

Univerzita Hradec Králové

Ústav sociální práce

Arteterapie u osob s duševním onemocněním

Bakalářská práce

Autor: Veronika Joštová
Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: Sociální práce
Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Zadání bakalářské práce

Autor:	Veronika Joštová
Studium:	U13196
Studijní program:	B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce
Název bakalářské práce:	Arteterapie u osob s duševním onemocněním
Název bakalářské práce AJ:	Art Therapy for Persons with Mental Illness

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Problematika duševních onemocnění, klasifikace duševních onemocnění, arteterapie - historie, funkce, cíle, techniky; vliv arteterapie na osoby s duševním onemocněním, význam arteterapie pro osoby s duševním onemocněním. Zvolené metody a techniky: kvalitativní výzkumná strategie, rozhovory s klienty, studium dokumentů, pozorování.

CAMPBELLOVÁ, Jean. Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi: skupinové výtvarně-terapeutické činnosti pro děti i dospělé. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 200 s. ISBN 80-7178-204-1. LIEBMANN, Marian. Skupinová arteterapie: nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 280 s. ISBN 80-7178-864-3. ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. Základy arteterapie. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 176 s. ISBN 80-7178-616-0.

Garantující pracoviště:	Katedra sociální práce a sociální politiky, Ústav sociální práce
Vedoucí práce:	doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.
Oponent:	JUDr. Olga Sovová, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	4. 12. 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucí práce doc. MUDr. Aleny Vosečkové, CSc. a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Kostelci nad Orlicí dne 9. 3. 2016

Joštová Veronika

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí své bakalářské práce doc. MUDr. Aleně Vosečkové, CSc. za kvalitní přípravu a odborné vedení, které pomohlo ke vzniku této práce. Ing. et Ing. Mgr. Marii Faltýnkové děkuji za konzultace, ochotu a čas, který mi během zpracování praktické části práce věnovala. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat celému týmu Centra péče o duševní zdraví v Hradci Králové, především Mgr. Ivaně Šťastné a Bc. Martině Vanderkové za cenné rady a připomínky, které mi při výzkumném šetření poskytly. A samozřejmě děkuji své rodině a příteli za velkou podporu a trpělivost, kterou po celé období vynaložili.

Abstrakt

JOŠTOVÁ, Veronika. *Arteterapie u osob s duševním onemocněním*. Hradec Králové, 2016. 65 s. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Bakalářská práce se zabývá tématem Arteterapie u osob s duševním onemocněním. V úvodu mé práce se zmiňuji o tom, proč jsem si vybrala právě danou cílovou skupinu a co mě k výběru vedlo. Hlavním cílem práce je zjistit, jaký vliv má arteterapie na osoby s duševním onemocněním, přičemž již ze stanoveného cíle můžeme poznat, že hlavními tématy textu této bakalářské práce jsou duševní onemocnění, sociální práce a arteterapie. Bakalářská práce je zaměřena na celkovou problematiku duševních onemocnění, jejich příčinu, vývoj, klasifikaci a přiblížení vybraných psychických onemocnění. Dále je pozornost věnována sociální práci s osobami s duševním onemocněním, kde se zabývám definováním a stanovením účelu sociální práce, popisem sociální práce s duševně nemocnými lidmi a specifickými potřebami duševně nemocných. Poslední díl teoretické části se zabývá počátky arteterapie ve světě i u nás, vymezením pojmu arteterapie, jejími formami, funkcemi, cíli, technikami a arteterapeutickým materiálem, propojením arteterapie a sociální práce a arteterapie s osobami s duševním onemocněním. V praktické části se práce orientuje na vliv arteterapie na osoby s duševním onemocněním a na zjišťování významu arteterapie pro osoby s duševním onemocněním, kde dochází k objasnění toho, v čem klientům arteterapie pomáhá nebo co jim tato neverbální technika vůbec přináší. Pro zjištění informací jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii, přičemž výzkum je založen na polostrukturovaných rozhovorech s duševně nemocnými klienty, pozorování a studiu dokumentů. V závěru dochází ke shrnutí poznatků z teoretické i praktické části práce.

