychoterapie je důležitou součástí také doléčovací fáze, kdy pomáhá klientovi v začlenění se do sociálního okolí.⁷⁹

Z psychoterapeutických přístupů se v rámci léčby závislostí nejvíce uplatňuje behaviorální a kognitivně behaviorální terapie, často v kombinaci s psychodynamickými přístupy.⁸⁰ V rámci ústavní léčby (např. v psychiatrických léčebnách) je dle Jeřábka vhodné kombinovat kognitivní psychoterapie s dynamicky a rogeriánsky zaměřenou skupinovou psychoterapií (propojení režimové léčby s akceptujícím zájmem o klienta / pacienta).⁸¹ Je tedy zřejmé, že z těchto přístupů vychází také využívání expresivní terapie a arteterapie.

3.3.2 TERAPEUTICKÝ VZTAH V LÉČBĚ ZÁVISLOSTI

Terapeutický vztah je vedle pozitivního očekávání klienta považován za jednoho z hlavních činitelů změny a to napříč psychoterapeutickými směry. Na tomto vztahu tedy závisí účinek terapie.⁸² Je specifický tím, že vzniká v nouzovém vztahu mezi dvěma osobami, z nichž jedna je pomáhající a druhá pomoc potřebuje.⁸³ Hlavní podmínky terapeutického vztahu popsal Carl Rogers: kongruence a autenticita

⁷⁷ MIOSKÝ, M., BARTOŠÍKOVÁ, I. Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislosti. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 36 – 42.

⁷⁸ KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha : Galén, 2005. s.158 – 174.

⁷⁹ MIOSKÝ, M., BARTOŠÍKOVÁ, I. Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislosti. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 36 – 42.

⁸⁰ ZAJÍČKOVÁ, K. *Využití expresivních terapií v procesu léčby drogových závislostí : diplomová práce*. Brno : Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, 2011. Vedoucí diplomové práce : PhDr. Roman Hytych, Ph.D.s 19 – 25.

⁸¹ JEŘÁBEK, P. Multidisciplinární přístup v léčbě závislosti na alkoholu. *Adiktologie. Odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí*, 2005, roč. 5, č. 2. s. 261 – 267.

⁸² PROCHASKA, J. O., NORCROSS, J. C. *Psychoterapeutické systémy*. Praha : Grada Publishing a.s., 1999. s. 14 – 31.

⁸³ BARTOŠÍKOVÁ, I., MIOVSKÝ, M., KALINA, K. Terapeutický vztah. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 30 – 35.

terapeuta, přijímání a oceňování klienta, empatie. Vztah je přitom primárně založen na tom, že terapeut věnuje klientovi pozornost.⁸⁴

V rámci léčby závislostí jsou na vytvoření vztahu mezi klientem a terapeutem kladeny větší nároky v tom smyslu, že se jedná o propojení více složek – vedle rogeriánsky definovaných podmínek bývá vztah se závislým klientem postaven také na poradenství, vedení a pomoci v návratu do společnosti. Velký důraz je kladen na práci s motivací.⁸⁵

3.3.3 ZMĚNA JAKO SPOLEČNÝ JMENOVATEL LÉČBY ZÁVISLOSTI A PSYCHOTERAPIE

Psychoterapie je interpersonální proces, jehož hlavním cílem je změna ve více psychologických vlastnostech klienta (osobnostní struktura, sebepojetí, sebeprožívání...⁸⁶). Změna je také společným jmenovatelem všech terapií – „*každý přístup popisuje kontext očekávání změny*“.⁸⁷

Hanušová rozdělila psychoterapeutické změny na:

- změny v rozumové oblasti
- změny v citové oblasti (abreakce, katarze)
- změny v akční oblasti (návuk žádoucích dovedností)
- změny ve vztahové oblasti (emoční korektivní zkušenost)⁸⁸

Vhodně zvolená terapie v léčbě závislosti navodí proces změny na všech požadovaných úrovních – změna chování, změna ve vztazích k okolí i k sobě samému.⁸⁹ Jeřábek v daném kontextu zmiňuje Kooymanův vektor změny, který probíhá v následujícím sledu:⁹⁰

- změna chování včetně abstinence

⁸⁴ PROCHASKA, J. O., NORCROSS, J. C. *Psychoterapeutické systémy*. Praha : Grada Publishing a.s., 1999. s. 14 – 31.

⁸⁵ BARTOŠÍKOVÁ, I., MIOVSKÝ, M., KALINA, K. *Terapeutický vztah*. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 30 – 35.

⁸⁶ KALINA, K. et al. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova, 2001. s. 89 – 90.

⁸⁷ LHOTOVÁ, M. *Proměny výtvarné tvorby v arteterapii*. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2010. s. 68.

⁸⁸ HANUŠOVÁ, I. Účinné faktory psychoterapie. In VYMĚTAL, J. *Obecná psychoterapie*. Praha : Grada publishing a.s., 2004. s. 115 – 126.

⁸⁹ KALINA, K. Faktory významné pro účinnost léčby a změnu klienta. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 97 – 101.

⁹⁰ JEŘÁBEK, P. Multidisciplinární přístup v léčbě závislosti na alkoholu. *Adiktologie. Odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí*, 2005, roč. 5, č. 2. s. 261 – 267.

- prožití emocí, které tuto změnu doprovázejí
- pochopení, co se vlastně stalo

Jmenovaná změna v léčbě závislosti by měla dle WHO vést ke snížení závislosti, nemocnosti popř. úmrtnosti vlivem užívání návykových látek a k podpoře fyzického, psychického i sociálního zdraví. Klíčový je přitom právě význam abstinence, díky níž je možné nastavit změny v oblasti rodinných a dalších vztahů, práce a sociálního fungování.⁹¹

Na změnu závislého chování je cíleně zaměřen motivační rozhovor (motivační trénink), který vychází z kruhového modelu změny Prochasky a Di Clementiho.⁹²

⁹¹ KALINA, K. Faktory významné pro účinnost léčby a změnu klienta. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 97 – 101.

⁹² MÜLLEROVÁ, P. Sociální práce s uživateli drog. In MATOUŠEK, O. et al. *Sociální práce v praxi*. Praha : Portál, 2010. s. 211 – 224.

4 EXPRESIVNÍ PSYCHOTERAPIE - ARTETERAPIE V LÉČBĚ ZÁVISLOSTI

Využitím expresivních terapií v léčbě závislostí se podrobně věnovala ve své diplomové práci Zajíčková. Význam expresivní terapie v léčbě závislosti spatřuje ve výrazném potenciálu k motivování klientů ke změně prostřednictvím práce s obranami s využitím neverbální komunikace, metaforického jazyka a práce se symboly.⁹³ Vavrda expresivní psychoterapii chápe jako jeden z prostředků psychoterapie. Tyto prostředky se dle něj stávají psychoterapeutickými až v momentě, kdy je jejich cílem pomoc druhému.⁹⁴

4.1 VYMEZENÍ OBORU ARTETERAPIE

4.1.1 HISTORICKÉ SOUVISLOSTI

Arteterapie je mladým oborem, který se vyvinul z psychiatrie a k jeho vymezení jsou voleny různé přístupy dle jeho využití či zaměření (arteterapie je využívána v širokém záběru od práce s lidmi s nejrůznějším postižením tělesným, mentálním či smyslovým, po terapeutickou pomoc u lidí s psychickými poruchami, nebo při práci s klienty v nejrůznějších sociálních službách). Nicméně umění doprovází člověka od jeho počátků. Za „otce“ arteterapie označuje Lhotová Aristotela, který jako první v souvislosti s uměním zkoumal nejrůznější emocionální stavy (katarzi).⁹⁵

Počátky arteterapie jako disciplíny sahají do 19. století. Slavík za jednoho z průkopníků oboru považuje M. Simona, který formuloval teze, že „*duševně nemocní výtvarně tvoří jinak než zdraví*“ (koncept odlišnosti) a že „*výtvarná podoba artefaktu se*

⁹³ ZAJÍČKOVÁ, K. *Využití expresivních terapií v procesu léčby drogových závislostí : diplomová práce*. Brno : Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, 2011. Vedoucí diplomové práce : PhDr. Roman Hytych, Ph.D.s 19 – 25.

⁹⁴ VAVRDA, V. *Formy a prostředky psychoterapie*. In VYMĚTAL, J. *Obecná psychoterapie*. Praha : Grada Publishing a.s., 2004. s. 73 – 89.

⁹⁵ LHOTOVÁ, M. *Proměny výtvarné tvorby v arteterapii*. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2010. s. 10 – 21.

mění s průběhem choroby“ (koncept změny). Popsané koncepty jsou přitom dodnes východisky jakékoliv diagnostiky.⁹⁶

Koncepční základy arteterapie jsou spjaty se jmény Sigmunda Freuda a Carla Gustava Junga (dle Slavíka se jedná o druhý proud v arteterapii, jako první označuje teorie, které se vyvinuly na základě Simonovi teze, např. H. Prinzhorna – viz níže).⁹⁷ V psychoanalýze se setkáváme se zkoumáním výtvarných děl, paralelou tvůrčího procesu a snové práce a s tím spojenou symbolikou a prací se skrytými obsahy, tedy interpretací artefaktu.⁹⁸

S označením „art therapy“ se poprvé můžeme setkat v pracích M. Naumburgové na počátku 20. století v USA. Naumburgová zároveň definovala tezi, že každý člověk je schopen i bez výtvarného vzdělání či poučení projikovat své vnitřní prožitky do vnějších, vizuálních, tvarů. Další významnou osobností v oboru arteterapie byla Edith Kramerová, která v rámci své praxe vyzdvihovala sublimaci prostřednictvím výtvarného projevu. Zmínit můžeme též německého psychiatra Hanse Prinzhorna, který navázal na výše uvedené Simonovi teze a práce jeho pacientů jsou dodnes součástí rozsáhlé světově uznávané sbírky.⁹⁹ Je třeba uvést také Victora Löwenfelda, který v návaznosti na vývojovou teorii Jeana Piageta prokázal souvislost mezi rozvojem kognitivních funkcí a rozvojem tvořivosti a výtvarného sebevyjadřování.¹⁰⁰

V posledních letech se arteterapie těší velké oblibě a je využívána v nejrůznějších oborech v zahraničí, ale i u nás. Z Českých průkopníků arteterapie není možné zde nezmínit PhDr. Milana Kyoura, zakladatele Ateliéru arteterapie při Pedagogické fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, který dal vzniknout unikátnímu směru, tzv. Rožnovské arteterapii, na jejímž podkladě je vedena také praktická část předkládané práce.¹⁰¹

⁹⁶ LHOTOVÁ, M. *Proměny výtvarné tvorby v arteterapii*. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2010. s. 7.

⁹⁷ SLAVÍK, J. *Arteterapie. Oborový kontext a přístupy v arteterapii. Úvodní přednáška*. Nepublikované poznámky k přednášce.

⁹⁸ LHOTOVÁ, M. *Proměny výtvarné tvorby v arteterapii*. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2010. s. 18 – 21.

⁹⁹ ŠICKOVÁ – FABRICI, J. *Základy arteterapie*. Praha : Portál, 2008. s. 26 – 29.

¹⁰⁰ PEROUT, E. Viktor Löwenfeld a jeho pojetí ontogeneze dětské kresby a malby. *Arteterapie, časopis České arteterapeutické asociace*, 2005, roč. 5, č. 9, s. 27 – 32.

¹⁰¹ ŠICKOVÁ – FABRICI, J. *Základy arteterapie*. Praha : Portál, 2008. s. 26 – 29.

4.1.2 DEFINICE ARTETERAPIE

Definování arteterapie není jednoznačné, vychází především z cílů a jejího zaměření, které, jak jsme uvedli výše, může být velmi rozmanité. Definice pak zahrnují pojmy z oblasti různých psychoterapeutických přístupů s důrazem na úlohu umění v psychoterapeutickém procesu.¹⁰²

Výstižně, ovšem velmi rozsáhle, vymezil arteterapii Petzold: „*Arteterapie je teoreticky usměrněné působení na člověka jako celek v jeho fyzických, psychických danostech, v jeho uvědomělých i neuvědomělých snaženích, sociálních a ekologických vazbách, plánované ovlivnění postojů a chování pomocí umění a z umění odvozenými technikami s cílem léčby nebo zmírnění nemoci a integrování nebo obohacení osobnosti*“. Šicková – Fabrici logicky shrnuje a definuje arteterapii jako „*soubor uměleckých technik a postupů, které mají kromě jiného za cíl změnit sebehodnocení člověka, zvýšit jeho sebevědomí a přinést mu pocit smysluplného naplnění života*“. Právě v této definici a v otázce nalezení smyslu bychom mohli spatřovat východisko arteterapie při práci s osobami závislými a to zejména ve fázi doléčování.¹⁰³

Dle České arteterapeutické asociace je arteterapie „*léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Někdy bývá přiřazována k psychoterapii a jejím jednotlivým směrům, jindy je pojímána jako svébytný obor*.“¹⁰⁴ Dále asociace rozlišuje dva proudy – terapii uměním s důrazem na léčebný potenciál činnosti samotné a na tzv. „artpsychoterapie“, kde se pracuje především se vzniklými artefakty a prožitky z jejich tvorby. Lhotová arteterapii pojímá jako „*léčebnou a diagnostickou disciplínu s důrazem na vlastní tvůrčí a reflektivní aktivitu pacienta*“.¹⁰⁵ Lhotová navíc pro srovnání uvádí definici prezentovanou Ateliérem arteterapie, která arteterapii popisuje jako odbornost v práci s lidmi, která využívá tvořivého potenciálu expresivní komunikace se

¹⁰² LHOTOVÁ, M. *Proměny výtvarné tvorby v arteterapii*. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2010. s. 22 – 26.

¹⁰³ ŠICKOVÁ – FABRICI, J. *Základy arteterapie*. Praha : Portál, 2008. s. 31 – 32.

¹⁰⁴ *Stanovy České arteterapeutické asociace*. [online]. Praha : Česká arteterapeutická asociace, 2005 [cit. 16. dubna 2012]. Dostupný z WWW:

<<http://www.arteterapie.cz/index.php?disp=asociace&lang=0#stanovy>>.

¹⁰⁵ LHOTOVÁ, M. *Proměny výtvarné tvorby v arteterapii*. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2010. s. 7.

zaměřením na edukační a terapeutickou práci, přičemž terapeutická práce umožňuje „zpracovat osobně závažná témata, která jsou vyloučena ze slovní komunikace“.¹⁰⁶

4.2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA ARTETERAPIE

Teorie arteterapie je podle Rubinové stále se tvořící „hmota“. Teoretická východiska a přístupy v arteterapii je třeba volit dle aktuálních potřeb klientů, protože každý přístup je založen na jiných způsobech práce, stejně tak jako lidé jsou každý jiný. V oblasti teorie arteterapie a stejně tak psychoterapie navíc panují neshody týkající se pohledu na to, jak by měl proces a vztah terapeuta s klientem vypadat.¹⁰⁷

4.2.1 PŘÍSTUPY V ARTETERAPII

Pohledů na to, jak členit přístupy v arteterapii, je celá řada.

Podle léčebného využití rozčlenil Joanidis arteterapii na kreativistickou (založenou na humanistických teoriích), činnostní (vycházející z behaviorálních přístupů), integrativní, projektivní a sublimační.¹⁰⁸

Arteterapie je považována ve svém pojetí za hraniční disciplínu, která je často využívána jako specifická technika v rámci určitého psychoterapeutického přístupu. Ve vymezení přístupů v arteterapii je možné arteterapii pojímat jako samostatný obor, techniku nebo psychoterapeutický přístup.¹⁰⁹ Právě Rubinová se ve svém členění přístupů v arteterapii drží východisek psychoterapeutických škol.¹¹⁰ Také Lhotové je nejbližší pojetí arteterapie jako „*léčení psychologickými prostředky prostřednictvím výtvarné tvorby*“.¹¹¹

V prvních letech dominoval v arteterapii stejně jako v psychiatrii směr psychoanalytický (Naumburgová, Kramerová) a následně se v reakci na

¹⁰⁶ LHOTOVÁ, M. *Proměny výtvarné tvorby v arteterapii*. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2010. s. 26.

¹⁰⁷ RUBINOVÁ, J. A. *Přístupy v arteterapii. Teorie a technika*. Praha : Triton, 2008. s. 21 – 31.

¹⁰⁸ LHOTOVÁ, M. Přístupy, účinné faktory a jejich specifika v arteterapii. *Arteterapie, časopis České arteterapeutické asociace*, 2009, roč. 9 , č. 17. s. 9-18.

¹⁰⁹ LHOTOVÁ, M. *Proměny výtvarné tvorby v arteterapii*. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2010. s. 34 – 39.

¹¹⁰ RUBINOVÁ, J. A. *Přístupy v arteterapii. Teorie a technika*. Praha : Triton, 2008. s. 21 – 31.

¹¹¹ LHOTOVÁ, M. *Proměny výtvarné tvorby v arteterapii*. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2010. s. 35.

psychoanalytický determinismus rozvíjely v arteterapii další hlubinné směry. Arteterapie tedy vychází ze třech hlavních psychoterapeutických proudů – psychodynamického, humanistického a behaviorálního (dle Rubinové pedagogicko-psychologického). Za v současnosti nejvíce populární směry jsou i nadále považovány behaviorální a analytické přístupy. Novými a dnes hojně se rozvíjejícími směry v arteterapii, stejně jako v psychoterapii obecně, je systemický přístup, do nějž spadá rodinná a skupinová arteterapie a integrativní přístup.¹¹²

4.2.2 SPECIFIKA ÚČINNÝCH FAKTORŮ

Výše jsme definovali účinné faktory v psychoterapii, které vedou k požadované změně v prožívání, jednání, tělesných funkcí nebo sociálních vztahů. Lhotová předkládá účinné faktory, jež popisují proces změny v rámci využívání arteterapie. Vliv na dopad výtvarné tvorby v procesu změny má zaměření arteterapie formované určitým typem psychoterapeutické školy.¹¹³

Za základní je znovu považován **psychoterapeutický vztah**, který je v arteterapii udáván vznikem výtvarných artefaktů klienta, s nimiž je terapeuticky pracováno.¹¹⁴

Dalšími zmiňovanými faktory jsou:

- náhled
- korektivní zkušenost
- katarze a abreakce
- relaxace
- učení a výtvarný posun

Dle preferencí vybraného účinného faktoru můžeme popsat 3 současné směry v arteterapii.¹¹⁵

- **Směr preferující abreakci** - chápe arteterapii jako „léčbu uměním“, vychází z rogeriánských postupů, interpretaci zcela odmítá
- **Směr vycházející s analytického a behaviorálního přístupu** – preferováno je z výše uvedeného učení a výtvarný posun, kdy je (na základě empirických

¹¹² RUBINOVÁ, J. A. *Přístupy v arteterapii. Teorie a technika*. Praha : Triton, 2008. s. 21 – 31.