Klíčová slova: duševní onemocnění, sociální práce, arteterapie, individuální práce, skupinová práce

Abstract

JOŠTOVÁ, Veronika. *Art Therapy for Persons with Mental Illness*. Hradec Králové, 2016. 65 p. Bachelor Degree Thesis. University of Hradec Králové. Leader of the Bachelor Degree Thesis: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

The bachelor thesis deals with Art Therapy for Persons with Mental Illness. In the introduction of my work I am mentioning why I chose right this focused group and what aspects led me to choose that one. The main aim of this bachelor thesis is to find out what is the art therapy influence on persons with mental illness and from the defined aim we can recognize that the main subjects of this bachelor thesis are mental illness, social work and art therapy. The bachelor thesis is concentrated on the total problematic of mental illness, its cause, evolution, classification and approximation of selected psychical illness. Furthermore the social work with persons with mental illness is given attention, where I deal with definition and determination of purpose of social work, specification of social work with people with mental illness and specific needs of people with mental illness. The last piece of theoretical part deals with origins of art therapy both in the world and in the inland, definition of art therapy, its forms, functions, aims, techniques and art therapy material, connecting art therapy and social work and art therapy with persons with mental illness. In practical part the bachelor thesis is concentrating on influence of art therapy on persons with mental illness and on detection of significance of art therapy for persons with mental illness, where there is a clarification in what way an art therapy helps clients or what this nonverbal technique is good for. For ascertaining the information I chose qualitative research strategy and the research is based on semistructured interviews with clients with mental illness, observation and studying the documents. In conclusion there is a resume of information from both theoretical and practical part of work.

Keywords: mental illness, social work, art therapy, individual work, teamwork

Obsah

Úvod.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 Duševní onemocnění	11
1.1 Duševní nemoc	11
1.2 Příčina a vývoj duševního onemocnění.....	11
1.3 Klasifikace duševních nemocí.....	12
1.4 Vybraná psychická onemocnění (MKN 10)	13
1.4.1 Bipolární afektivní porucha (F31)	13
1.4.2 Depresivní porucha (F32)	14
1.4.3 Emočně nestabilní porucha osobnosti – Hraniční typ (F60.31).....	14
1.4.4 Organická úzkostná porucha (F 06.4).....	15
1.4.5 Specifické (izolované) fobie (F40.2)	15
2 Sociální práce s osobami s duševním onemocněním	16
2.1 Definice a účel sociální práce	16
2.2 Sociální práce s duševně nemocnými	17
2.3 Specifické potřeby duševně nemocných	18
3 Arteterapie	19
3.1 Počátky arteterapie ve světě i u nás.....	19
3.2 Vymezení pojmu arteterapie	20
3.3 Formy arteterapie	21
3.3.1 Individuální arteterapie	21
3.3.2 Skupinová arteterapie	21
3.4 Funkce a cíle arteterapie.....	22
3.5 Techniky arteterapie a arteterapeutický materiál	23
3.6 Arteterapie a sociální práce	23
3.7 Arteterapie s osobami s duševním onemocněním	24
4 Shrnutí teoretické části	25
PRAKTICKÁ ČÁST	26
5 Metodická část.....	26
5.1 Hlavní cíl výzkumu a výzkumné dílčí cíle.....	26
5.2 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek	27

5.3	Zvolená výzkumná strategie	28
5.4	Popis výzkumného souboru a zdůvodnění jeho výběru	30
5.5	Centrum péče o duševní zdraví	32
5.6	Průběh výzkumu.....	33
5.6.1	Předvýzkum	33
5.6.2	Průběh sběru dat.....	34
5.7	Analýza získaných údajů.....	34
6	Shrnutí praktické části	50
7	Diskuze	51
7.1	Rizika a omezení výzkumu a výzkumné strategie	52
7.2	Reflexe etických rizik	52
7.3	Implikace pro další výzkum	53
	Závěr	54
	Seznam použitých zkratk	56
	Seznam tabulek	57
	Seznam použité literatury a zdrojů	58
	Seznam příloh	61

Úvod

Duševní onemocnění je téma, o kterém se v současné společnosti stále více diskutuje, a proto mi přišlo důležité, abych se právě osobami s duševním onemocněním zabývala. Nejvýznamnějším bodem pro výběr cílové skupiny je osobní zkušenost. S těmito lidmi přicházím do styku neustále, a proto mě napadlo, že danou skupinu osob přiblížím i lidem, kteří se rozhodnou přečíst zpracovanou bakalářskou práci. Dalším neméně důležitým bodem jsou zkušenosti nabyté během studia na Ústavu sociální práce. Tím se dostávám k druhému pojmu, který se ocitá v názvu práce. Jedná se o arteterapii. Z důvodu terminologické nejednotnosti uvádím hned v úvodu vysvětlení pojmu arteterapie používané v této práci. Sociální pracovník aplikuje některé postoje, které vycházejí z arteterapeutického přístupu, avšak v poslední době se využívá spíše pojem artefiletika, která zohledňuje, že sociální pracovník nemá ucelené postgraduální vzdělání v arteterapii. „*Artefiletika je reflektivní, tvořivé a zážitkové pojetí vzdělávání, které vychází z umění a expresivních kulturních projevů (výtvarných, dramatických, hudebních apod.) a směřuje k poznávání i sebepoznávání prostřednictvím reflektivního dialogu o zážitcích z expresivní tvorby nebo vnímání umění.*“ (Slavíková, Slavík, Eliášová, 2007, s. 15) Během druhého ročníku mi byly přiblíženy neverbální techniky, které se sociální práci nezbytně souvisí, proto jsem se rozhodla pojmout mnou již zmíněnou cílovou skupinu v rámci arteterapie, jelikož podle mého názoru patří mezi hlavní neverbální techniky a dokáže pomoci různým cílovým skupinám. **Hlavním cílem práce je zjistit, jaký vliv má arteterapie na osoby s duševním onemocněním.** Dále se zaměřuji na několik dílčích cílů. V první řadě se zajímám o to, v čem arteterapie klientům pomáhá, zda jsou si vědomi určité úlevy, když své problémy nakreslí na papír či ztvární jiným způsobem. Dále se snažím zjistit, jaká očekávání si s sebou klienti přinášejí na hodiny arteterapie, zda se klienti cítili někdy během arteterapie nepříjemně nebo by chtěli něco změnit či zlepšit. Pro získání potřebných informací jsem se rozhodla použít kvalitativní výzkumnou strategii, jelikož si myslím, že mi přinese hlubší náhled do zkoumané problematiky než výzkumná strategie kvantitativní. Zvolila jsem si rozhovory s jednotlivými klienty, studium dokumentů a pozorování. Podle mého názoru je velmi přínosné nejen pro mě, ale i pro klienty,

aby se mezi námi vytvořil jistý vztah. Tím myslím navázání důvěry, která klientům umožní pocit bezpečí, který vede k lépe zpracovanému rozhovoru.

Hlavními tématy textu této bakalářské práce jsou duševní onemocnění, sociální práce s touto cílovou skupinou a arteterapie. V práci jsem se zaměřila na celkovou problematiku duševních nemocí, příčinu, vývoj, klasifikaci a popis vybraných psychických onemocnění. Dále se věnuji definicím a účelu sociální práce, uchopení samotné sociální práce s duševně nemocnými osobami a v závěru kapitoly specifickým potřebám duševně nemocných. Důležité je také zmínit, že v posledním hlavním tématu padl můj zájem na historii arteterapie ve světě i u nás, vymezení pojmu arteterapie, její formy, funkce, cíle, techniky arteterapie a arteterapeutický materiál. V závěru dochází k prolínání arteterapie a sociální práce a arteterapie s osobami s duševním onemocněním. Teoretická část bude ukončena shrnutím. V další části, která je uvedena jako metodická, se zaměřím na vymezení hlavního cíle a dílčích cílů výzkumu, na vytvoření transformační tabulky, která shrnuje, jak se jednotlivé tazatelské otázky vztahují ke stanovým dílčím cílům výzkumu, na výzkumnou strategii, popis výzkumného souboru a zdůvodnění jeho výběru, na popis zařízení, ve kterém byl výzkum prováděn (Centrum péče o duševní zdraví), průběh výzkumu, popis analýzy získaných údajů a shrnutí této části. V závěru bude vedena diskuze, která bude zahrnovat také rizika a omezení samotného výzkumu a výzkumné strategie, reflexi etických rizik a implikaci pro další výzkum.