¹¹³ LHOTOVÁ, M. *Proměny výtvarné tvorby v arteterapii*. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2010. s.27 – 33.

¹¹⁴ LHOTOVÁ, M. Přístupy, účinné faktory a jejich specifika v arteterapii. *Arteterapie, časopis České arteterapeutické asociace*, 2009, roč. 9, č. 17. s. 27 – 39.

¹¹⁵ LHOTOVÁ, M. Přístupy, účinné faktory a jejich specifika v arteterapii. *Arteterapie, časopis České arteterapeutické asociace*, 2009, roč. 9, č. 17. s. 27 - 39.

podkladů) dosahováno změny chování prostřednictvím změny ve výtvarném vyjádření, tedy metodickým vedením, vůči interpretaci je směr spíše rezervovaný

- ➔ **Směr akcentující interpretaci a práci s výtvarným artefaktem** – tento směr preferuje práci s náhledem a následnou korektivní zkušeností, kombinuje předchozí směry, vedle interpretace staví na metodickém vedení výtvarného vyjadřování, které je především zpětnou vazbou pro vytváření náhledu.¹¹⁶

4.2.3 ZMĚNA V ARTETERAPII

Vymezení změny v arteterapii je specifické, protože změnu můžeme v arteterapii nahlížet, vedle účinků terapeutických, které jsme se již pokusili postihnout výše, také z hlediska výtvarného. Pro vymezení změny je podstatné vymezení cíle, k jakému se má pomocí procesu dojít.¹¹⁷ Toto vymezení nám v arteterapii mohou poskytnout teorie vývoje myšlení a vývoje dětské kresby a malby, které budeme uvádět níže v souvislosti s postihnutím metody používané v rámci arteterapie v Doléčovacím centru Prevent.

Při definování výtvarné změny musíme zároveň brát v potaz fakt, že „obraz je ve svém manifestním obsahu odrazem vztahu „*mezi racionální a emoční výbavou (vědomého) já k neutralizaci protichůdných tlaků svých tužeb, reality a svědomí*“. Obraz tedy stejně jako sen obsahuje z části odraz reality a zčásti vnitřní pochody včetně nevědomých tendencí jeho tvůrce.¹¹⁸

Obecně můžeme ale výtvarnou změnu sledovat pomocí šesti oblastí:

- kompozice (budování prostoru)
- barevnost
- tvar (se zřetelem na postavy, stromy)
- formát (např. na výšku vs. na šířku)
- obsah¹¹⁹

¹¹⁶ KYZOUR, M. K úvodu do interpretace. *Arteterapie, časopis České arteterapeutické asociace*, 2005, roč. 5, č. 9, s. 5 - 11.

¹¹⁷ LHOTOVÁ, M. Přístupy, účinné faktory a jejich specifika v arteterapii. *Arteterapie, časopis České arteterapeutické asociace*, 2009, roč. 9, č. 17, s. 68 – 74.

¹¹⁸ KYZOUR, M. K úvodu do interpretace. *Arteterapie, časopis České arteterapeutické asociace*, 2005, roč. 5, č. 9, s. 5 - 11.

¹¹⁹ LHOTOVÁ, M. Přístupy, účinné faktory a jejich specifika v arteterapii. *Arteterapie, časopis České arteterapeutické asociace*, 2009, roč. 9, č. 17, s. 68 – 74.

4.3 MOŽNOSTI VYUŽITÍ ARTETERAPIE V LÉČBĚ ZÁVISLOSTI

Využití arteterapie v rámci léčby závislostí má již dlouholetou tradici. Pozitivní vliv je spatřován např. v bourání obran klientů za účelem změny chování, v práci s emocemi (abreakce, katarze) prostřednictvím zpracování artefaktu, podněcování kreativity a ve spirituálním rozměru (hledání smyslu a sebeidentifikace). Procesy v arteterapii a psychoterapii se velmi úzce prolínají, bez arteterapie by celý proces změny trval déle. Přesto je třeba ale zmínit, že dosud neexistuje objektivní forma hodnocení úspěšnosti léčby závislosti prostřednictvím arteterapie. Praktické zkušenosti nesou různorodé výsledky, které jsou neporovnatelné.¹²⁰

Zneužívání drog a závislost na nich vždy souvisí s problematikou psychického vývoje. Signalizuje nevyřešení něčeho, co již mělo být vyřešeno dříve, blokaci v některé části psychiky, následkem čehož se další vývoj deformuje – na základě rožnovských kazuistik vznikla teorie, že k užívání drog člověka disponuje absence či nedokončení piagetovy fáze konkrétních operací (více viz dále). Tím vniká rozpor mezi kognitivní úrovní odpovídající věku a úrovní emočního zrání, které se zastavuje v období konkrétních operací.¹²¹

Arteterapii přitom Zajíčková pokládá za důležitou především v pozdějších fázích léčby, v prvních fázích léčby vyhodnocuje za prospěšnější jiné formy expresivních terapeutických metod. „V procesu doléčování mají expresivní terapie význam v tom smyslu, že pomáhají klientům udržet si kontakt sami se sebou a částečně ritualizují toto období, v jehož rámci si klienti ověřují své vyléčení a to, že v konfrontaci s každodenností dovedou fungovat nově nabytým způsobem.“¹²²

Zajíčková ve své práci dále uvádí 5 základních terapeutických cílů definovaných autory Feen-Calligan, Washington a Moxley, které navazují na multimodální pojetí závislosti a z nichž lze při využití arteterapie v léčbě závislosti vycházet:

- posílení verbální komunikace v oblasti vyjadřování emocí

¹²⁰ KŘIŠŤAN, A. Rozhovor s arteterapeutem Bedřichem Čermákem. Arteterapie. *Arteterapie, časopis České arteterapeutické asociace*, 2006, roč. 6, č. 11. s. 48 – 52.

¹²¹ VYPLAŠILOVÁ, M. Arteterapie zaměřená na fylo a ontogenetický vývoj jedince a její způsob aplikace v léčbě drogově závislých. *Adiktologie. Odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí*, 2003, roč. 3, č. 2. s. 49 – 54.

¹²² ZAJÍČKOVÁ, K. *Využití expresivních terapií v procesu léčby drogových závislostí : diplomová práce*. Brno : Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, 2011. Vedoucí diplomové práce : PhDr. Roman Hytych, Ph.D. s. 77.

- práce s nevědomými obsahy (stimulaci jejich zvědomování)
- pomoc s propojováním klientových myšlenek, pocitů a chování
- posílení klientovy práce na osobních tématech, sebeuvědomění, změně postojů a chování
- pomoc klientům vyhnout se opětovnému užívání návykových látek a místo toho konfrontovat spouštěče závislosti¹²³

V Českém prostředí popsala možnosti arteterapie s drogově závislými například Doležalová, která uvádí, že je arteterapie v léčbě závislostí často považována za doplňkovou metodu bez požadavků na speciální výcvik terapeuta a vazby na další psychoterapeutické intervence. *„Arteterapie u drogově závislých umožňuje snadněji odkrýt nevyzrálé osobnosti s prodlouženým a nedokončeným dospíváním a usnadňuje rozkrýt neurotické, psychotické nebo depresivní obrany a osobnostní rysy, které mohou souviset s individuální náchylností k závislostem.“*¹²⁴

¹²³ ZAJÍČKOVÁ, K. *Využití expresivních terapií v procesu léčby drogových závislostí : diplomová práce.* Brno : Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, 2011. Vedoucí diplomové práce : PhDr. Roman Hytych, Ph.D.s. 40.

¹²⁴ DOLEŽALOVÁ, P. Pojetí arteterapie v terapeutických komunitách. In NEVŠÍMAL, P. et al. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe.* Praha : Krajský úřad Středočeského kraje a Magistrát hlavního města Prahy ve spolupráci s Magdalénou, o.p.s., 2007. s. 122.

II PRAKTICKÁ ČÁST

5 DOLÉČOVACÍ CENTRUM PREVENT

Doléčovací centrum Prevent (dále jen DCP) vzniklo v roce 2006 a funguje jako sociální služba pod Občanským sdružením Prevent, které nabízí široké spektrum služeb pro osoby závislé na návykových látkách a jejich příbuzné (nizkoprahové zařízení pro děti a mládež, terénní program – streetwork, k-centra v několika městech Jihočeského kraje, substituční centrum, drogová poradna, doléčovací centrum).¹²⁵

Služba DCP nabízí chráněné bydlení v kapacitě 11 lůžek (7 míst pro muže a 4 pro ženy, přičemž je připravováno rozšíření dámského patra). Do ambulantního programu může dále docházet až 5 klientů. Délka terapeutického programu je 6-8 měsíců. Program je rozdělen do 4 fází.¹²⁶

Cílovou skupinu tvoří osoby abstinující primárně ze závislosti na nealkoholových drogách, sekundárně pak ze závislosti na alkoholu a gamblingu a jsou nuceni vrátit se do prostředí, které je pro ně z hlediska abstinence ohrožující, ocitají se v nelehké sociální situaci a potřebují podporu při svém návratu a začlenění se do společnosti. Doba nástupu je do 4 dnů po ukončení léčby v psychiatrické léčebně (dále jen PL), terapeutické komunitě (dále jen TK), popř. v jiném zařízení.¹²⁷

Pro přijetí je nutná především potvrzená abstinence min. 3 měsíce a motivace k životu bez drog (posuzuje tým před přijetím).¹²⁸

¹²⁵ *Doléčovací centrum PREVENT – Operační manuál*. Občanské sdružení Prevent : České Budějovice, 2010. Nепublikovaný dokument.

¹²⁶ *Doléčovací centrum Prevent*. [online]. Strakonice : Občanské sdružení Prevent, 2010 [cit. 20. dubna 2012]. Dostupný z WWW: < <http://dc.os-prevent.cz/home> >.

¹²⁷ *Doléčovací centrum Prevent – cílová skupina*. [online]. Strakonice : Občanské sdružení Prevent, 2010 [cit. 20. dubna 2012]. Dostupný z WWW: < <http://dc.os-prevent.cz/cilova-skupina> >.

¹²⁸ *Doléčovací centrum Prevent – cílová skupina*. [online]. Strakonice : Občanské sdružení Prevent, 2010 [cit. 20. dubna 2012]. Dostupný z WWW: < <http://dc.os-prevent.cz/cilova-skupina> >.

5.1 POSLÁNÍ, PRINCIPY A CÍLE DOLÉČOVACÍHO CENTRA PREVENT

5.1.1 POSLÁNÍ

Posláním služby je podpora osob, které přicházejí bezprostředně po ukončení léčby závislosti, v jejich opětovném začlenění do společnosti. Služba je zaměřena na abstinující osoby z České republiky, pro které je návrat do původního prostředí vzhledem k závislosti rizikový.¹²⁹

5.1.2 PRINCIPY

Služba veřejně deklaruje následující principy:

- Bezdrogové prostředí s cílem navázat na pozitivní změny, kterých klient dosáhl během předchozí léčby.
- Mezioborové pojetí – vychází z bio-psycho-socio-spirituálního modelu a zajišťuje spolupráci odborníků (tzv. multidisciplinární tým).
- Respektování hodnoty klienta - braní drog není chápáno jako okolnost, snižující hodnotu člověka. Uživatel služby je zde svobodnou a samostatnou bytostí, která je plně odpovědná za své činy, s dostatečným prostorem pro seberealizaci a možností posílení svých předpokladů k opětovnému začlenění do společnosti.
- Oboustranná důvěra – souvisí především s pořizováním dokumentace o klientovi a její archivaci.
- Individuální přístup - program pružně reaguje na individuální možnosti klienta, jeho potřeby a zaměřuje se na osobní obtíže klienta v souvislosti z užíváním drog.
- Dobrovolnost.
- Odbornost a spolupráce – v zařízení pracují proškolení odborníci, program může zároveň ovlivňovat také sám klient.

¹²⁹ *Doléčovací centrum Prevent – poslání.* [online]. Strakonice : Občanské sdružení Prevent, 2010 [cit. 20. dubna 2012]. Dostupný z WWW: < <http://dc.os-prevent.cz/poslani> >.

- Přístupnost - služba je pro cílovou skupinu přístupná bez ohledu na pohlaví, věk, rasu, politické přesvědčení, náboženství a právní či společenské postavení.¹³⁰

5.1.3 CÍLE

Cílem programu je opětovné začlenění klienta do společnosti po absolvování léčby ze závislostí, získání prostoru k překlenutí období hledání samostatného bydlení a následné dosažení vyšší a vyvážené kvality jeho životního stylu. Měřitelným kritériem výše zmíněného cíle je pak naplnění cílů dílčích:

- Získání a udržení legálního zaměstnání a nebo jako ekvivalent prezenční studium klienta.
- Společensky uspokojivé bydlení (které si klient hradí ze svých příjmů ze zaměstnání).
- Aktivní trávení volného času.
- Samostatnost a zodpovědnost (klient již necítí potřebu využívat sociální služby drogové prevence a aktivně řeší své problémy).
- Abstinence.
- Udržení pozitivních změn (stav klienta je monitorován po dobu 6 měsíců po odchodu ze zařízení po řádném ukončení programu).¹³¹

5.2 FÁZE DOLÉČOVÁNÍ A JEJICH CÍLE

5.2.1 PŘIJETÍ DO PROGRAMU A 0. FÁZE

Smyslem této fáze je seznámení se zařízením, novým prostředím, režimem a celková adaptace. Tato fáze trvá 10 – 21 dní a klient se účastní především individuálních forem programu. V této fázi je nastaven přísnější režim, výjezdy 1x za 14 dní, návrat do bydlení do 22:00 hodin apod. S přiděleným garantem je zpracována anamnéza, individuální plán a rozpis aktivit a setkávání s garantem. Po dokončení podrobného terapeutického kontraktu (individuálního plánu) a zhodnocení stavu klienta, přestupuje

¹³⁰ *Doléčovací centrum Prevent – principy*. [online]. Strakonice : Občanské sdružení Prevent, 2010 [cit. 20. dubna 2012]. Dostupný z WWW: < <http://dc.os-prevent.cz/principy> >.

¹³¹ *Doléčovací centrum Prevent – cíle*. [online]. Strakonice : Občanské sdružení Prevent, 2010 [cit. 20. dubna 2012]. Dostupný z WWW: < <http://dc.os-prevent.cz/cile> >.

klient do 1. fáze, nebo je zhodnoceno, že daný typ programu pro něj není vhodný a klient odchází.

5.2.2 1. FÁZE

První fáze trvá 1,5 – 2 měsíce. Klient se plně účastní všech složek programu, pravidelně se setkává se svým garantem a na počátku první fáze musí mít zajištěné legální zaměstnání (do 5 týdnů od vstupu do programu). V průběhu fáze si klient zvyká na pracovní režim, rutinu, navazuje vztahy v novém sociálním prostředí. Dalšími tématy jsou pak prevence relapsu, navázání kontaktu s rodinou či pokračování v něm, zmapování dluhové problematiky a začátek jejího řešení, nakládání s penězi, případné uložené tresty (OPP, dohled) a trestní stíhání. Řešeny jsou samozřejmě i vlastní témata klienta. Pro přestup do druhé fáze musí klient zpracovat a obhájit tři zadaná témata týkající se aktuálních a problematických oblastí a aktuálního života klienta a dále témata volného času. O přestupu rozhoduje terapeutický tým.¹³²

5.2.3 2. FÁZE

Tématem druhé fáze je trávení volného času a hledání vlastní zájmové aktivity (sport, kultura, pomoc druhým). Fáze trvá 3 – 4 měsíce. Dále je stále pracováno s tématy fáze 1 (finanční situace, prevence relapsu, zvládání pracovních a životních stereotypů, promýšlení samostatného bydlení, splácení dluhů, OPP, vztahy s rodinou, popř. nová vlastní témata klientů). Pokud si klient v této fázi najde adekvátní formu trávení volného času, opadá mu povinnost účasti na arteterapii.

Podmínkou pro přestup do další fáze je stálé zaměstnání na pracovní smlouvu, spolupráce v rámci osobního rozvoje a reintegrace do společnosti, samostatná volnočasová aktivita min. 1x týdně a zpracování zadaných otázek, které reflektují dosaženou změnu v prostředí DCP a plány do budoucnosti.¹³³

¹³² KOREŠ, J. *Průvodce Doléčovacím centrem Prevent* [online]. Občanské sdružení Prevent : České Budějovice, 2010 [cit. 20. dubna 2012]. Dostupný z WWW: < <http://dc.os-prevent.cz/ke-stazeni> >.

¹³³ KOREŠ, J. *Průvodce Doléčovacím centrem Prevent* [online]. Občanské sdružení Prevent : České Budějovice, 2010 [cit. 20. dubna 2012]. Dostupný z WWW: < <http://dc.os-prevent.cz/ke-stazeni> >.

5.2.4 3. FÁZE

Třetí fáze trvá 1 – 1,5 měsíce. Během ní se ověřuje klientova samostatnost. Klient má již minimální kontakt s garantem (1x týdně), kdy je často řešeno nalezení bydlení a zpracování nové změny prostředí. Klient by se měl v průběhu této fáze odstěhovat (do 6 měsíců od nastoupení do programu). Před ukončením kontaktu je doporučena účast v ambulantní následné péči v DCP či jinde.

V průběhu programu může být klient sesazen do nižší fáze. V případě ztráty zaměstnání si jej musí do 14 dnů opět nalézt. Na základě žádosti může být pobyt v zařízení prodloužen.

Neplnění stanoveného programu a povinnost z něho plynoucích může vést k vyloučení z programu. Nejčastěji se tak stává, když klient nenahlásí relaps.¹³⁴

5.3 HLAVNÍ SLOŽKY PROGRAMU

Hlavní složky programu:

➡ Individuální terapie a poradenství

Vytváří bezpečný prostor pro klienta a dává mu možnost řešit krátkodobé i dlouhodobé cíle, které si klient stanoví. Klient má svého garanta, který je mu určen po nástupu do programu.

➡ Krizová intervence

Jde o řešení akutní krize klienta, kdy je klientovi poskytnuto základní terapeutické ošetření s cílem stabilizace a zabránění dalšímu zhoršení stavu.