Bakalářská práce se může stát určitým vodítkem pro střediska, která pečují o osoby s duševním onemocněním. Mohou posoudit, jaký vliv má arteterapie na tyto osoby, jak je možné práci s danou neverbální technikou zlepšit a zároveň posílit vliv i na jiné klienty trpící duševním onemocněním, kteří se nechtějí do arteterapie zapojovat. Podle mého názoru je práce důležitá i pro okolí, tím myslím příbuzné osoby, neboť se mohou dozvědět, zda arteterapie jejich blízkým opravdu pomáhá a také pro organizace, které poskytují služby nemocným osobám. Samozřejmě, že přínos může být i pro veřejnost, jelikož pohled na problematiku osob s duševním onemocněním je mnohdy negativní pouze z důvodu, že lidé nemají dostatek informací o cílové skupině.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Duševní onemocnění

V následující kapitole se zaměřím na objasnění pojmu duševní onemocnění, jelikož si myslím, že je důležité, aby společnost věděla, co vše se může pod tímto názvem ukrývat, na celkovou problematiku duševních onemocnění, jejich příčinu, vývoj, klasifikaci a vybraná psychická onemocnění, protože se v praktické části budu blíže věnovat osobám, které duševní poruchou trpí.

1.1 Duševní nemoc

V psychologickém slovníku (Hartl, Hartlová, 2009) nalezneme pojem duševní, což znamená, že se vztahuje k psychice či psychickým procesům, k duši. Matoušek (2003, s. 60) výstižně vymezuje rozdíl mezi duševním zdravím a duševní nemocí, kdy duševní zdraví definuje jako stav „*tělesné, duševní a sociální pohody*“, přičemž duševní nemoc popisuje jako stav „*projevující se poruchami prožívání a mezilidských vztahů.*“ Stejně tak Orel (2012) poukazuje na hranici mezi zdravím a patologií a tvrdí, že tato hranice je v případě duševních poruch na některých místech zcela jednoznačná, avšak na mnoha místech může být naopak velmi neostrá. K tomu se také dostanu v praktické části.

Je samozřejmé, že každý autor, ale i jedinec chápe člověka zdravého i nemocného jinak. Chápe ho podle sebe a podle svých měřítek. Nemocný jedinec se může chovat přirozeně bez známek vybočování z majoritní společnosti, avšak při navázání bližšího kontaktu si uvědomíme, jaké je nitro nemocného člověka a teprve nyní začneme chápat, že daná osoba potřebuje odbornou pomoc.

1.2 Příčina a vývoj duševního onemocnění

Dle Nývltové (2008) je nutné akceptovat tvrzení, že tělo a psychika tvoří jeden celek. Lidé často hledají příčinu onemocnění pouze v psychice, jako jsou traumatizované zážitky, často ale zapomínají na příčiny, které mohou souviset se špatným životním prostředím nebo mohou být materiálního rázu. Jedná se o biologické (paraziti), chemické (toxiny) či fyzikální (úrazy hlavy) problémy nebo tělesné onemocnění. Samozřejmě nesmíme zapomenout na to, že velkou roli při vzniku psychických

poruch hraje genetika, avšak určité geny budou aktivovány především v závislosti na životní a sociální prostředí jedince.

Na vznik a vývoj duševní poruchy má vliv rodina, přátelé a společnost, ve které nemocný vyrůstá. Jedná se například o události, kdy osoba přijde o rodiče, partnera či potomka, o sociální konflikty, jako je násilí, ale také se může jedinec ocitnout v krizi, ve stresující situaci a tím dojde ke spuštění duševního onemocnění (Orel, Facová, 2012).

Je velmi důležité, aby se psychický stav nemocného začal léčit již od prvních zmínek onemocnění. Foucault (1997, s. 25) uvádí, že „*vědomí nemocného je dezorientované, zkalené, zúžené a fragmentární.*“ Avšak podstata choroby nespočívá pouze v prázdnu, ale také v ostatních aktivitách, které zmíněné prázdno zaplní.

1.3 Klasifikace duševních nemocí

Jedny z prvních medicínských klasifikačních systémů se netýkaly klasifikace nemocí, ale pouze příčin smrti. V roce 1947 se Světová zdravotnická organizace rozhodla sestavit Mezinárodní statistickou klasifikaci nemocí, přičemž její 5. kapitola se věnuje duševním poruchám. Během několika let docházelo k dalším revizím, ale nejednotné definice duševních poruch vedly k problémům při výběru a zařazování pacientů do výzkumných studií, proto bylo důležité sjednotit klasifikační systémy. V roce 1980 Americká psychiatrická asociace zavádí v účinnost Diagnostický a statistický manuál v III. revizi. Dochází zde ke společné spolupráci amerických psychiatrů. Jejich práce je dokončena v roce 1992 vydáním 10. decenální revize MKN, která je platná od roku 1993 a u nás od 1. 1. 1994 (Tirayová in Bouček a kol., 2001).