➡ Informační servis

Poskytování informací o běhu zařízení, doplňkových či návazných službách, základní poradenství apod.

➡ Sociální práce

Sociální práce se týká uplatňování práv, oprávněných zájmů klienta, pomoci při obstarávání osobních záležitostí (registrace na ÚP, dávky hmotné nouze, kontakt s lékařem...) a pomoci při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím.

¹³⁴ KOREŠ, J. *Průvodce Doléčovací centrem Prevent* [online]. Občanské sdružení Prevent : České Budějovice, 2010 [cit. 20. dubna 2012]. Dostupný z WWW: < <http://dc.os-prevent.cz/ke-stazeni> >.

➡ **Rodinné, párové poradenství / terapie**

Je zaměřené na podporu, posílení či obnovení rodinných vazeb a vztahů narušených drogovou kariérou klienta.

➡ **Arteterapie**

Je jednou z povinných aktivit programu, doplňuje a rozšiřuje soubor terapeutických technik a metod práce s klienty.

➡ **Socioterapie**

Je přirozenou součástí komplexního programu následné péče a významným prostředkem zaměřeným na reintegraci klientů vracejících se z léčebného prostředí do běžného života. Je založena na využívání potenciálu mezilidských vztahů, společného sdílení činností a sociálního učení.

➡ **Skupinová terapie**

Je zastoupena především v abstinenční skupině, která se uskutečňuje každý týden. Psychoterapeutické působení na klienta v rámci následné péče není tolik intenzivní jako během léčby a odvíjí se především od aktuálního stavu a potřeb klienta. Ve skupinové terapii jsou využívány následující formy práce:

- **Tematická skupina**

Zaměřuje se na společná témata všech klientů – abstinence, craving, startovací dispozice, změna prostředí, řešení vztahových témat (rodina, partneři), pocitů osamělosti, vykořeněnosti, volného času. Tato forma práce je spojena s prevencí relapsu.

- **Dynamická skupina**

Využívá dynamiky terapeutického působení k nahlédnutí na problém odsunutý do roviny nevědomí, uvědomění si sama sebe a svého chování v určitých situacích, odstraňování stereotypů...

- **Mimořádná skupina**

Je zaměřena na řešení mimořádného problému, svolává ji terapeut, je krátkodobá, zaměřená na daný problém.

- **Hodnotící část práce se skupinou**

Předchází tematické skupině a otvírá možnost pro reflexi úspěchů či neúspěchů, hledání tématu na tematickou skupinu. Tento typ práce pomáhá klientům s poruchami sebehodnocení a sebpřijetí.

- **Autobiografická část práce se skupinou**

Bývá využívána při přijímání nového člena, představování, nebo při loučení při ukončení pobytu, získání zpětné vazby apod.

- **Interakční práce se skupinou**

Zaměřuje se na aktuální vztahové interakce mezi členy skupiny.

➡ **Pracovní terapie**

Je povinnou součástí programu DCP, kdy klient není zaměstnán. Klient je povinen odpracovat 6 hodin týdně prostřednictvím péče o objekt DCP a prostory, které klienti využívají (úklid, bílení, stěhování...) Smyslem je získání a udržení pracovních návyků a motivace k získání legálního zaměstnání.¹³⁵

¹³⁵ KOREŠ, J. *Průvodce Doléčovacím centrem Prevent* [online]. Občanské sdružení Prevent : České Budějovice, 2010 [cit. 20. dubna 2012]. Dostupný z WWW: < <http://dc.os-prevent.cz/ke-stazeni> >.

6 ARTETERAPIE V DOLÉČOVACÍM CENTRU PREVENT

6.1 ZAŘAZENÍ ARTETERAPIE DO ČINNOSTI DCP

Arteterapie je jednou z povinných aktivit programu DCP.

Snahou týmu je provázanost arteterapie s ostatními složkami programu - na týmových poradách jsou sdělovány poznatky z arteterapie, stejně tak jako ze skupinových a individuálních terapií pro domluvu na dalším společném postupu při práci s klientem.

6.2 VÝCHODISKA ARTETERAPIE V DCP

Arteterapie dává klientům možnost se vyjádřit jak na úrovni verbální - vymezováním pojmů, tak na úrovni emočního prožívání - projekcí vnitřních obsahů do artefaktů - výtvarných děl. Východiskem práce je Rožnovská arteterapie, která je zvolena s ohledem na dlouholeté zkušenosti s využíváním dané metody v léčbě závislostí.

6.2.1 ROŽNOVSKÁ ARTETERAPIE

Zakladatelem rožnovské školy a ateliéru byl PhDr. Milan Kyzour, který postavil teoretické základy na praktických zkušenostech z práce s lidmi s duševní poruchou a poruchou chování vyvolanou účinkem psychoaktivních látek.¹³⁶

V teoretických základech dané školy můžeme vysledovat korelaci s psychoanalytickými východisky. Rožnovská arteterapie se tedy hlásí k projektivně-dynamickému proudu¹³⁷, ovšem její součástí jsou také prvky behaviorální vycházející z praxí potvrzeného průzkumu, že prostřednictvím změny výtvarného projevu na

¹³⁶ LHOTOVÁ, M. *Proměny výtvarné tvorby v arteterapii*. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2010. s. 56 - 67.

¹³⁷ LHOTOVÁ, M. *Proměny výtvarné tvorby v arteterapii*. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2010. s. 56 - 67.

základě metodického vedení lze docílit změny v jednání a chování člověka (samotný výtvarný vývoj v rámci předložených artefaktů tedy můžeme považovat za změnu).¹³⁸ Změně v arteterapii jsme se podrobně věnovali již výše, ovšem s ohledem na práci s osobami léčícími se ze závislostí můžeme říci, že kultivací výtvarného projevu podněcujeme jeho sebeúzdavné mechanismy a vedeme ho k znovuprožití chybějící fáze vývoje, což může spolu s dalšími terapeutickými vlivy snížit potřebu drogy.¹³⁹ Další teoretické východisko Rožnovské arteterapie poskytují stádia kognitivního vývoje zformulované Jeanem Piagetem, na jehož základě vznikly teorie vývoje dětské kresby a malby.¹⁴⁰

Rožnovská škola chápe výtvarnou imaginaci za „reprezentaci aktuálně nepřítomných objektů a situací“ a za funkční považuje konkrétní, realistické zobrazování,¹⁴¹ které je pro práci s klienty v DCP velmi důležité i z hlediska jejich „návratu do společnosti, reality z nereálného světa drog a posléze také z běžné reality vyjmuté léčby v PL a TK.

Stěžejním způsobem terapeutické práce je následně analýza a interpretace artefaktů.

➤ ANALÝZA

Analýza artefaktů se zaměřuje na hodnocení produkce s důrazem na sledování změny ve výtvarném projevu podle bodů, které jsme si již výše uvedli (kompozice, barevnost, tvar, formát, obsah). Zároveň je sledován záměr a způsob užití výtvarných prostředků (jak je téma zpracováno). Na základě této analýzy můžeme zároveň usuzovat na míru autorova vnímání reálného světa a míru projekce světa vnitřního. Při analýze je využíváno teoretických východisek týkajících se kognitivního vývoje a fylo a ontogeneze dětské kresby a malby (a popř. míry patologie).¹⁴² Tato východiska si ve zkratce popíšeme dále.

¹³⁸ KYZOUR, M. K úvodu do interpretace. *Arteterapie, časopis České arteterapeutické asociace*, 2005, roč. 5, č. 9, s. 5 - 11.

¹³⁹ VYPLAŠILOVÁ, M. Arteterapie zaměřená na fylo a ontogenetický vývoj jedince a její způsob aplikace v léčbě drogově závislých. *Adiktologie. Odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí*, 2003, roč. 3, č. 2. s. 49 – 54.

¹⁴⁰ LHOTOVÁ, M. *Proměny výtvarné tvorby v arteterapii*. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2010. s. 56 - 67.

¹⁴¹ KYZOUR, M. *Rožnovská interpretační arteterapie – metody práce, ideová východiska* [online]. [cit. 16. dubna 2012]. Dostupný z WWW: < <http://www.arteterapie.wz.cz/arteterapie.html> >.

¹⁴² STIBOROVÁ, J. *Arteterapie – práce se standardní populací : bakalářská práce*. České Budějovice : Jihočeská univerzita, Pedagogická fakulta, 2008. Vedoucí bakalářské práce : PaedDr. Milan Kyzour. s. 37.

➔ INTERPRETACE

Interpretace je stěžejním způsobem práce arteterapeuta, ovšem v programu doléčovacího centra Prevent ji není věnován při práci s klientem velký prostor. Nicméně slouží dále v diskusi týmu terapeutů, kteří se prací s klientem zabývají (v tomto pojetí, tedy z hlediska terapeutických úvah nad artefaktem, jsou zveřejněny kazuistiky jednotlivých klientů níže).

Interpretace pracuje se zobrazenou myšlenkou, tedy obsahem artefaktu podobně, jako Freud pracoval se snem. Základním paradigmatem interpretace je, že obraz odráží vnitřní realitu, dynamiku, konflikty mezi psychickými vrstvami...¹⁴³ a při práci s klientem slouží ke zvědomování nevědomého jevu.¹⁴⁴ Možnostmi a hranicemi interpretace v arteterapii se zabývala také Lhotová. Podle ní, je třeba k interpretaci přistupovat nikoliv jako k poznání či vědění, ale jako k hypotéze na jejímž základě jsou formulovány otázky, vždy zkoumat okolnosti a kontext vzniku artefaktu a dbát v prvé řadě na dialog, tedy rozhovor s klientem. Klient je tedy do interpretační práce aktivně zapojován a stejně může být zapojena také skupina.¹⁴⁵ Zároveň je třeba zdůraznit, že *„interpretace je v těsném vztahu s metodicky řízeným výtvarným procesem, v němž touto výtvarně symbolickou cestou probíhá rehabilitace, resp. rekonstrukce představy a iluze a současně dochází ke změně kvality je provázejících emocí, resp. jejich odblokování.“*¹⁴⁶

*„Interpretace je nabídkou určitého úhlu pohledu s možností konfrontace či paralel s jiným úhlem pohledu.“*¹⁴⁷ Velký důraz je v tomto ohledu kladen na klientovu reflexi a vytvoření náhledu, který umožňuje porozumět symbolickým výrazům. Prostřednictvím náhledu dochází k uvědomování si sebe a okolního světa (vztahů) a také po emoční stránce zpracovávání vnitřních konfliktů, které díky interpretaci a jejímu působení na člověka, ve vnitřní dynamice člověka vznikají.¹⁴⁸

¹⁴³ KYZOUR, M. *Rožnovská interpretační arteterapie – metody práce, ideová východiska* [online]. [cit. 16. dubna 2012]. Dostupný z WWW: < <http://www.arteterapie.wz.cz/arteterapie.html> >.

¹⁴⁴ PEROUT, E. Nepublikovaná skripta.

¹⁴⁵ LHOTOVÁ, M. Interpretace v arteterapii. *Arteterapie, časopis České arteterapeutické asociace*, 2009, roč. 9, č. 20 – 21. s. 4 – 12.

¹⁴⁶ KYZOUR, M. K úvodu do interpretace. *Arteterapie, časopis České arteterapeutické asociace*, 2005, roč. 5, č. 9, s. 5 – 11.

¹⁴⁷ LHOTOVÁ, M. Interpretace v arteterapii. *Arteterapie, časopis České arteterapeutické asociace*, 2009, roč. 9, č. 20 – 21. s. 4 – 12.

¹⁴⁸ KYZOUR, M. *Rožnovská interpretační arteterapie – metody práce, ideová východiska* [online]. [cit. 16. dubna 2012]. Dostupný z WWW: < <http://www.arteterapie.wz.cz/arteterapie.html> >.

6.2.2 VÝVOJ MYŠLENÍ A FYLO A ONTOGENEZE DĚTSKÉ KRESBY A MALBY V KONTEXTU LÉČBY ZÁVISLOSTI

Rožnovská škola stojí na základech propojení emočního a kognitivního vývoje.

Piagetovské fáze kognitivního vývoje:

- Senzomotorické období - 0 – 2 roky
- Předoperační období - 2 – 7 let
- Konkrétní operace - 7 – 12 let
- Formální operace - 12 let a více

Vývoj kresby dle stádií J. Piageta zformuloval Viktor Löwenfeld:

- Čáranice - 2 – 3 roky
- Preschematické období - 3 – 6 let
- Období schématu - 6 – 9 let (vytvoření schématu – symbolu)
- Kresebný realismus - 8 – 12 let
- Pseudonaturalistické období - 11 – 15 let
- Adolescenční výtvarná tvorba ve věku - 14 – 17 let¹⁴⁹

Na základě teorií Jeana Piageta zformuloval PhDr. Milan Kyzour 3 stádia vývoje dětské malby, v němž stanovil krizové jevy:

- Egocentrické (schematické zobrazování objektů plošně, vedle sebe)
- Objektivní (do tohoto období spadá 1 období výtvarné krize – realistické vnímání okolí a snaha o znázornění perspektivy někdy vede do sklápění do půdorysu, dítě se snaží pojmout trojrozměrnost zobrazení, využívá pro zobrazení iluzi reality – dospělý člověk se iluzí zbavuje)
- Reflexivní¹⁵⁰

Jak z výše uvedeného vyplývá, etapy na sebe navazují a jednotlivé teorie je možné používat při práci s artefaktem současně např. s dalšími znalostmi např. z oblasti psychoanalýzy (stádia libidinózního vývoje).

¹⁴⁹ PEROUT, E. Viktor Löwenfeld a jeho pojetí ontogeneze dětské kresby a malby. *Arteterapie, časopis České arteterapeutické asociace*, 2005, roč. 5, č. 9, s. 27 – 32.

¹⁵⁰ KYZOUR, M. O krizových jevech v dětské kresbě a malbě [online]. [cit. 16. dubna 2012]. Dostupný z WWW: <<http://www.arteterapie.wz.cz/3.html>>.

Zdravý vývoj jedince předpokládá absolvování všech vývojových etap. Za patologické je považováno vynechání nebo ustrnutí v některé vývojové etapě. Nejčastěji se pak jedná o problémy v konkrétním období, kdy má vznikat vztah k realitě.¹⁵¹ Za krizové pro výtvarný projev toto období označuje také Kyzour.¹⁵²

U osob závislých se s absencí nebo nedokončením jednoho z vývojových období a neabsolvováním s tím spojených přechodových krizí setkáváme velmi často. Subjektu je vlivem chybného vývoje znemožněna integraci ve smyslu rozvoje ve zdravého vyváženého jedince schopného účelně řešit úkoly každodenního života. Absencí či nedokončením piagetovské fáze konkrétních operací vzniká rozpor mezi kognitivní úrovní, odpovídající chronologickému věku, a úrovní emočního zrání, které se zastavuje v období konkrétních operací. Fixací v předchozím období je schopnost standardní transcendence, která by měla vznikat ve fázi adolescence, snížena, a jako její dočasný prostředek funguje droga. Klient závislý na droze tedy uvízl v procesu vývoje a trpí absencí či nedokončením procesu puberty a adolescence - to znamená, že neabsolvoval, nebo jen částečně, vývojovou fázi konkrétních operací.¹⁵³

6.2.3 VYUŽÍVANÉ TECHNIKY A TÉMATA, KTC

➤ TECHNIKY

• Akvarel

Rožnovská metoda se vyznačuje snahou zbavit člověka kontrolních mechanismů, kterých využívá pokud výtvarně pracuje s tužkou, tuží, pastelem, temperou apod. Akvarel naproti tomu dává možnost zbavení se sebekontrolních mechanismů a vytvářejí se tzv. „náhody“. Akvarel je proto stěžejní technikou, která je využívána. Někdy kombinuje i další techniky (voskové barvy, tuš...).

• Koláž

Techniku koláže můžeme vnímat jako doplňkovou, ale velmi cennou při práci s výtvarnou produkcí.

¹⁵¹ LHOTOVÁ, M. *Proměny výtvarné tvorby v arteterapii*. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2010. s. 75 – 88.

¹⁵² KYZOUR, M. O krizových jevech v dětské kresbě a malbě [online]. [cit. 16. dubna 2012]. Dostupný z WWW: <<http://www.arteterapie.wz.cz/3.html>>.

¹⁵³ VYPLAŠILOVÁ, M. Arteterapie zaměřená na fylo a ontogenetický vývoj jedince a její způsob aplikace v léčbě drogově závislých. *Adiktologie. Odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislosti*, 2003, roč. 3, č. 2. s. 49 – 54.

Jako doplňkové jsou voleny i další techniky, například uhlová rezerva, akční akvarel, vosková rezerva apod. kterým ale není třeba se podrobněji věnovat. V rámci DCP je podstatným cílem „návrat člověka do reality všedního dne“, běžná a oblíbená je také kresba a malba v plenéru (studie stromu...). Dalšími způsoby práce jsou skupinové techniky, které se zaměřují na budování skupinových vazeb (např. skupinová koláž na téma volný čas apod.).

• TÉMATA

Témata, která jsou zadávána, jsou již historicky spjata s Rožnovskou školou a vycházejí především z emoční stránky člověka (pohádky, mýty). Dále jsou ale témata volena také s ohledem na aktuální situaci a dění ve světě, koloběh roku / života apod. Někdy jsou témata volena samotnými klienty.

- Stálá témata: Perníková chaloupka, Červená karkulka, Šípková Růženka, Medúza, Já, partner a jeden z rodičů, Mořská panna, Matka a dítě, Adam a Eva. Pro koláže pak Rodinná, Adam a Eva, Studená, Šípková Růženka, Můj současný život, Moje (skvělá) budoucnost
- Příklady dalších témat: Podzim – pouštění draků, Březen za kamna vlezem, Havel do zelí zajel, Vánoce, Zima, Kvetoucí stromy, ...

• KTC (kvinterncolor)

Test vychází opět z metodiky Rožnovské arteterapie a vyvinul ho PhDr. Milan Kyzour. Jedná se o nezveřejněnou metodu práce a není validizovaný, přesto je jako interpretační metoda v rámci této školy uznávaný a tedy používán i práci s klienty v DCP. KTC zde uvádíme především proto, že rozbor jednotlivých testů je součástí kazuistik a interpretací výtvarných artefaktů (na počátku každého arteterapeutického sezení dělají klienti KTC).¹⁵⁴

Zadání: na formát papíru A5 na výšku nebo na šířku vytvořit pastelkami s větší škálou barev pět puntíků velikosti cca desetikoruny a rozmístit je jako na kostce číslo 5. Ke každému puntíku je třeba vždy dopsat číslo podle pořadí, v jakém byly vytvořeny. Bílá barva se zobrazuje obrysem kruhu jakékoliv jiné barvy.