Celá tato kapitola se značí F. Patří sem duševní a behaviorální poruchy včetně poruch psychického vývoje a je rozdělena do 10 skupin: F0 – Organické duševní poruchy, včetně symptomatických, F1 – Duševní a behaviorální poruchy způsobené požíváním psychoaktivních látek, F2 – Schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy, F3 – Afektivní poruchy, F4 – Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy, F5 – Behaviorální poruchy spojené s narušením fyziologických funkcí a se somatickými faktory, F6 – Poruchy osobnosti a chování

u dospělých, F7 – Mentální retardace, F8 – Poruchy psychického vývoje, F9 – Behaviorální a emoční poruchy začínající specificky v dětství nebo adolescenci a mentální poruchy nespecifikované (Tirayová in Bouček a kol., 2001).

MKN současně užívá ke klasifikaci duševních poruch i další americký manuál DSM IV, který je platný od roku 1994. Všechny revize, které během několika let proběhly, přispěly ke konečnému výsledku a tím zpracování Mezinárodní klasifikace nemocí (Tirayová in Bouček a kol., 2001). V dalších podkapitolách bych se ráda zaměřila především na diagnózy, které se objevily u osob, se kterými jsem vedla rozhovory.

1.4 Vybraná psychická onemocnění (MKN 10)

Výběr duševních nemocí vychází především z výzkumu, kterému se budu věnovat v praktické části práce. Jedná se o poruchy, které se vyskytovaly u klientů, se kterými jsem vedla rozhovory: bipolární afektivní porucha, depresivní porucha, emočně nestabilní porucha osobnosti, do které patří hraniční typ, organická úzkostná porucha, specifické (izolované) fobie.

1.4.1 Bipolární afektivní porucha (F31)

Dříve se bipolární afektivní porucha označovala jako maniodepresivní psychóza. Jedná se o vážné a často celoživotní duševní onemocnění (Breznoščáková, Novák, Stopková, 2008).

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (1996) patří bipolární afektivní porucha do skupiny afektivních poruch nebo také poruch nálad (F30-F39) a je rozdělena do několika stavů, které ji tvoří. V prvním případě se jedná o hypománii, kdy jedinec může trpět zvýšenou aktivitou nebo tělesným neklidem či sníženou potřebou spánku. V druhém bodě mluvíme o manické epizodě, kde kromě již výše zmíněných znaků může doprovázet jedince také trysk myšlenek nebo pocit zrychleného toku myšlenek. Další případ se může týkat depresivní epizody, která by měla trvat alespoň 2 týdny. Nemocný ztrácí radost z aktivit, které normálně uspokojení přinášejí. Posledním bodem, který s bipolární afektivní poruchou může souviset, je smíšená afektivní epizoda.

1.4.2 Depresivní porucha (F32)

Depresivní porucha se řadí do skupiny afektivních poruch nebo také poruch nálad (F30-F39). Tato porucha by měla trvat alespoň 2 týdny a je důležité zmínit, že není zapříčiněna ani požíváním psychoaktivních látek, ani žádnou jinou organickou duševní poruchou například Demencí u Alzheimerovy choroby (Mezinárodní klasifikace nemocí, 1996).

Depresivní porucha začíná pomalu a nenápadně. Nejprve se objevuje pokles nálady, zkracuje se délka spánku a dochází ke zvýšené únavě. Tento stav se během několika dnů či týdnů může prohlubovat až do stanovené deprese. Zmíněná porucha jedince omezuje v každodenním fungování. Během depresivního stavu dochází u jedinců k sebevražedným myšlenkám. U osob, které se potýkají s depresivní poruchou, můžeme pozorovat například tyto příznaky: pokleslou a smutnou náladu, zvýšenou únavu, ztrátu nebo pokles zájmu o činnosti, které byly dříve pro jedince radostné (například záliby, vztahy nebo práce), ztrátu sebedůvěry a začínají se objevovat pocity neschopnosti, zbytečnosti či odlišnosti (Breznoščáková, Novák, Stopková, 2008).

1.4.3 Emočně nestabilní porucha osobnosti – Hraniční typ (F60.31)

Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60-F69) jsou rozděleny na určité podskupiny, které se zabývají jednotlivými poruchami. První podskupina nese název specifické poruchy osobnosti (F60), do které také nepochybně patří emočně nestabilní porucha osobnosti hraničního typu. Tato porucha je typická nestálou náladou, náchylností k výbuchům zlosti nebo násilí s neschopností kontrolovat následné chování. Dále je zmíněná porucha charakteristická tím, že má jedinec trvalé pocity prázdnoty, nadměrně se snaží vyhnout opuštěnosti a v neposlední řadě dochází také k opakovaným výhrůžkám sebepoškození nebo sebepoškozujícím činům (Mezinárodní klasifikace nemocí, 1996).