Test odráží aktuální stav klienta, ale především vztahy v primární rodině, které vedly k chybným vzorcům chování a konfliktům (vnitřním i vnějším).

¹⁵⁴ ŠICKOVÁ – FABRICI, J. *Základy arteterapie*. Praha : Portál, 2008. s. 122.

6.3 STRUKTURA ARTETERAPIE V DCP

V DCP je arteterapie realizovaná ve skupině, 1x za týden, v pravidelných intervalech, vždy ve stejný den a čas s ohledem na pracovní dobu uživatelů tak, aby se ho mohl zúčastnit co největší počet klientů (večerní hodiny). DCP nabízí arteterapii jak uživatelům v pobytovém programu, tak ambulantním uživatelům služby a to zejména v prvních fázích programu. Je povinnou aktivitou od nástupu klienta do DCP a ve druhé fázi supluje volnočasové aktivity (jako jejich alternativa je povinná). V dalších fázích programu, kdy již uživatelé nacházejí své uplatnění v jiných, v sobě blízkých a zvolených si zájmech, arteterapii navštěvovat mohou, ale již nemusí. Využívat arteterapie ve zvoleném rozsahu mají možnost i klienti v rámci ambulantních programů.¹⁵⁵

Struktura dvouhodinového bloku je vždy upravena dle složení účastníků (kolik uživatelů služby je přítomno, kolik je nových, jaká je věková struktura, kolik žen je ve skupině, jaké je ladění skupiny aj..) – téma je vždy přizpůsobováno aktuální situaci. Témata jsou volena v souladu s naplněním cílů DCP, kdy jde především o posílení komunikace, sebedůvěry, zdravého sebeprosazení, tvořivosti a odvahy k řešení svých záležitostí mezi lidmi nejprve ve svém výtvarném projevu.¹⁵⁶

Setkání mívají obvykle **tři části**:

- ➡ **Úvodní sezení** - prostor na seznámení se s do skupiny nově příchozími, zjištění aktuálního naladění skupiny, sdílení se, relaxaci, vyjádření očekávání, zvolení tématu, vyjadřování se k tématu, prostor pro informace o struktuře bloku, pravidlech, pauzách, zvolení služby apod.
- ➡ **Výtvarná část** – společným základem je tvůrčí činnost s výtvarnými materiály. V možnostech DCP se vesměs jedná o dvojrozměrné práce za použití různých výtvarných prostředků a technik zejména s ohledem na metodu Rožnovské arteterapie (vodové barvy). Všechno potřebné pro tvorbu (barvy, čtvrtky, kelímky, nůžky, lepidla, štětce..) je volně přístupné každému z klientů.

¹⁵⁵ KOREŠ, J. *Průvodce Doléčovací centrem Prevent* [online]. Občanské sdružení Prevent : České Budějovice, 2010 [cit. 20. dubna 2012]. Dostupný z WWW: < <http://dc.os-prevent.cz/ke-stazeni> >.

¹⁵⁶ *Doléčovací centrum PREVENT – Operační manuál*. Občanské sdružení Prevent : České Budějovice, 2010. Nepublikovaný dokument.

- **Analytická a interpretační část** – v závěru je prostor a čas individuálně věnován zúčastněným a jejich vyjádřením a potřebám, vzniklé artefakty jsou výtvarně analyzovány a je využíváno také skupinové dynamiky. Klienti si mohou říci o interpretaci (na základě domluvy v úvodu sezení). Je pravidlem, že každému klientovi je v rámci arteterapie umožněno mít svou závěrečnou interpretaci. Ta se koná s koncem druhé fáze, kdy klient již našel jinou, pro něj vhodnou aktivitu, a arteterapii opouští, nebo opouští program DCP s chráněným bydlením a odchází do samostatného bydlení. Interpretace probíhá téměř vždy skupinově a využívá i skupinové analýzy. Skupinová práce také poskytuje vhodné zázemí pro sociální učení a lidé s podobnými potřebami si mohou poskytnout vzájemnou podporu a pomáhat si s řešením problémů.¹⁵⁷

6.4 KONKRÉTNÍ PŘÍKLADY PRÁCE - KAZUISTIKY

Rádi bychom na tomto místě zdůraznili, že ambicí předkládané práce není výzkum či srovnávací studie, nýbrž uvedení příkladů z arteterapeutické praxe v Doléčovacím centru Prevent. V této kapitole se tedy pokusíme uvést kazuistiky a rozbor výtvarných děl klientů za použití metod rožnovské arteterapie.

Každá z kazuistik bude obsahovat představení klienta prostřednictvím anamnézy a průběhu doléčovacího programu a dále se s odkazem na obrazovou přílohu pokusíme o analýzu jeho výtvarného projevu a možné interpretace jednotlivých artefaktů. Vycházíme přitom z faktu, že *„při interpretování nelze pracovat s nějakým apriorním modelem výkladových kategorií, závazností symbolů a šablonou či příručkou, podle které by bylo možné z výtvarné tvorby jednoznačně a spolehlivě vložit povahu či skryté motivy autora.“*¹⁵⁸ Uvedené interpretace vznikly pouze pro potřeby této práce bez předchozí interpretační a dialogické práce s klientem. S klientem je sice v rámci arteterapie interpretačně pracováno, ale jedná se o malý zlomek uvedeného obsahu. Předkládané kazuistiky směřují spíše k uchopení krajností, které můžeme z jednotlivých artefaktů vyčíst a pojmenovat na základě znalostí získaných studiem Rožnovské metody.

¹⁵⁷ Doléčovací centrum PREVENT – Operační manuál. Občanské sdružení Prevent : České Budějovice, 2010. Nepublikovaný dokument.

¹⁵⁸ LHOTOVÁ, M. Interpretace v arteterapii. *Arteterapie, časopis České arteterapeutické asociace*, 2009, roč. 9, č. 20 – 21. s. 4 – 12.

Kapitola následující bude obsahovat definici specifík arteterapeutické práce v daném druhu zařízení a to včetně uvedení specifík výtvarného projevu osob závislých na návykových látkách.

6.4.1 CHARAKTERISTIKA REPREZENTATIVNÍHO VZORKU KAZUISTIK

Artefakty pro bakalářskou práci byly vybírány jako průřez tvorby daného klienta během jeho pobytu v DCP.

Reprezentovaný vzorek kazuistik byl vybrán s ohledem na dosažené změny ve výtvarném projevu a dále také s ohledem na absolvování programu a specifčnost problematiky. Vzorek představuje tvorbu 2 žen a 2 mužů ve věkovém rozmezí 29 – 36 let.

Jako první je uvedena kazuistika klientky, která docházela na arteterapii pravidelně 4 měsíce. Jako další je uvedena kazuistika klienta, který absolvoval již dva pobyty v DCP. Dále jsou uvedeny kazuistiky partnerů, kteří se v DCP potkali po léčbě. Zároveň zmíněné čtyři kazuistiky zahrnují klienty, kteří se léčili ze závislosti primárně na nealkoholových drogách, zejména pervitinu.

6.4.2 KLIENTKA A

➔ Anamnestické údaje

Klientce je v době pobytu v DCP 32 let. Nastoupila po první léčbě v PL, kterou řádně ukončila. Klientka vyrůstala v průměrné rodině, rodiče jsou stále spolu, otec (62 let) je vzduchotechnik, matka (58 let) kuchařka, bratr (35 let) pracuje v Národním parku. Klientka má již 3 děti, syn (6 let) je u rodičů klientky (krátce s ní pobýval na DCP), další dvě děti jsou v adopci a nechce o nich mluvit. Každé dítě má s jiným partnerem. V současné době má vztah s mužem, se kterým se poznala během léčby, ale považuje ho spíše za kamarádský. Klientka má SOU v oboru kuchař – číšník, maturitu nedodělala. Drogová kariéra začala až po škole.

Střídala zaměstnání (všude max. 1 rok), hlavně jako servírka. Naposledy pracovala v roce 2006. Během své drogové kariéry si udělala hodně dluhů - cca 500 000 Kč, (půjčka na auto, telefon, vzp, homecredit, MHD...). Byla 1 rok ve výkonu trestu odnětí

svobody, má 3 roky podmínku, 300 hodin nařízených obecně prospěšných prací a soudní zákaz pohybu na území Prahy.

Klientka má různé zdravotní problémy (zažívací problémy, problémy s příjmem potravy – zvrací, ale údajně to dle klientky není bulimie), prodělala operaci šlach (úraz pod vlivem drog). Užívá léky na brániční kýlu, jinak bez medikace. Jednou upadla do bezvědomí a probrala se sama.

Od 17 let užívala pervitin (13 let), nejprve týdně, později denně. Další zkušenosti má s THC, extází – nepravidelně. Spontánně abstinovala kvůli práci ¾ roku.

Oblasti, které chtěla v DCP řešit, bylo utíkání před problémy, rodina, obrany před lidmi, práce s emocemi.

➡ Průběh pobytu v DCP

V DCP dlouhou dobu nemohla nalézt práci, po měsíci si našla brigádu, kde jí nakonec dali pracovní smlouvu, ale později musela hledat práci jinou kvůli omezování výroby. Měla chuť, potkávala starého dealera, což ji ohrožovalo. Pomohl jí právě přítel, který v tu dobu také na DCP nastoupil. Velké problémy měla v komunikaci, na skupině se necítila dobře. Verbálně se téměř neprojevovala, problémy nechtěla řešit, ohledně dluhů chtěla požádat o osobní bankrot. Během pobytu vystřídala více zaměstnání, nakonec zůstala v jednom stálém. Zpracovala si finanční plán – resp. věřitele, očekávala exekuce. Navázala kontakt se synem a matkou, za synem docházela do nemocnice, kde byl po úrazu. Matka ji podporovala. O otci po dobu pobytu nechtěla mluvit. Partner ji představil rodičům, přijali ji, vědí o její minulosti, nemusela se přetvařovat. Pobyt v DCP zakončila druhou fází, odstěhovala se s partnerem do pronajatého bytu a do DCP docházela ještě dva měsíce ambulantně. Arteterapii během programu navštěvovala cca 4 měsíce.

ARTETERAPIE

➡ Analýza výtvarného projevu

Snaží se znázornit skutečnost (pokud ji má před sebou, tak se jí daří - kresba v plenéru). Velký problém má s postavou - figury jsou loutkovité, jako by neměly kosti, ale byly vycpané. Postavy nemají ramena, zvláště se vlní.

Kompozičně jsou obrázky prázdné. Řadí - vyjmenovává objekty vedle sebe. Nepřekrývá. Často je staví na základní linku. Pokud je výtvarně vedena, snaží se vyhovět.

V obrázcích můžeme vysledovat zastavený čas. V průběhu práce byla vedena k malování do mokrého podkladu, ale i tak nakonec obrázků utáhla.

Pracuje dobře s barevnou plochou. Barevně nevyužívá celou škálu odstínů. Preferuje zelenou barvu (bývá běžná u lidí léčících se ze závislosti na nealkoholových drogách), barvy nerada míchá. Úplně chybí žlutá a černá, červená je spíše v růžové kvalitě. Snaha o stínování se objevuje později.

Tendence stavět vše na spodní linku odpovídá nedokončenosti konkrétního období. Postavy jsou bez kontaktu. Prostor dokáže budovat metodickým vedením. V posledních obrázcích můžeme vidět snahu o prostor, plány, vzdušnou perspektivu. Z počátku měla všechny obrázky na šířku, později dva za sebou na výšku. Úhlopříčky spíše chybí, snaha o ní je na obrázku Červená Karkulka (obr. č. 1).

Klientce komunikace prostřednictvím arteterapie vyhovovala, neverbálně se vyjadřovala raději než verbálně (v interpretacích byla méně komunikativní, nechávala se ovlivnit názory skupiny).

➡ Interpretace – průřez tvorbou

Obr. 1

Téma: Perníková chaloupka

Děj obrázku se odehrává na spodní lince, dále se objevují barevné pásy – hnědá cesta, zelená louka a modré nebe. Postavy jsou disproporční, vypadají starší než by měly být. Na horizontu se objevují 4 vyjmenované stromy – ženský princip. Perníková chaloupka v levém rohu zazdívá místo protějšku. Zde můžeme usuzovat, že problém vznikl před nástupem školní docházky, zobrazení odpovídá egocentrickému (resp. fenomenistickému) období – vyjmenovávání jednotlivin vedle sebe na spodní linku. V obrázku jsou částečně použity komplementární barvy, nicméně barevnost odpovídá emoční nezralosti a má úzkostný potenciál. Jeníček co do barevnosti a velikosti může odkazovat na otce (nebo bratra?), který si A. vede „do chaloupky“ (oidipovský, resp. elektrin komplex/incest – což může potvrdit též červená trojúhelníková střecha chaloupky).

KTC

Můžeme usuzovat, že se A. pohybuje se v rovině přání (i v dalších KTC se objevuje číslování začínající nahoře – režírované). KTC jsou nakreslená více vlevo, proto můžeme usuzovat na problémy se sebeidentifikací (objevuje se i v dalších KTC). Modrá uprostřed může odkazovat na dobrou vůli k řešení problémů (ochota vyhovět). V kombinaci zelená – modrá – růžová (identifikační místo - symptom) může odkazovat na dvojí věk (mateřská role vs. nevyzrálá osobnost), oranžová se zelenou nahoře odkazují na „dětské hřiště“ ve vztahu k protějšku. V rovině jednání se objevuje patologie ve vztazích (červená – růžová), problémy s autoritou s odkazem na absenci otce či otcovské autority (absence hnědé barvy), což může ukazovat na problémy s otcovskou autoritou.

Obr. 2

Téma: Červená karkulka

Opět se objevuje vyjmenovávání prvků (platí tedy výše zmíněné) a sklon k pásům (zelená, hnědá, zelená, modrá). Snaží se pracovat s barvou a kontrastem. Stromy se snažila udělat víc realisticky než doposud, čemuž možná pomohlo malování venku. Je zde sice snaha na základě metodického doporučení o úhlopříčku, ovšem okolí je opět dotvořeno v pásech. A. bych se ptala na problém s otcem – autoritou (vlk je na obrázku malý, černý, jako pejsek). Na obrázku jsou 4 stejné jehličnaté stromy a jeden strom listnatý uprostřed obrázku. 4 odkazuje na ženský princip, ale vzhled a světlezelená barevnost stromu odkazují na falickou stránku. Na identifikačním místě je prázdný zelený kus se zvláštním štráfováním štětcem. Můžeme usuzovat na problém se sebeidentifikací.

KTC

V KTC se opět objevuje stejné číslování. Celkově jsou puntíky posunuté nahoru do roviny přání a to včetně podpisu. Uprostřed je opět modrá barva odkazující na dobrou vůli. Vyčíst můžeme znovu také barevnou absenci otce (na otcovské úhlopříčce můžeme dále nalézt citovou deprivaci – zelená-černá-modrá). U protějšku se objevuje ambivalentní barevnost (zelená v rovině provozní a fialová v rovině přání), může odkazovat na matku. U klientky vyvolává vztah s protějškem agresivitu až patologii (kombinace červené a černé na pravé straně).

Obr. 3**Téma: Rodinná koláž**

Koláž je opět vyjmenovávání jednotlivin téměř bez kontaktu, podbarvené symptomatickou barevností. Na identifikačním místě klientky je otec, který je také na koláži největší. Msto protějšku je neobsazené. A. sebe znázornila, jako dívku, co se dívá na jinou. Podle ní je to bratrova manželka. Je na koláži jako krásná, úspěšná žena, která ví, co chce. Na její švagrové se jí líbí, její sebevědomí Partnera na koláži znázornila jako herce, který se mračí a dívá se na A. ze shora. To komentovala tak, že se na ni někdy díval svrchu, jako by byl něco lepšího než ona, ale to už teď neplatí. Stejně tak komentovala jeho výraz, který už dnes prý nemá, mračil se podobně, jako postava na koláži. Z toho co říkala, vyplynulo, že si není jistá, jestli se o sebe dokážou opřít, nebo spíš, jestli by se o ni opřel partner, kdyby to bylo nutné. Na koláži stejně jako v obrázcích se opět ukazuje ženský problém a také odkazy na sexualitu, reps. manipulaci ze strany mužů (dortíčky, autíčka v levé straně koláže). Patrný z koláže je také izolacionismus (ostré hrany, rámečky, rozbitost, nefungování v adaptační rovině...).

KTC

Z KTC opět můžeme vyčíst již dříve napsané (nemění postup tvorby KTC včetně podpisu, barevná absence otce). Využívá méně prostoru, než by mohla. Hodně uzavřená, introvertní, ale bohatě emočně nabitá. Asi i uniká do představ, než aby se do řešení pustila reálně (modrá v rovině představ – nahoře). Čeká na reakci protějšku, než se do něčeho pustí (dle číslování). Opět se také objevuje symptomatická / infantilní barevnost na identifikačním místě vpravo dole. V rovině problému – uprostřed – se objevuje tmavě modrá, problém tedy absentuje či emočně ochabuje, odsouvá jeho řešení. Protějšek má v provozní rovině vlevo dole navíc červenou nebo oranžovou (?) barvu, může jít o bratra. Z barevnosti růžová – modrá = fialová můžeme opět vyčíst ambivalentní vztah s matkou / nebo popř. identifikaci s mateřskou rolí.

Obr. 4**Téma: Májový deštík**

V obrázku se poprvé objevuje snaha o vzdušnou perspektivu, resp. dýchatelné nebe (prvky ustupující do pozadí a měnící tím barvu obsaženy nejsou). Pásky jsou rozbité kopečky, horizont je hodně snížený. Barevnost zůstává téměř nezměněná, je to snad jediný obrázek, v němž je použita žlutá barva – pruhy deštníku. Žena na obrázku vypadá

jako panenka s deštníčkem, která bývá na domácím teploměru- když je hezky vyjde panáček, když škaredě panenka s deštníčkem. A. umí použít stromy, které dělala venku. Barevnost panáčka, který je jakoby v pohybu, nakročen k panence a je z profilu, je zelenomodrá, tedy odpovídající deprivaci, či tenzi, navíc s ambivalentním potenciálem (zelená vypadá, že je smíchána s bílou). Asi bych uvažovala nad nízkým sebevědomým ve vztahu – v partnerství. Můžeme také uvažovat o „ženském“ problému (zvláštní růžová sukně).

KTC

Na KTC se objevuje stejná zelenožlutá barva jako v obrázku, navíc v rovině problému, mohla by být odkazem k somatickým potížím, možná i problému, který jsme zmínili výše. Pro A. KTC je nestandardní, zároveň celé zpracování je oproti předchozím KTC nestandardní (jsou více „šišaté“) Barevnost na straně protějšku (vlevo) světle hnědá – žlutá / sýrová, může odkazovat k mladší mužské autoritě, extrovertované, popř. která ji zúzkostňuje, či emočně ochabuje (dvě modré na straně „já“ vpravo).

Obr. 5

Téma: Šípková Růženka

V obrázku dokázala použít komplementární barvy, což obrázek pěkně vyvažuje a zároveň se objevuje vzdušná perspektiva. Obrázek lze ale rozpůlit napůl. Opakuje se zde problém se sebevědomím. Prostor, který by měla nechat protějšku opět „zazdila“, i když hrad je jen kulisa, která nestojí pevně. Prince, kterého si na obrázek namalovala, není ani moc vidět a je zženštlý (ambivalentní fialová barevnost). Princeznu na obrázek ani dávat nechtěla, ale nakonec ji tam domalovala. Postojem spíš připomíná Bílou paní stojící na hradbách a je zhypnotizovaná. Na hradě je zvláštní jeho věž, resp. střecha se dvěma trojúhelníky, jeden červený a uvnitř něho další hnědý. Brána do hradu má také hnědou barvu, což může odkazovat na oidipovský komplex. Barevnost druhé, pravé, poloviny obrázku s princem je také zvláštní, objevuje se žlutozelená, která tvoří spodní linku obrázku a dále v pozadí jsou na ní vystavěné stromy. Stejná barva se objevila také v minulých KTC – viz výše. Ambivalentní princ (žena?) s vytaseným mečem a velkým pérem na klobouku je navíc orámovaný, zasazený do zeleného prostředí. Pravá polovina proto působí skoro deprimujícím dojem, jako by autorka vyjadřovala svou mateřskou a zároveň falickou podobu. Z toho pak můžeme usuzovat na problémy se sebepřijetím – „já jako žena“, „já jako matka“. V pravém dolním rohu na identifikačním prázdném místě je pouze klientčin podpis.

KTC

Barevně se v KTC vyskytuje nejvíce infantilní a ambivalentní barevnosti, můžeme je považovat za regresivní a krizové. U protějšku je navíc v rovině přání (vlevo nahoře) „prasečí“ symptomatická růžová. Na katolické /mateřské úhlopříčce (zprava dole do leva nahoře) můžeme tedy uvažovat nad problémem s ambivalentní matkou a zároveň vzhledem k růžovo-fialové vpravo dole usuzovat nad identifikací s rolí matky. Opět absentuje otec.

Obr. 6

Téma: Déšť

Při tvorbě obrázku vycházela A. ze zážitku z víkendové vody. Výtvarně - konečně zvýšila horizont. Pořád má v obrázku dost prázdno. Do postav obsadila sebe a partnera. Partner je opět ambivalentní (jako princ na obrázku Šípková Růženka). Jeho vyobrazení je jako na WC. Obrázku dominuje velký červený stan, pod kterým je rybníček. Do něho A. něco nese. Symbolika nás může opět odkazovat na ženskou problematiku a potrat. Na pravém, identifikačním místě, se objevuje také ohraničení (ohniště). Stan (trojúhelník) může zároveň opět odkazovat na sourozeneckou problematiku (incest).

KTC

Oproti předchozím KTC je v nich vývoj, odráží se i ve změně číslování a také v barevnosti. Klientka se stále pohybuje v rovině přání. KTC jsou nakreslená více vlevo, proto můžeme usuzovat stále na problémy se sebeidentifikací. Problém (uprostřed) je obsazen tmavě modrou, navíc číslem čtyři. Problém (uprostřed) odsouvá, schovává, nechce ho řešit. Na straně „já“ (vpravo) se objevuje světle zelená a černá, z čehož můžeme usuzovat na odžívání puberty v partnerském vztahu, nezralost, vzdor (dle číslování v reakci na partnera). Ze světle zelené v rovině přání můžeme zároveň usuzovat na „lhaní“ si sobě (něco si nalhává, může souviset s odsunutým problémem). Na straně partnera se objevuje červená a žlutá, partnera tedy můžeme popsat jako extroverta, vitálního, emočně nezralého. Vztah umožňuje A. prožít si neprožitou pubertu.

6.4.3 KLIENT J.

➤ Anamnestické údaje

Klientovi je 36 let a v DCP byl již dvakrát (po relapsu absolvoval opět léčbu a znovu program DCP). Do léčby přichází z PL, předtím měl již ale celkem 5 neúspěšných léčeb, pobýval také v TK a v jiném DC. Před léčbou nikdy nebydlel sám, bydlel u rodičů v panáku, rodiče jsou stále spolu. Klient má sestru, se kterou se nestýká. Matka pracuje jako účetní (54 let), otec jako řezník (55 let). Klient fetoval doma v pokoji. Dobrý vztah má s matkou (pomáhá mu). S otcem je vztah problematický - alkoholik, léčil se, byl i v TK, kde ho klient navštěvoval (léčba 2x). Babička z otcovy strany měla údajně psychické problémy.

Klient má pouze základní vzdělání, učiliště nedokončil (technik). Zaměstnán byl vždy krátkodobě, naposledy 2008. Dluhy cca 50tis. (ale matce dluží cca 200 tis.).

Klient měl problémy se zákonem. První podmínku dostal v 15 letech, v 17 letech byl 8 měsíců ve výkonu trestu, pak ve vězení znovu v 19 letech a ve 20 letech VT (celkem 1,5 roku), měl nařízené OPP. V současnosti čistý TR.

Měl dlouhodobý heterosexuální vztah (8 let), nyní bez partnerky, dlouhodobě. Sex ovšem zažil před léčbou pouze na drogách (na DCP měl několik krátkodobých vztahů).

Primární drogou klienta byl pervitin, a dále se léčil také ze závislosti na hracích automatech. Pervitin užíval od 18 let, dále má zkušenosti s THC a alkoholem.

Co se týká zdravotního stavu, zažíval toxické psychózy po aplikaci drogy. Často se sebepoškozoval – pořezání. Měl psychotické myšlenky před první léčbou, ve 14 letech suicidální pokus, dostal se z toho bez hospitalizace.

➤ Průběh pobytu v DCP

Během pobytu v DCP řešil J. hodně práci a své sebevědomí (měl pouze ZŠ a v podstatě byl bez praxe v jakémkoliv oboru). Zároveň měl strach z kontaktů s lidmi, lidem nedůvěřoval. Postupem času si práci našel a sebevědomí mu trochu stoupl. Začínal splácet dluhy a hledat volnočasovou aktivitu, i když nevěděl s kým by chodil (uvažoval o fitness). Následkem pracovního úrazu byl ale nějaký čas v pracovní neschopnosti, což ho opět „srazilo“, měl otázky po smyslu toho snažení a deziluze (vzpomínal na léčbu v PL, na to že mu stačilo „být čistý“). V této době se objevil první relaps na alkoholu a automatech, kdy prohrál větší částku peněz. Po návratu do práce se situace stabilizovala. Klient po přestupu do třetí fáze opustil chráněné bydlení a spolu

s dalšími klienty si pronajal byt. Následně zůstal v ambulantním kontaktu ještě další 3 měsíce, během kterých měl několik relapsů, přiznal i ke shánění dealera, od čehož ale upustil. Ke konci ambulantní léčby zrelapsoval a nastoupil opět léčbu PL. Po ní se znovu vrátil do DCP. Dostal nového garanta a situace se v podstatě opakovala. Znovu se s ním pracovalo na zvýšení sebevědomí a najít si zaměstnání a dále na vztazích s okolím. J. kontaktoval matku, aby jí ukázal, že už je na půl cesty k normálnímu životu – předtím ho navštěvovala jen ve vězení. Začal také matce splácet dluhy. Měl opět problémy s výběrem volnočasové aktivity. Navázal vztah s jinou klientkou na DCP, ale podle jeho slov nebyl vážný. Po přestupu do 3 fáze opět opustil chráněné bydlení a šel bydlet k bývalým klientům, se kterými si nejvíce rozuměl – viz výše. Následně docházel ambulantně, ale opět se u něj objevovali relapsy na alkoholu.

ARTETERAPIE

➡ Analýza výtvarného projevu

Pokud bychom se v analýze zabývaly prvním pobytem v DCP, můžeme u třech prezentovaných obrázků spatřit jasný vývoj – od tuhé (tužka) vyjadřování k uvolněnějšímu, který více vyhovuje Rožnovské metodě. Zároveň je znatelný posun v práci s prostorem, i když je znázorněn v pásech, úhlopříčka se nevyskytuje. Bohužel postava se kromě obrázku Matka a dítě (obr. č. 7) na klientových obrázcích nevyskytuje, nebo se jedná o karikaturu (nezveřejněná produkce). Klientova produkce je zároveň utáhla – kontrolovaná.

Při druhém pobytu můžeme v produkci spatřovat změnu. Klient již zobrazuje postavy. Navíc je vidět, že je výtvarně poučen. Prostor je vystavěn dle požadavků (snaha o tři plány), čas je ovšem opět zastavený, protože klient používá tuš, nebo si prostor přísně rozvrhuje a následně dokresluje. Velká změna je pak v posledním obrázku, který je rozvolněný a je v něm úhlopříčka a pohyb.

Standardně se v produkci objevuje neobsazené identifikační místo (pravý dolní roh). Barevně se klient snaží používat celou barevnou paletu, dokonce i komplementární barvy, ale převládá zelená barva.

➡ Interpretace – průřez tvorbou

- **První pobyt**

Pozn.: Z prvního pobytu nemáme k dispozici KTC.

Obr. 7

Téma: Matka a dítě

J. nakreslil bezkontextovou (prvoplánovou) nahou madonu atletické postavy s „dítětem“ (spíše larvou) v povijanu. Snaží se vejít s odkrytým ohanbím, proto je obrázek disproporční. Obrázek kreslí nejprve tužkou, na pokyn uhlem. Madona působí spíše jako muž, v rukou pak může držet svůj penis. Klient nemá vyhraněné pohlaví – problém se sebeidentifikací. Výrazné oči (vybarvené do zeleného odstínu) mohou odkazovat na seriálový zážitek, ale zároveň mají ambivalentní manipulativní potenciál (uhrančivé, zelené). Moment obnažení se může jevit jako metafora hledání sebe sama, očisty po detoxifikaci.

Obr. 8

Téma: Já za dva roky

Obrázek zcela prázdný s dominantním stromem uprostřed. Na pokyn klient dokreslil panáčky (souložící) u stromu. Na pravé, identifikační straně, se objevuje křoví – zvláštní útvar tvořený neuroticky vyjmenovanými lístky (snaha o skrytí sebe sama?). K dominantnímu použití zelené barvy se neobjevuje barva komplementární.

Obr. 9

Téma: Smejvák

Po smytí vytvořil dům na barevném (symptomatickém) pozadí, který hoří. Jako rytmizující prvky namaloval 4 stejné stromy v popředí domu a studni s pumpou (možnost ochlazení). Může odkazovat k vypořádání se s minulostí. Výtvarně možná nejzdařilejší obrázek během prvního pobytu.

➡ Druhý pobyt

Obr. 10

Téma: Červená karkulka

Nejedná se o uvolněný projev vodovkou, ale o utáhlou tuš. Pojetí je nestandardní – Karkulka jako prostitutka, v pozadí za ní vyčnívají paneláky – J. rád provokuje,

porušuje pravidla. Vlk se krčí ve škarpe, vypadá jako přejetý nějakým kolem - disfunkční, je umístěn na pravém, identifikačním, místě. Díky panelákům vypadá celý prostor stlačený a orámovaný. Postava Karkulky – prostitutky je disproporční, Karkulka má velkou hlavu a navíc červené vlasy (přesexualizovaná, nebo obsazená agresí). Vlk zbavený funkce si s ní neví rady. Obrázek tedy odkazuje na klientův problematický vztah k ženám.

KTC

Puntíky jsou malé, odkazují k nízkému sebevědomí, úzkosti (až schizoidní). Na identifikačním místě se objevuje manipulativní bílá orámovaná černou (puberta, negativismus, snaží se mást). V rovině přání se potom na straně já objevuje světle zelená, z čehož můžeme usuzovat na lhaní a nevyzrálou osobnost. Uprostřed je problém obsazen fialovo-růžovou barevností a na straně „oslovení“ (vlevo nahoře) se objevuje symptomatická růžová. Mateřská úhlopříčka (zprava dole doleva nahoru) odkazuje na problematický až patologický vztah k matce s velkou mírou ambivalence. Podle číslování je klient zaměřen na sebe. Absence otce, autority (chybí hnědá).

Obr. 11

Téma: Rodinná koláž

Na koláži má prázdné identifikační místo (z něho je vysunutý otec, který je nahý), na straně protějšku je matka (herečka Jana Paulová), která je na koláži největší. Chybí mu životní partner/ka, odkazy na matku, oidipovský komplex – klient popisoval, že když se otec jednou vrátil domů, tak se s ním popral a „zúčtoval“ a nikdy nad tím nepocítil lítost. Sebe umístil na koláž doprostřed jako malého panáčka v bílém tunelu (závodníka - výherce). Je jakoby v roztočeném kole a nahoře na koláži se opět objevuje motiv kola – ruského. Odkaz na „sňatky v rodině“ – opět odkazuje na velkou vazbu na matku.

KTC

Na straně protějšku se objevuje stejná barevnost jako v předchozích KTC (růžová – modrá), číslování se nemění. Uprostřed, v rovině problému, se objevuje ambivalentní zelená (zelená s příměsí bílé, nebo zelenomodrá). Na pravé straně „já“ jsou další dvě zelené rozdílného odstínu – na identifikačním místě nezralá světle zelená, v rovině přání pak tmavě zelená. Na mateřské úhlopříčce se opět u protějšku objevuje symptomatická růžová. KTC jsou barevně bezemoční, neurotizované. Absence otce, autority (chybí hnědá).

Obr. 12**Téma: Vzpomínka z dětství**

J. namaloval spíš 2 a 3 plán, chybí 1 plán (to, co by mělo být zvýrazněno, největší, v popředí). Dobrá práce s akvarelem, i když opět trochu více utažené. Vzpomínka je z dětského tábora, kde chodili potmě na hrad s baterkou (na obrázku to vypadá jako chlapec s mečem, tedy penisem). Chodili po jednom, bál se. V symbolice můžeme usuzovat opět na problémy ve vztahu k ženám (strach z tmavých objektů), na levé straně čtvrtky má dva stany (ženy). Obrázek se dá navíc rozpůlit, takže objekty vlevo by mohly být odstřiženy. Chlapec, který je na obrázku jedinou postavou, vypadá, že míří z obrázku pryč (pryč od vztahů s ženami), ale „meč“ má vytasený... (homosexuální tendence, nebo homoerotické?). Hledá sám sebe, problémy s identifikací. Chlapec má světle žluté vlasy (postava se světle žlutými vlasy se vyskytuje v klientově produkci velmi často, často také v kontextu s černým pozadím, tmou – odkazy k hysterii).

KTC

Můžeme usuzovat na problémy s agresivitou / sexualitou / energií (červená uprostřed), s ženami, matkou, vztahuje se k sobě, je sebestředný, egocentrický, až narcistický, koketní, racionální - žlutá na identifikačním místě – je až sýrová, opět může odkazovat ke schizofrenii (klient se přehnaně kontroluje, v kontaktu si dává pozor, co řekne, „mlží“), hysterická ambivalentní povaha, zároveň odkaz k psychosomatické poruše (kombinace fialová – žlutá na straně „já“), má tendenci zúzkostňovat protějšek (zelená na straně protějšku), útočit. Nenechá s sebou manipulovat. Absence otce, autority (chybí hnědá).

Obr. 13**Téma: Havel do zelí zajel**

Téma je pojaté trochu morbidně, ale z výtvarného hlediska uvolněné, namalované rychle – zároveň se objevuje pohyb, úhlopříčka. Děj je ale prvoplánový, mrtvý Havel v zelí je zády k divákovi. Objevuje se skoro nutkavé vyjmenovávání předmětů – zelí a obrázek působí neuroticky (celkovým dojmem i pojetím tématu). Barevnost odkazující k napětí ze změny. Je to poslední obrázek J. před odchodem z chráněného bydlení, takže může odkazovat na obavy ze změny a jejího zvládnutí (napoprvé tuto změnu nezvládl).

KTC

V KTC se objevuje změna v číslování a také v pojetí (jsou méně kontrolované, „rozjeté“, ale prosvítá v nich bílá – manipulace). Problém uprostřed je obsazen hnědou,

která dosud v předchozích KTC nebyla použita. Můžeme usuzovat tedy na řešení vztahu s otcem či finanční situaci. Protějšek můžeme vidět jako ambivalentní (fialová na levé straně) a nezralý, emočně plochý (světle zelená vlevo nahoře).

6.4.4 KLIENT D. A KLIENTKA L. – PARTNEŘI V DCP

V DCP je běžné, že se sejdou partneři, kteří buďto setkali během léčby, nebo spolu chodili ještě před léčbou a na setkání v DCP se domluvili, což je případ klienta D. a klientky L. V jejich tvorbě můžeme vystopovat vzájemnou reakci na jejich vztah (nebo resp. budování vztahu) a společný pobyt v DCP. D. nastoupil do DCP dřív a na setkání s L. se těšil i se ho obával. Rozhodli se navázat na vztah, který skončil před 6ti lety z důvodů nevěry L. Na arteterapii byli společně pouze jednou, jinak se jim mýjely směny v práci (otázkou je, zda to nebyl z jejich strany záměr).

KLIENT D.

➡ Anamnestické údaje

Klientovi je 36 let a do DC přichází po 1,5 leté léčbě (nejprve PL, následně TK). Vzdělání ukončené SOU, pracoval jako kuchař, elektrikář. Dluhy činí cca 90 tis. Kč. Při nástupu do DCP byl v podmínce, měl probační dohled a stanovené OPP. Rodiče již zemřeli (otec v 58 letech, matka v 54), byli rozvedeni. Klient má dva sourozence - bratra (41 let) a sestru (35 let), mají své rodiny, v kontaktu s nimi je. Matka byla závislá na alkoholu, brala různé léky, zemřela na cirhózu jater. Když byl David v pubertě, pokusila se několikrát o sebevraždu.

D. je heterosexuál, měl časté promiskuitní vztahy, následně dlouholetý problematický vztah s L. před léčbou (na drogách) a po léčbě opět vztah obnoven – právě na Doléčovacím centru.

D. trpěl na toxické psychózy a epileptické záchvaty (medikace). Prodělal Hepatitidu C – v současnosti negativní nález, HIV negativní. Užívá léky – psychofarmaka.

Pervitin bere od 17 let, z toho 16 let intravenózně. Dále má zkušenosti s různými kombinacemi - THC (od 14 let), LSD, extáze, opiáty, subutex (programově – substituční léčba), benzodiazepiny.

➤ Průběh pobytu v DCP

D. nastoupil na DCP dříve než jeho partnerka (cca o jeden měsíc). Velmi rychle si našel práci, kterou si udržel a byl v ní spokojený (z počátku velká únava, ale pak si zvykl). Řešil dluhy, volný čas a stanovené OPP. Když nastoupila partnerka, postupně začali pracovat na obnovení vztahu. D. měl od počátku problémy se sebereflexí, patrně po dlouholeté léčbě se neustále „terapeutizoval“. Ve vztahu popisoval, co je na partnerce jiné, v čem je jiná. Hlavně se nechtěl vracet k minulosti (partnerka měla na svědomí rozpad jejich vztahu – podvedla ho), i když o ní mluvil. V průběhu pobytu mu skončila podmínka, dluhy poctivě splácel a podařilo se mu i šetřit. Po přestupu do třetí fáze se s partnerkou přestěhovali do pronájmu a následně docházeli ambulantně. D. řešil chutě hlavně v souvislosti s kontakty na ex-klienty. Společné bydlení zvládali, jen L. měla další problémy a vyhýbala se ambulantním pohovorům. Ambulantní doléčování klient řádně ukončil.

ARTETERAPIE

➤ Analýza výtvarného projevu

Protože je D. seznámen s požadavky Rožnovské arteterapie, snaží se i on vyhovět. V obrázcích mu ale chybí většinou první plány, děj se odehrává v plánu druhém. Obrázky mají vysoko horizonty, takže dochází ke klopení do půdorysu. Prostor v obrázku buduje dobře pomocí úhlopříčky. Snaží se používat celou paletu barev, ale někdy dochází ke špínám, chybí mu např. červená, ta je spíše do růžova (ale na obrázku „červená karkulka“ s ní nemá problém). Obrázky jsou hodně hutné, proto dochází k zastavení času. Snaží se mít postavy v pohybu, ale jde spíše o křeč. Postavy jsou disproporční a jako by neměly ramena. Jejich zobrazení neodpovídá realitě, zvláště maluje obličejové prvky. Pokud dělá kalhoty, zvláště je zdůrazní mezi nohama a v oblasti kapes.

➤ Interpretace – průřez tvorbou

Obr. 14

Konec

Jeho obrázek je „konec cesty/silnice“ – silnice končí ve zdi. Jedná se o centrální kompozici. Spíše to vypadá, že si vystavěl zeď – aby něco neviděl, odstranil. Postava na

obrázku je ke zdi (problému) a má zdvižené ruce, jako by bránila v průchodu. Dominantní barevnost zdi odkazuje na organické problémy (problém přijímání – nemusí znamenat jen přijímání jídla, ale metaforicky přijímání okolí, sebe a závislosti...), oralitu – tu potvrzuje i „vyjedení zdi“ – místa, kde prosvítají cihly, popř. sourozeneckou, problematiku (postava na obrázku může být bratr, světle hnědé kalhoty mohou odkazovat na mladší mužskou autoritu, mezi nohama má „zdůrazněné mužství“, postava se nachází v rovině problému). Cesta rozděluje obrázek na dvě části, kde se téměř zrcadlově opakují předměty – dva patníky, dva „keře“, dva černé fleky (může odkazovat ke vztahu k protějšku typu „jak Ty na mě, tak já na Tebe“). Identifikační místo a stejně tak místo protějšku zůstává neobsazené, z čehož můžeme usuzovat na problémy se sebeidentifikací.

KTC

KTC na první pohled vypadají, že má D. velké sebevědomí (velikost), ovšem jsou spíše vyumělkované, kontrolované, dává důraz na svou osobu (umocňuje tečkami u čísel), chce na sebe upozornit okolí. K hledání sebeprosazení a upozornění na svou osobu odkazuje také žlutá v rovině problému (uprostřed). Na pravé straně „já“ se objevuje patologická barevnost (černá – růžová), růžová barva navíc na identifikačním místě. Z této barevnosti a ve výše uvedeném kontextu můžeme usuzovat na nevyzrálou osobnost s neprožitými vývojovými stádii a symptomaticky také na sklony k sebepoškozování. Na KTC se objevuje chybný úkon – zmíněná růžová je částečně orámovaná černou.

Protějšek je proti němu pevný, v kontaktu introvertní, otcovský, může tedy odkazovat k řešení problému s otcem, na kterého reaguje (dle číslování).

Obr. 15

Téma: koláž Adam a Eva

Na koláži je uprostřed Eva, která nese ale mužské znaky (resp. je černobílá – není živá, nebo je obsazena vztekem ze strany autora a znaky kolem ní odkazují na tzv. „falickou“ ženu – z hlavy jí roste strom/penis, vedle ní je papoušek). Dále se na obrázku vyskytují odkazy k traumatickým/seriálovým zážitkům patrně z dětství v podobě očí (týrání, agresivita mezi rodiči?) Vztah s Evou je problematický, na obrázku má Adam „vyrvané srdce“, je zhroucený a je zbavený funkce – jen torzo od pasu nahoru. Mezi Adamem a Evou jsou 3 jablka (pro více Adamů?). Na identifikačním místě se objevuje obrázek s cévním systémem člověka a celý obrázek působí „krvavě“, orgánově.

KTC

Obrázek i KTC vznikají v době, kdy D. očekává nástup L. do programu DCP. Budí to v něm velké obavy. V rovině problému se objevuje velmi jasná červená (sexuální symbolika nebo agresivita), která je umocněná dalším vyumělkováním a prokreslením a podtržená tečkou u čísla. Problém je opět v aktuálním řešení. Na straně „já“ je na identifikačním místě barva černá a v rovině přání barva tmavě zelená. Můžeme usuzovat na psychickou deprivaci, vzdor, negativismus, ale také pocitově na nějaké psychosomatické projevy. Červená – zelená – černá pak může vyvolat tenzi až neurózu. Mateřská úhlopříčka (zprava dole doleva nahoru) je nositelem konfliktu až psychopatie, navíc zakončená na straně protějšku ambivalentní fialovou s růžovým odstínem. Můžeme tak vnímat problémy s matkou a s ambivalentními ženami, i když protějšek je v provozní rovině vlevo dole obsazen dobrou vůlí – světle modrou barvou.

Obr. 16

Téma: Ledová královna

Obrázek jsem zvolila jako netypický, protože odráží klientův problematický vztah k matce, která je bohužel ale již po smrti a nemůže tedy s ním být pracováno v rovině vztahové.

D. Ledovou královnu začal malovat uprostřed, radila jsem mu, ať středovou kompozici rozboří, zaměří se na kontext, pozadí... místo toho královnu „uzavřel“ do kostkované krabice, vše ještě ohraničil – z toho můžeme usuzovat na nevyřešený ohraničený problém, týkající se vztahu k matce, problém je zapouzdřený, D. se ho snaží nevědomě uzavřít. Obrázek je bez kontextu a reality, prvoplánový, geometrický. Královna je obsazena chladnou modrou barvou, bez-emoční. Na jejích šatech se objevují malé hnědé hvězdičky (snaha o pošpinění? otázka finanční?). Barva kostek je pak opět černá – červená – tmavě zelená (viz předchozí KTC) v kombinaci s manipulativní bílou. V porovnání s jeho další tvorbou můžeme obrázek považovat za regresivní a téma označit za problematické.

KTC

D. KTC prošly velkou změnou (domnívám se, že je to obnovením vztahu s L) – snížené sebevědomí (znatelně zmenšil puntíky a změnil také číslování). Aktuální problém opět očíslovaný jedničkou, odkazuje barevně na sourozeneckou problematiku, popř. problémy s jídlem a oralitu. Ve vztahu k protějšku se objevuje „dětské hřiště“ (oranžová – zelená), na kterém se chce prosadit (žlutá na identifikačním místě).

Protějšek může být vnímán jako emočně chladný, úzkostný, deprivovaný (zelená – modrá), problém je k němu zároveň vztahován (dle číslování). Na straně „já“ je hodně vitality (sexuální) nebo agrese (červená v kombinaci se žlutou), snaha být extrovertní (ukecanost) – můžeme usuzovat na snahu upozornit na sebe protějšek.

Obr. 17

Téma: Podzimní (Pouštění draků)

Obrázek je ponurý, barvy jsou spíše špinavé (špinavá zelená). Opět se objevuje problém s vysokým horizontem a budováním plánů, černá cesta (úhlopříčka) plní funkci budování prostoru jen částečně a spíš obrázek dělí na dva. Zároveň zobrazení, kdy je drak pouštěn a zároveň mu černá cesta překrývá šňůru, nabízí divákovi dva úhly pohledu. Identifikační místo (vpravo dole) a také místo protějšku (vlevo dole) je prázdné. Na pravé polovině se odehrává děj – jedna postava (žena? – růžovo-modrá barevnost) drží draka, druhá postava, která je černo modrá (může odkazovat k psychické deprivaci) má zvláštní zelenou čepici (chrání se, úzkost), na ni kouká (zezadu). Přemýšlí o nějakém činu? Protože na levé straně se objevují dvě lavičky, drak a navíc zvláštní organický keř (vypadá jako mozek), můžeme usuzovat na výjev snové roviny, kde se odehrává sexuální akt na pozadí špinavé zelené, ambivalentní, odkazující k pokaženému dětství a infantilnímu chování. Drak je obsazen tenzní a úzkostnou barevností (červeno zelenou).

KTC

Opět se objevuje oranžová uprostřed, stejně akcentovaná jako v předešlých KTC. Můžeme tedy usuzovat na stejnou oblast řešeného problému. Problematika „dětského hřiště“ je nyní v řešení „já“ a to i ve stejné barevnosti, jako byla u předešlých KTC u protějšku (modrá na identifikačním místě v kombinaci se zelenou, nezralou), ovšem problém je opět přesouván na stranu protějšku (více doleva). Barevnost protějšku je symptomatická, růžová s hnědofialovou mohou navíc dohromady dávat „kaput mortum“ – patologie.

Obr. 18

Téma: Červená karkulka

Téma zpracovával D. zhruba dva měsíce od posledního podzimního tématu. V obrázku je znatelný velký posun, snaha o vzdušnou perspektivu (dýchatelný vzduch), zlatý řez. Barevně převládá zelená. Disproporční postava Karkulky s košíčkem

s obličejovými rysy odkazujícími na oralitu (ústa) stojí na okrové cestě. Má červenou čepičku s bílou skvrnou (sexualita – manipulace). Kolem Karkulky je několik špičatých jehličnatých stromů s hnědými šiškami. Hnědé hromádky jsou zároveň rozesté kolem celé cesty (může odkazovat na anální sexualitu, análně-sadistické stádium, utrácení peněz, výbušnost ve vztahu, na druhou stranu může být takto vystavěna jakási pocta Karkulce – obdiv ze strany partnera?). V identifikačním / pravém rohu se objevuje rybníček, ohraničený černými kameny a zeleno-hnědým rákosem. Klient nemá stále vyřešenou svou identitu a zapouzdřuje se do sebe, kombinace barev může mít deprivační neurotický potenciál (sexuální neuróza?). Ohraničení sebe, svého rohu, proti okolí / partnerce. Na straně protějšku se objevuje pařez – symbol kastrace (partnerčina penisu?). Zvláštní chybný úkon – část vlka můžeme sledovat vlevo, jak leze za strom (zadek s ocasem) a druhou část vlka vidíme vykukovat z poza stromu u postavy Karkulky, strká jí do košíku hlavu (ale je zbavený funkce, protože nemá ocas/penis).

KTC

V KTC se objevuje v rovině problému (uprostřed) žlutá, tedy můžeme říci, že D. opět řeší své sebeprosazení, sebereprezentaci, s čímž potřebuje pomoci. Barevnost je oproti předchozím KTC méně akcentovaná, je umírněnější. Na straně „já“ vpravo můžeme vidět introvertovanou bezkontaktní modrou (jakoby v protikladu k řešené žluté), která vzniká v reakci na úzkostný protějšek (chce mít klid?). Protějšek je ambivalentní, barevnost fialová – zelená odkazuje na tzv. „dvojí věk“ (dítě vs. dospělý). Pokud je protějšek žena, jedná se o ženu tvrdou v kontaktu, znejišťující, neurotizující protějšek.

KLIENTKA L.

➡ Anamnestické údaje

Klientce je 29 let a do DCP nastoupila po léčbě a pobytu v TK. Léčila se několikrát (toxi oddělení, pak DC, relaps, pak TK Fidus, po setkání s D. přerazena do TK Fénix). Předtím abstinovala ve vězení, pak relaps.

L. má obtížnou rodinnou situaci: o matce nic neví (odložila ji), vychovávala ji prababička, od níž ve 14 letech odešla, od té doby se o sebe stará sama. Prababička je nyní v domově důchodců. Po ZŠ nastoupila na hotelovou školu, ale studovala jen 1 rok,

žila po kamarádech, neměla zázemí, motivaci a disciplínu. Pak byla rok na SOU, ale také jej nedokončila. Pracovala často jako servírka nebo operátorka.

Dluhy má asi 150 tisíc, exekuci zatím nemá, dluhy řeší. Má trestní minulost, byla ve vězení.

Klientka měla výhradně heterosexuální vztahy, promiskuitní.

Často trpěla toxickými psychózami po benzodiazepinech, 3x se předávkovala (hospitalizována). Prodělala hepatitidu B a C - zaléčená, HIV negativní.

L. brala heroin intravenózně od 21 let, dále měla zkušenosti s pervitinem, THC, BZ, Alkohol (od 15 let).

➡ Průběh pobytu v DCP

L. si velmi rychle našla práci, hodně plánovala a to jí směřovala (chtěla si dodělat i školu, dálkově, našla si evangelickou sociální, zajímala by ji práce v sociální oblasti – ale cíle příliš vzdálené). Sžívali se s D. - chodili spolu dřív, rozešli se před 6 lety a znovu se potkali až v komunitě, tam jim došlo, že se mají stále rádi, L. musela odejít z komunity do jiné, měli spolu terapie, na DCP spolu začínali znovu žít. L. měla problém s důvěrou v lidi, byla hodně uzavřená, nedůvěřivá, zároveň byla zvyklá se o sebe vždy starat sama bez ohledu na ostatní. O ničem nechtěla mluvit do hloubky, největší problémy měla s pojetím své minulosti. V průběhu pobytu řešila neshody s D., měli spolu párovou terapii. Pustila si D. do života, když spolu byli za prababičkou. Velké obavy měla s jejím přijetím do D. rodiny (hlavně od D. sestry, které dříve lhala). Po odchodu z DCP řešila velký stres z práce a exekuci na plat (stala se závislá na D. a to jí hodně vadilo), onemocněla. Po čase se ale stabilizovala. Ambulantní doléčování ukončila řádně.

ARTETERAPIE

➡ Analýza výtvarného projevu

Klientčina tvorba působí „nedotaženě“, obrázky jsou nedokončené a hodně kresebné a zkratkovité. Používá úhlopříčky, které ale prostor příliš nebudují. Horizonty dává hodně vysoko, pracuje spíše ve druhém plánu (první plán chybí, je nedokončený). Všechny L. obrázky jsou na šířku, většinou se dají přepůlit. Vlivem kresebnosti je v obrázcích zastavený čas. Tvorba je hodně kontrolovaná a redukováná. Postavy často působí jako karikatury.

L. používá většinu barev, ovšem ve všech obrázcích se objevuje hodně manipulativní bílé.

Identifikační místa (vpravo dole) a místa protějšku (vlevo dole) jsou neobsazená.

➡ Interpretace – průřez tvorbou

Obr. 19

Téma: Vzpomínka z dětství

L. neměla v komunitě arteterapii a od ZŠ nemalovala, proto její první obrázek vypadal zdařile (bohužel tato výtvarná tendence L. nezůstala). V obrázku se objevují úhlopříčky, ale horizont je hodně vysoko, obrázek se sklápí do půdorysu a vznikají dva pohledy (zepředu a svrchu – stromy vypadají, jako když leží). Snaha o zpracování a uchopení reality. Pravé - identifikační místo je prázdné, zelené. Obrázek by se díky cestě dal přepůlit na dva. Vlevo, na straně protějšku, je postava malé dívky (s níž se L. identifikuje – ona v dětství). Můžeme usuzovat na homoerotické stádium. Na pravé straně jsou zvláštní světle hnědé kupičky sena (exkrementy?), mohou odkazovat k análnímu stádiu vývoje (vylučování, stádium análně-vylučovací), k análnímu stádiu nás mohou symbolicky směřovat i dvě cesty, z nichž jedna vede do chaloupky a druhá míří kolem kupek do tmavého místa na horizontu. Závislostní chování může být synonymem k tomuto stádiu.

KTC

KTC jsou perfekcionistaicky vyumělkované (podobně jako u D.), kontrolované. Hnědá barva v rovině řešeného problému (uprostřed) může odkazovat k řešení otcovské autority, financí, popř. homoerotiky. Na identifikačním místě (vpravo dole) vidíme zelenou barvu (tzv. „falická žena“, přebírá mužské vzorce chování), spolu s červenou v rovině přání můžeme usuzovat na úzkost a napětí, snahu na sebe tímto způsobem upozornit. KTC jsou hodně tvrdé. Ze strany introvertního protějšku (modrá vlevo nahoře) zároveň můžeme usuzovat na sklony k manipulaci, kterým se klientka svým mužským potenciálem brání (vyměněné role s partnerem).

Obr. 20

Téma: Koláž Můj život

Koláž na téma Můj život je hodně rozbitá, jsou tam jednotlivé obrázky geometricky ohraničené (opět odkaz k análnímu stádiu). Dominantní na ní je žena (resp. její hlava),

s níž se L. identifikuje. Ženu můžeme charakterizovat jako ženu falickou (v hlavě má malé „penisy“ – surikaty), zároveň agresivní (cení zuby). Má zavřené oči, z čehož můžeme usuzovat na zaměření se na sebe, nechce vidět okolí. Vedle ní jsou velká červená ústa – oralita. Identifikační strana (vpravo dole) je prázdná, resp. je to prázdný pokoj (můžeme opět usuzovat na homoerotické stádium) a na straně protějšku je lední medvěd (emoční chlad?).

KTC

KTC odkazují opět na perfekcionismus, kontrolu. Opět se také objevuje hnědá v rovině problému (L. otce nezná). Rovinu přání tvoří ambivalentní fialová u protějšku a symptomatická růžová u „já“ (vpravo). Na identifikačním místě vidíme okrovou, nebo spíše „bezbarvou“ béžovou barvu. V kombinaci s růžovou vypadá nezdravě, patologicky. Protějšek je obsazen introvertní bezkontaktní tmavě modrou a ambivalentní fialovou. Řešená je tedy mateřská autorita, absence matky. L.

tvrdé vystupování, mužské vzorce chování (buď autoritativní otec, nebo tvrdá matka, ale problém je spíš otec, matku bych odhadovala na manipulátorku v pozadí – myšleno v raném dětství). Obtížně vybíjí energii, možná ji v sobě potlačuje, řeší identifikaci sebe jako ženy (přijmutí ženské role) po emoční stránce (bylo lepší být dítě než dospělá žena). Snaha ovládnout partnera nebo on ovládne mě, emoční chlad až bezkontaktnost v partnerském vztahu, problém s mužskou autoritou (přijmutí jí – diagnosticky může odkazovat na neurózu ze ztráty otce – nebyl, nefungoval, přestal fungovat jako autorita, odmítla ho jako autoritu kvůli přílišnému autor. Vystupování – různé možnosti...)

Obr. 21

Téma: Betlém

Obrázek je spíše kresebný, nedokončený, s výraznou zeleno-černou barevností, která je podbarvená bílou, z níž můžeme usuzovat, že rodina je pro klientku problematické téma, které ji psychicky deprivuje. V obrázku se úplně vytrácí prostor. Vlevo na straně protějšku je jakoby vytržená z kontextu cesta vedoucí do města Betléma, které je úplně vlevo nahoře, po cestě jsou rozestě karikatury zvířat jako překážky. Uprostřed obrázku je Betlém v nestandardním pojetí – hvězda nad ním již svítí, přicházejí králové, ale Ježíš se dosud nenarodil, jesličky jsou prázdné, Marie je těhotná. Žlutá hvězda na černém nebi má hysterický potenciál (problém sama sobě vykládá zobrazeným způsobem, betlém vypadá jako divadlo, scéna na podiu). Na pravém, identifikačním místě, roste

palma – penis. Projev je tvrdý, kontrolovaný, přesto můžeme z barevnosti opět usuzovat na falickou stránku klientky. Josef (penis) je obsazen zelenou (spíše světle) barevností, která odkazuje na nezralost, infantilitu, dětství. Marie je celá v modrém – dobrá vůle, ale např. i promiskuita. Pod postavami jsou černé stíny odkazující na pubertu či destrukci. Na snové úrovni tedy klientka může prožívat své vlastní rodiče jako nezralé, kteří dítě měli nechtěně, proto ji odložili.

KTC

Působí více vyrovnaně, ale jsou tvrdší, objevuje se na nich štrafování (odlišný způsob vybarvení). L. řeší protějšek, který je obsazen energií v podobě kultivované tmavé červené, až červenohnědé a oranžové (sourozenecká, snaha prosadit se na dětském hřišti), problém, který se k němu vztahuje, je žlutý. Můžeme tedy usuzovat na extrovertní protějšek, který se snaží za každou cenu vyniknout na úkor L. Na identifikačním místě vpravo dole se objevuje světle modrá, tedy nabídka dobré vůle, ovšem emočně chladná, navíc ve vztahu k tmavě modré, úzkostné, introvertní.

Ptala bych se na to, jak moc se s protějškem doplňuje- přijde mi, že jsou to dva odlišně ladění lidé. Ona je studená a klidná- on je rozohněný, vášnivý- Jak ho dokáže zchladit?

Chce být vidět, řeší svoji reprezentaci, racionalitu, touhu po prosazení, řád.

Obr. 22

Téma: Březen, za kamna vlezem

Obrázek ukazuje interiér, v němž je na pravé straně umístěna pec (kamna), na které sedí žena. Pec má dlouhý komín. Na levé straně, která by se dala odstříhnout, je stůl se židlí, který se nachází v červeném poli (vlivem více úhlů pohledu – koberec svrchu, stůl z pohledu zepředu). Prostor je tvořen ve dvou pásech, hnědém spodním a okrovým horním. Barevnost opět odkazuje k análnímu stádiu. Žena na peci vypadá jako na WC, má hnědé kalhoty, ale ruce má v klíně (homoerotika). Komín pece můžeme označit za falus. Na straně protějšku jako by se zobrazoval vztah k sexuální oblasti (stůl = postel, červené pole jako problematika prvního sexu, nebo sexuálního vztahu obecně). Obrázek může v přenesené rovině tedy odkazovat na problémy v sexuální oblasti ve vztahu k homoerotice.

KTC

V KTC můžeme vidět méně kontroly, puntíky nejsou přesně rozprostřené, spodní provozní rovina se jakoby blíží ke středu – problému. Podle číslování ale problém odkazuje do roviny přání. Problém je obsazen červenou barvou, podobně jako pod

stolem v obrázku (řešení sexuality, vitality, agrese?). Na identifikačním místě se objevuje hnědá barva (homoeerotická) v kombinaci s ambivalentní fialovou vpravo nahoře. Protějšek je obsazen oranžovo-zelenou barevností – dětské hřiště, oralita. Přes červenou uprostřed může docházet mezi protějškem a „já“ k napětí.

6.5 SPECIFIKA VYUŽITÍ ARTETERAPIE V DCP

Pro ucelený pohled na arteterapii v prostředí služby doléčovacího centra se pokusíme stanovit její specifika a odpovědět na otázky, které jsme si pokládali v úvodu práce:

- ➔ **Jak s klienty v doléčovacím centru arteterapeuticky pracovat?**
- ➔ **Jakým způsobem v tomto prostředí arteterapii realizovat a s jakým zacílením?**

Na první otázku můžeme odpovědět shrnutím specifik výtvarné tvorby osob léčících se ze závislosti na návykových látkách. Učinit tak můžeme také s pomocí uvedených kazuistik. Dalšími faktory, které arteterapeutickou práci ovlivňují, je samozřejmě složení doléčovacího programu s jednotlivými fázemi a také složení týmu pracovníků a jejich vnímání arteterapie v programu (jakou důležitost arteterapii přikládají).

6.5.1 SPECIFIKA VÝTVARNÉ TVORBY OSOB LÉČÍCÍCH SE ZÁVISLOSTI V PROSTŘEDÍ DOLÉČOVACÍHO CENTRA

Pro shrnutí specifik můžeme uvést základní momenty z jednotlivých uvedených analýz výtvarné produkce klientů doléčovacího centra za pomoci základních hodnotících vodítek:

- ➔ **Kompozice** - Z uvedené výtvarné produkce je patrné, že klienti mají problémy se stavěním prostoru podle požadavků Rožnovské arteterapie, chybí perspektiva, plochy jsou pouze vybarvené, bez kontextu (častými prázdnými místy jsou místa identifikační - vpravo dole). Holub toto označuje za „kompoziční bezradnost“.¹⁵⁹ Můžeme tedy dedukovat, že chybějící konkrétní období se výtvarně projevuje problémy s vytvořením iluzivního prostoru – scény se třemi plány a objekty

¹⁵⁹ HOLUB, L. *Závislost, terapeutická komunita a arteterapie : bakalářská práce*. České Budějovice : Jihočeská univerzita, Pedagogická fakulta, 2008. 61 l., 10 l. příl. Vedoucí bakalářské práce : PaedDr. Milan Kyzour. s. 44 – 45.

zobrazenými ve vztazích. Mohou se ale objevit i odkazy k fenomenistickému období (výčet prvků vedle sebe, nepřekrývání – změna stanoviště pozorovatele, nadhled), zde usuzujeme, že problém vznikl dříve než ve školním věku.¹⁶⁰ S odkazem na vztah dítěte k matce, který je stěžejní pro budování vztahu k realitě, můžeme redukci v klientské tvorbě považovat za emoční deprivaci, která vychází z emočního chladu, psychické narušenosti či nepřítomnosti matky.¹⁶¹ Z terapeutického hlediska vedeme klienta k uspořádání prostoru s důrazem na přehlednost, srozumitelnost a dobré rozmístění jednotlivých objektů v něm co do jejich váhy a významu.¹⁶²

- **Barevnost** – tvorba klientů, kterou jsme zde představili, je typická redukovanou, barevností, kterou můžeme označit za deprivovanou. Potlačování barevnosti se objevuje také tendencí ke kresebnosti či grafičnosti (viz např. Klient J – Matka a dítě, ale i dle zkušeností ze zadání volné techniky – klienti volí pastelky, tuš... - souvisí také s možností kontroly). Ve velké míře je zastoupena modrá, zelená, dále pak hnědá a někdy černá barva (pokud není naopak v tvorbě absentována). Často pak chybí žlutá, popř. červená barva.¹⁶³ Tuto barevnost můžeme vnímat jako odkaz na „truchlení po droze“ (depresivní charakter). S červenou pak získává výtvarný projev úzkostný charakter.¹⁶⁴ Úzkost můžeme v prostředí doléčovacího centra zároveň odkazovat k aktuálnímu stavu klienta, kdy jsou na něj kladeny velké požadavky v oblasti sociálního začlenění a on se přitom stále ještě zcela nevypořádal s dopady minulosti a vztahovými problémy v primární rodině, které po delší době abstinence vyplouvají napovrch. Metodicky vedeme klienta k používání celé škály barevné palety, důraz zároveň klademe na doplňkové barvy a čistotu barev.

¹⁶⁰ VYPLAŠILOVÁ, M. Arteterapie zaměřená na fylo a ontogenetický vývoj jedince a její způsob aplikace v léčbě drogově závislých. *Adiktologie. Odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí*, 2003, roč. 3, č. 2. s. 49 – 54.

¹⁶¹ KYZOUR, M. K úvodu do interpretace. *Arteterapie, časopis České arteterapeutické asociace*, 2005, roč. 5, č. 9, s. 5 - 11.

¹⁶² LHOTOVÁ, M. *Proměny výtvarné tvorby v arteterapii*. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2010. s. 68 - 74.

¹⁶³ Psychická deprivace a její podoba ve výtvarné tvorbě. *Arteterapie, časopis České arteterapeutické asociace*, 2009, roč. 9, č. 20 – 21. s. 22 – 25.

¹⁶⁴ HOLUB, L. *Závislost, terapeutická komunita a arteterapie : bakalářská práce*. České Budějovice : Jihočeská univerzita, Pedagogická fakulta, 2008. 61 l., 10 l. příl. Vedoucí bakalářské práce : PaedDr. Milan Kyzour. s. 44 – 45.

- **Tvar** – jako tvar jsou označovány objekty, které se v kompozici obrazu vyskytují. Jsou jimi nejčastěji **postavy**, dále pak stromy, domy...¹⁶⁵ Za velký problém v tvorbě klientů můžeme plošně označit postavy. Často se objevují dětské proporce, nebo disproporčnost postav, jsou zobrazovány nejvíce ze předu (problémy se zobrazením profilu). Jsou spíše schematické, někdy až karikaturní. Zobrazení postav může odkazovat spolu s dalšími regresivními tendencemi (barevnost) může odkazovat na blok v emočním vývoji.¹⁶⁶ Pro zakrytí neschopnosti realistického zobrazování se objeví bezradná abstrakce (např. zvláštní keře v tvorbě klienta D.) a stylizace (u klientky L.), což můžeme pokládat za obranné mechanismy (spolu s omezenou barevností a geometričností). Vzhledem k tomu, že u uživatelů drog, jak jsme již uvedli výše, můžeme očekávat větší procento hraničních osobností, mohou se ve výtvarném projevu objevit psychopatické či schizoidní rysy.¹⁶⁷
- **Obsah** – obsahově je produkce klientů chudá, objevuje se vyjmenovávání jednotliviny bez kontextu a zjednodušená symbolika (redukce práce se symbolem nás opět přivádí k psychické deprivaci).¹⁶⁸ Zde můžeme v tvorbě klientů nalézt odkazy na problematický vztah k otci, který je podstatný pro budování vlastní identity (prázdná identifikační místa) a také k budování vztahu k metafyzice, spiritualitě a transcendenci. Nejisté zobrazování iluze reality (viz stádium konkrétních operací) je dáno vztekem na rodiče a vede k odporu k zobrazování, se kterým musíme často pracovat. Odpor se následně projevuje regrese a oploštělostí výtvarného zobrazování. Jedná se především o únik před symptomem.¹⁶⁹ Důležité je tedy při práci s klientem v DCP dbát důrazně na konkrétním zobrazování včetně zobrazování děje. Na obsah sdělení je zaměřená následná interpretace, která umožňuje klientovi získat potřebná náhled.

¹⁶⁵ LHOTOVÁ, M. *Proměny výtvarné tvorby v arteterapii*. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2010. s. 68 - 74.

¹⁶⁶ PEROUT, E. Psychická deprivace a její podoba ve výtvarné tvorbě. *Arteterapie, časopis České arteterapeutické asociace*, 2009, roč. 9 , č. 20 – 21. s. 22 – 25.

¹⁶⁷ VYPLAŠILOVÁ, M. Arteterapie zaměřená na fylo a ontogenetický vývoj jedince a její způsob aplikace v léčbě drogově závislých. *Adiktologie. Odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí*, 2003, roč. 3, č. 2. s. 49 – 54.

¹⁶⁸ PEROUT, E. Psychická deprivace a její podoba ve výtvarné tvorbě. *Arteterapie, časopis České arteterapeutické asociace*, 2009, roč. 9 , č. 20 – 21. s. 22 – 25.

¹⁶⁹ KYZOUR, M. K úvodu do interpretace. *Arteterapie, časopis České arteterapeutické asociace*, 2005, roč. 5 , č. 9, s. 5 - 11.

6.5.2 SPECIFIKA ARTETERAPEUTICKÉ PRÁCE V DOLÉČOVACÍM CENTRU

V programu se můžeme setkat s pestrou symptomatologií klientů, kteří zažili nejrůznější traumata ať už z dětství či z doby užívání drog. Zároveň se mohou objevovat témata nová. Pro psychoterapeuty je nezbytné správně určit, které téma je potřeba řešit aktuálně s ohledem na zacílení programu a stabilizaci klienta v rámci abstinence. V programu se jedná spíše o psychoterapii podpůrnou, nikoliv hlubší.¹⁷⁰ Ani arteterapie není hlubinně zaměřená, ale zaměřuje se především na aktuální situaci klienta, pomáhá k lepší orientaci v sociálních vztazích, osobních problémech s cílem stabilizace klienta po léčbě.¹⁷¹

Protože se klienti v arteterapeutické skupině často střídají (někteří z programu odcházejí ještě před přestupem do první fáze z důvodu nesplnění očekávání, další jsou z programu vyloučeni v souvislosti s neplněním povinností a relapsem, ve druhé fázi mohou z arteterapie odejít po nalezení vhodné volnočasové aktivity) musí arteterapeut reagovat na stále se měnící naladění a složení skupiny, často znovu upevňovat pravidla, zachovávat důslednost a také práci (zejména v rámci interpretace) vždy ukončovat nebo její případné nedokončení (i pocitové) diskutovat s garantem klienta.

¹⁷⁰ KOREŠ, J. *Doléčovací centrum PREVENT – Operační manuál*. Občanské sdružení Prevent : České Budějovice, 2010. Nепublikovaný dokument.

¹⁷¹ HULÍK, M. Arteterapie v Doléčovacím centru Sananim. *Arteterapie, časopis České arteterapeutické asociace*, 2003, roč. 3 , č. 4. s. 8 – 10.

ZÁVĚR

V závěru bakalářské práce bych se ráda ohlédla za jejím zpracováním a reflektovala využití arteterapie v Doléčovacím centru Prevent se svými možnostmi a hranicemi, které jsem se pokusila v práci nastínit a pomocí formulace specifík přiblížit čtenáři.

Nicméně musím přiznat, že bakalářská práce, kterou jsem vypracovala, je pouze malým vhladem do přímé práce s klienty. Poskytuje především teoretické základy se zahrnutím vhladu do problematiky závislosti, osobnosti závislého a možnosti jeho léčby a následného doléčování. Důraz na arteterapii a její začlenění do léčby osob závislých na návykových látkách je ovšem kladen v průběhu celé práce. Snaha o logické uspořádání obsahu práce vedla k částečnému zdvojení problematiky popisu zařazení arteterapie do systému služeb Doléčovacího centra Prevent. Přesto si myslím, že předkládaná práce srozumitelně sděluje čtenáři, s jakými klienty je v doléčovacím centru pracováno a jakým způsobem.

Prostřednictvím zpracování bakalářské práce jsem zároveň dostala možnost hlouběji se zabývat začleněním arteterapie do doléčovacího centra. Arteterapie totiž z mého pohledu nemá v systému služeb zcela pevné, resp. uznávané místo a je vnímána jako okrajová, někdy i volnočasová, doplňující technika. Toto pojetí se potom odráží v omezeném časovém rozsahu metodické práce a interpretace (kterou by bylo vhodnější spíše označit za reflexi práce jednotlivých klientů, protože se nejedná o důslednou práci se symbolikou obrazu a vytvářením náhledu, jak je to požadováno z pohledu Rožnovské arteterapie). Interpretace – tedy výklad úvah a domněnek arteterapeuta – je nicméně používána jako terapeutický nástroj pro rozhovor v týmu, který může směřovat další práci s klientem v individuální terapii, na níž je kladen v zařízení největší důraz. Na arteterapii také v současné době nejsou vyčleněny finanční prostředky, kterými by byl arteterapeut odměněn, což se odráží na mé motivaci k práci, kterou sice dělám ráda, ale také pouze okrajově. Zároveň místo arteterapeuta v (multidisciplinárním) týmu pracovníků je podceňováno, k čemuž odkazuje např. malý důraz na předávání informací a to oboustranně, či nepovinná účast na supervizi.

Závěrečné úvahy nad bakalářskou prací mne vrací k samotné arteterapeutické práci s klienty. Z práce vyplývá široké spektrum dalších témat, která by mohla být výchozí pro navázání na tuto práci v dalších studiích či výzkumech. Specifickou klientelou DCP jsou např. osoby léčící se ze závislosti na alkoholu, kteří se v DCP střídají a program

často nedokončí (nejčastějším důvodem bývá relaps). Těmto klientům nebylo možné vyčlenit v práci prostor i z toho důvodu, že je jejich produkce nepočetná a není možné sledovat výtvarnou změnu. Dalšími možnostmi je také více se zabývat párovou problematikou, nebo porovnávat tvorbu klienta primárně závislého na opioidech (heroin, subutex) s tvorbou klienta se závislostí na halucinogenech (pervitin). Porovnávání zpracování jednotlivých témat je dalším z možných oblastí, na které by bylo možné se více zaměřit. Problematická témata jsou například Rodinná koláž či Adam a Eva.

Práce poskytuje alespoň letmý vhled do specifické problematiky arteterapie v zařízení doléčovacího centra, tedy další služby, kde je možné arteterapii s využitím Rožnovské metody realizovat a navázat tak na případnou práci arteterapeutů v psychiatrických léčebnách a terapeutických komunitách. Věřím proto, že teoretický základ s charakteristickými kazuistikami upřesní zmiňované pojetí arteterapie a v budoucnu bude možné zhodnotit přínos této práce pro obor arteterapie jako takový.

SEZNAM ZDROJŮ

MONOGRAFIE

BERGERET, J. *Toxikomanie a osobnost*. Vyd. 1. Praha : Victoria Publishing, 1995. 91 s. ISBN 80-7187-003-X.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.

KALINA, K. et al. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Vyd. 1. Praha : Filia Nova, 2001. ISBN: 80-238-8014-4.

KALINA K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Vyd. 1. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Vyd. 1. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. *Terapeutické komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Vyd. 1. Praha : Grada Publishing a.s., 2008. 394 s. ISBN 978-80-247-2449-2.

KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Vyd. 3. Praha : Galén, 2005. 297 s. ISBN 80-7262-347-8.

LHOTOVÁ, M. *Proměny výtvarné tvorby v arteterapii*. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2010. ISBN 978-80-7394-209-0.

MATOUŠEK, O. et al. *Sociální práce v praxi*. Praha : Portál, 2010. 352 s. ISBN 978-80-7367-818-0

NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi*. Vyd. 1. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 1996. 201 s. ISBN-10: 80-85121-52-2.

NEVŠÍMAL, P. et al. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*. Praha : Krajský úřad Středočeského kraje a Magistrát hlavního města Prahy ve spolupráci s Magdalénou, o.p.s., 2007. 321 s. ISBN 978-80-7106-937-9.

PROCHASKA, J. O., NORCROSS, J. C. *Psychoterapeutické systémy*. Vyd. 1. Praha : Grada Publishing a.s., 1999. ISBN 80-7169-766-4.

ROTGERS, F. et al. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing a.s., 1999. 260 s. ISBN 80-7169-836-9.

RUBINOVÁ, J. A. *Přístupy v arteterapii. Teorie a technika*. Praha : Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-093-5.

ŠICKOVÁ – FABRICI, J. *Základy arteterapie*. Praha : Portál, 2008. 176 s. ISBN 978-80-7367-408-3.

TICHÝ, M. *Práce se sociálně neadaptovanými klienty*. Vyd. 1. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2007. 79 s.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4. Praha : Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

Vláda České republiky: *Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2018*. Vyd. 1. Praha: Úřad vlády České republiky, 2011. 58 s. ISBN 978-80-7440-045-2.

VYMĚTAL, J. et al. *Obecná psychoterapie*. Vyd. 2. Praha : Grada Publishing a.s., 2004. 340 s. ISBN 80-247-0723-3.

PERIODIKA

HULÍK, M. Arteterapie v Doléčovacím centru Sananim. *Arteterapie, časopis České arteterapeutické asociace*, 2003, roč. 3 , č. 4. s. 8 – 10.

JEŘÁBEK, P. Multidisciplinární přístup v léčbě závislosti na alkoholu. *Adiktologie. Odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí*, 2005, roč. 5, č. 2. s. 261 – 267.

KŘIŠŤAN, A. Rozhovor s arteterapeutem Bedřichem Čermákem. *Arteterapie, časopis České arteterapeutické asociace*, 2006, roč. 6, č. 11. s. 48 – 52.

KYZOUR, M. K úvodu do interpretace. *Arteterapie, časopis České arteterapeutické asociace*, 2005, roč. 5 , č. 9, s. 5 - 11.

LHOTOVÁ, M. Přístupy, účinné faktory a jejich specifika v arteterapii. *Arteterapie, časopis České arteterapeutické asociace*, 2009, roč. 9 , č. 17. s. 9-18.

LHOTOVÁ, M. Interpretace v arteterapii. *Arteterapie, časopis České arteterapeutické asociace*, 2009, roč. 9 , č. 20 – 21. s. 4 – 12.

NATH TUMPACHOVÁ, N. Hodnocení smyslu života v průběhu psychoterapie osob závislých na návykových látkách. *Adiktologie. Odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí*, 2005, roč. 5, č. 4. s. 504 – 513.

SARLON, J. Muzikoterapie a léčba závislostí na návykových látkách. *Arteterapie, časopis České arteterapeutické asociace*, 2009, roč. 9 , č. 18, s. 45 – 53.

PEROUT, E. Viktor Löwenfeld a jeho pojetí ontogeneze dětské kresby a malby. *Arteterapie, časopis České arteterapeutické asociace*, 2005, roč. 5 , č. 9, s. 27 – 32.

PEROUT, E. Psychická deprivace a její podoba ve výtvarné tvorbě. *Arteterapie, časopis České arteterapeutické asociace*, 2009, roč. 9 , č. 20 – 21. s. 22 – 25.

VYPLAŠILOVÁ, M. Arteterapie zaměřená na fylo a ontogenetický vývoj jedince a její způsob aplikace v léčbě drogově závislých. *Adiktologie. Odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislosti*, 2003, roč. 3, č. 2. s. 49 – 54.

INTERNETOVÉ ZDROJE

Doléčovací centrum PREVENT – Operační manuál. Občanské sdružení Prevent : České Budějovice, 2010. Nепublikovaný dokument.

Doléčovací centrum Prevent. [online]. Strakonice : Občanské sdružení Prevent, 2010 [cit. 20. dubna 2012].

Dostupný z WWW: < <http://dc.os-prevent.cz/home>>.

KALINA, K. et al. *Akreditační standardy pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách v působnosti MZ ČR*. Verze 5. [online]. Praha : MZ ČR, 2001 [cit. 16. dubna 2012]. Dostupný z WWW: <<http://www.cekas.cz/category/hlavni-nabidka/certifikace-rvkpp/dokumenty-pro-proces-certifikaci>>.

KOREŠ, J. Osobnost závislého. „Profesionalizaci k efektivitě“ [online]. České Budějovice : Město České Budějovice, os Prevent, 2009. [cit. 6. dubna 2012]. Dostupný z WWW: <http://www.os-prevent.cz/_files/Profesionalizaci_k_efektivite/>.

KYZOUR, M. *Rožnovská interpretační arteterapie – metody práce, ideová východiska* [online]. [cit. 16. dubna 2012]. Dostupný z WWW: <<http://www.arteterapie.wz.cz/arteterapie.html>>.

KYZOUR, M. *O krizových jevech v dětské kresbě a malbě* [online]. [cit. 16. dubna 2012]. Dostupný z WWW: <<http://www.arteterapie.wz.cz/3.html>>.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, Poruchy chování a poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10 – F19) [online]. Praha :

Sociální služby [online]. Praha : Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Úřad vlády České republiky, 2003 – 2006. [cit. 4. dubna 2012]. Dostupný z WWW: < http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/socialni_sluzby>.

Stanovy České arteterapeutické asociace. [online]. Praha : Česká arteterapeutická asociace, 2005 [cit. 16. dubna 2012]. Dostupný z WWW: <<http://www.arteterapie.cz/index.php?disp=asociace&lang=0#stanovy>>.

Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2011. [cit. 6. dubna 2012]. Dostupný z WWW: <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/F10-F19.html>> .

VACEK, J. Nelátkové závislosti [online]. Praha : Centrum adiktologie, 2011. [cit. 4. dubna 2012]. Dostupný z WWW: <<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/566/Nelatkovve-zavislosti>>.

Výzkumy a studie [online]. Praha : Sananim o.s., 2012. [cit. 4. dubna 2012]. Dostupný z WWW: <<http://drogy.net/vyzkumy-a-studie/>>.

Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách [online]. Praha : Ministerstvo vnitra, 2006. [cit. 16. dubna 2012]. Dostupný z WWW: <<http://www.finance.cz/download/978-zakon-o-socialnich-sluzbach/>>.

DALŠÍ ZDROJE

DVOŘÁČEK, J. et al. *Červenodvorské studijní texty. Vnitřní materiál pro samostudium pacientů*. PL Červený Dvůr : Červený Dvůr, 2011.

HOLUB, L. *Závislost, terapeutická komunita a arteterapie : bakalářská práce*. České Budějovice : Jihočeská univerzita, Pedagogická fakulta, 2008. 61 l., 10 l. příl. Vedoucí bakalářské práce : PaedDr. Milan Kyzour.

KOREŠ, J. *Doléčovací centrum PREVENT – Operační manuál*. Občanské sdružení Prevent : České Budějovice, 2010. Nepublikovaný dokument.

SLAVÍK, J. *Arteterapie. Oborový kontext a přístupy v arteterapii. Úvodní přednáška*. Nepublikované poznámky k přednášce.

STIBOROVÁ, J. *Arteterapie – práce se standardní populací : bakalářská práce*. České Budějovice : Jihočeská univerzita, Pedagogická fakulta, 2008. Vedoucí bakalářské práce : PaedDr. Milan Kyzour.

ZAJÍČKOVÁ, K. *Využití expresivních terapií v procesu léčby drogových závislostí : diplomová práce*. Brno : Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, 2011. Vedoucí diplomové práce : PhDr. Roman Hytych, Ph.D.

SEZNAM ZKRATEK

DC – Doléčovací centrum

DCP – Doléčovací centrum Prevent

DSM-IV - Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch

MKN – 10 – Mezinárodní klasifikace nemocí

NIDA – Národní institut pro léčbu drogových závislostí

OPP – Obecně prospěšné práce

PL – Psychiatrická léčebna

TK – Terapeutická komunita

TR – Trestní rejstřík

VT – výkon trestu

SEZNAM PŘÍLOH

- Obr. 1 – Perníková chaloupka
- Obr. 2 – Červená Karkulka
- Obr. 3 – Rodinná koláž
- Obr. 4 – Májový deštík
- Obr. 5 – Šípková Růženka
- Obr. 6 – Déšť
- Obr. 7 – Matka a dítě
- Obr. 8 – Já za dva roky
- Obr. 9 – tematický smejkvák
- Obr. 10 – Červená Karkulka
- Obr. 11 – Rodinná koláž
- Obr. 12 – Vzpomínka z dětství
- Obr. 13 – Havel do zelí zajel
- Obr. 14 – Konec
- Obr. 15 – Podzimní (Pouštění draků)
- Obr. 16 – Ledová královna
- Obr. 17 – koláž Adam a Eva
- Obr. 18 – Červená Karkulka
- Obr. 19 – Vzpomínka z dětství
- Obr. 20 – koláž Můj život
- Obr. 21 – Betlém
- Obr. 22 – Březen, za kamna vlezem

OBRAZOVÉ PŘÍLOHY

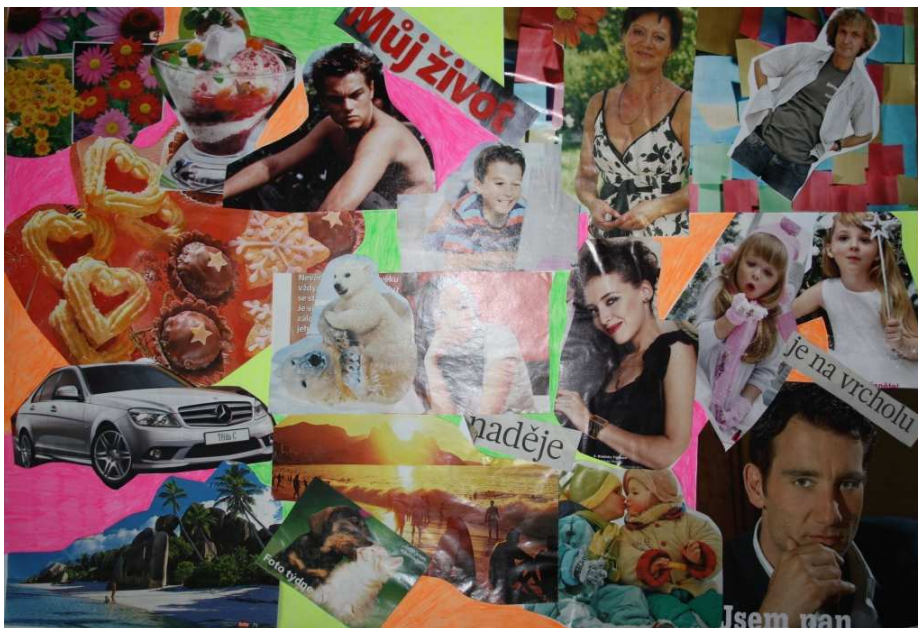
Obr. 1 – Perníková chaloupka



Obr. 2 – Červená Karkulka



Obr. 3 – Rodinná koláž



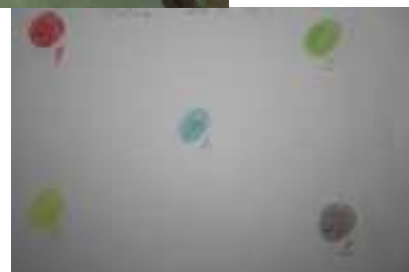
Obr. 4 – Májový dešťík



Obr. 5 – Šípková Růženka



Obr. 6 - Déšť



Obr. 7 – Matka a dítě



Obr. 8 – Já za dva roky



Obr. 9 – tematický smejvák



Obr. 10 – Červená Karkulka



Obr. 11 – Rodinná koláž



Obr. 12 – Vzpomínka z dětství



Obr. 13 – Havel do zelí zajel



Obr. 14 - Konec



Obr. 15 – Podzimní (Pouštění draků)



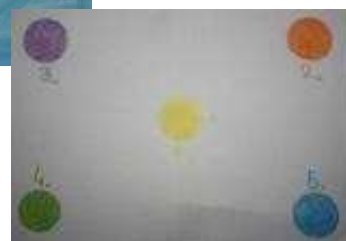
Obr.16 – Ledová královna



Obr. 17 – koláž Adam a Eva

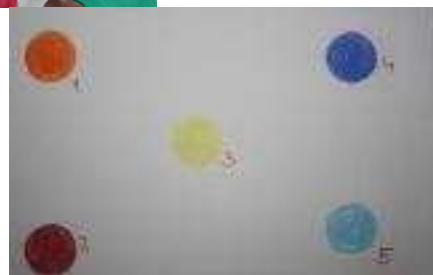
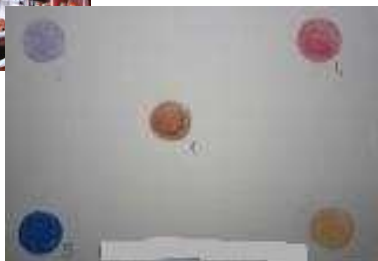


Obr. 18 – Červená Karkulka



Obr. 19 – Vzpomínka z dětství





Obr. 22 – Březen, za kamna vlezem



ABSTRAKT

PODZIMKOVÁ, P. *Specifika využití arteterapie v doléčovacím centru*. České Budějovice, 2012. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Pedagogická fakulta. Ateliér arteterapie. Vedoucí práce PaedDr. Evžen Perout.

Klíčová slova:

Syndrom závislosti, osobnost závislého, léčba závislosti, psychoterapie, arteterapie, následná péče, doléčovací centrum.

Předkládaná práce se zaměřuje na pojetí arteterapie v doléčovacím centru, ve službě zabývající se následnou péčí pro osoby, které se léčí ze závislosti na návykových látkách, především na nealkoholových drogách.

Zadané téma je zpracováno do části teoretické a praktické. Teoretická část práce shrnuje základní definice týkající se syndromu závislosti a popsání osobnosti závislého, následně představuje služby následné péče a zaměřuje se na principy a cíle léčby závislosti. V rámci léčby závislosti je za výchozí zvoleno využití psychoterapie a expresivní psychoterapie - arteterapie. Arteterapie je popsána jako obor spolu s historickými souvislostmi, definicí směrů, které se v rámci oboru vymezily a stanovením místa arteterapie v léčbě závislostí.

V úvodu praktické části je podrobně popsána činnost Doléčovacího centra Prevent se zaměřením na průběh a složení programu a zastoupení arteterapie v něm. Po té jsou představena východiska práce v rámci arteterapie v Doléčovacím centru Prevent. Stěžejním místem práce je představení konkrétních kazuistik klientů spolu s analýzou a interpretací jejich artefaktů, které ozřejmují způsob práce v rámci arteterapeutické skupiny s ohledem na metodu Rožnovské arteterapie. V závěru práce jsou shrnuta specifika využití arteterapie v daném typu zařízení a popsány zřejmé přínosy pro obor arteterapie.

ABSTRACT

Specifics of the use of art therapy in the aftercare center

Keywords:

Dependence syndrome, dependent personality, addiction treatment, psychotherapy, art therapy, aftercare, aftercare center.

This work focuses on the concept of art therapy in Aftercare center, in the service of dealing with follow-up care for people who are recovering from addiction, especially on non-alcohol drugs.

Given topic is treated in the theoretical and practical. The theoretical part of the paper summarizes the basic definitions related to drug addiction and dependent personality description, followed by an after-care services and focuses on the principles and goals of treatment of addiction. In the treatment of addiction is the default selected using psychotherapy and expressive psychotherapy - art therapy. Art therapy is described as a field, along with historical context, the definition of guidelines that define the field and determining the place of art therapy in the treatment of addiction.

The introduction of practical work is described in detail Aftercare center Prevent, focusing on the course and composition of the art therapy program and representation in it. Then are presented work in the background in art therapy Aftercare center Prevent. The main place of work is to present specific case studies of clients with analysis and interpretation of artifacts that illustrate ways of working within art therapy group with respect to the method Rožnov art therapy. The conclusion summarizes the specifics of the use of art therapy in the type of equipment described and obvious benefits for the field of art therapy.