V závěru bych ráda uvedla, že výše popsaná porucha patří k problematickým a také obtížně řešitelným poruchám. Klade velké nároky na trpělivost samotného terapeuta (Orel a kol., 2012).

1.4.4 Organická úzkostná porucha (F 06.4)

Skupina psychických poruch, které jsou označovány jako organické, jsou důsledkem onemocnění a poškození mozku nebo důsledkem tělesného postižení. Jelikož zde hovoříme o organické úzkostné poruše, je důležité uvést, že tato porucha patří do skupiny F00-F09, kdy hovoříme o organických duševních poruchách a symptomatických duševních poruchách (Nývltová, 2008). Do této kategorie řadíme mimo jiné již zmiňovanou organickou úzkostnou poruchu (F06.4), která, jak tvrdí Orel (2012), se mimo jiné může projevovat generalizovanou úzkostí, která je v souladu s myšlenkami Praška, Vyskočilové, Praškové (2012) chápána jako volně plynoucí úzkost, která se týká každodenních záležitostí nebo dokonce obav z různých tělesných příznaků, jako je svalové napětí, roztřesenost, nevolnost či bolesti hlavy.

Klientka, se kterou jsem vedla rozhovor, trpěla kromě organické úzkostné poruchy také lehkou mentální retardací. Mentální retardace (F70-F79) se týká nedostatečného vývoje rozumových schopností. Tento vývoj může být vrozený nebo vzniká v raném věku. V případě lehké mentální retardace (F70) má jedinec IQ 50-69 a odpovídá mentálnímu věku přibližně 9-12 let (Orel, Facová, 2012).

1.4.5 Specifické (izolované) fobie (F40.2)

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (1996) patří specifická fobie do skupiny neurotických poruch, poruch vyvolané stresem a somatoformními poruchami (F40-F48). Blíže specifikovanou skupinou jsou fobické úzkostné poruchy (F40), kam řadíme již zmíněnou specifickou fobii.

Při této poruše má pacient výrazný strach z typických věcí nebo situací, které mohou být zahrnuty v sociální fobii (F40.1) nebo v agorafobii (F40.0), avšak nemusí. Při agorafobii se jedinec vyhýbá davům, pobytům na veřejných místech nebo cestování o samotě. Pacient v úzkostných situacích trpí potížemi s dýcháním, třesem nebo chvěním, vnitřním neklidem. Při sociální fobii dochází také k tomu, že má pacient výrazný strach, aby nebyl středem pozornosti nebo se nechoval trapným či ponižujícím způsobem (Mezinárodní klasifikace nemocí, 1996).

2 Sociální práce s osobami s duševním onemocněním

Cílem následující kapitoly je přiblížení sociální práce s osobami s duševním onemocněním. Nejprve se zaměřím na některé definice sociální práce a její účel, dále se budu věnovat sociální práci, která se věnuje osobám s duševním onemocněním, na kterou navazuje poslední podkapitola zabývající se specifickými potřebami pro osoby trpícími duševní poruchou.

2.1 Definice a účel sociální práce

Pojem sociální znamená, že je společný všem lidem, určitému společenství, ale i jedinci a týká se společenských vztahů. Práce jsou tělesné nebo duševní činnosti, které jsou zaměřené na uspokojení potřeb, na výdělek či výživu. Dohromady je sociální práce odborná činnost profesionálních pracovníků, která je prováděna ve prospěch lidí v sociální nouzi (Hartl, Hartlová, 2009). Podle Matouška (2003) je sociální práce společenskovední disciplína, ale také oblast praktické činnosti, jejichž cílem je odhalovat, vysvětlovat, zmírňovat a řešit sociální problémy, jako je například chudoba, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže i nezaměstnanost. V porovnání s Matouškem tvrdí Navrátil (2001), že sociální práce je i umění, které vyžaduje mnoho dovedností. Jedná se především o porozumění pro potřeby druhých lidí a schopnost pomáhat ostatním, avšak takovým způsobem, aby se na naší pomoci nestali závislí. Sociální práce je podle něho také věda, jelikož disponuje teoriemi a vytváří nové teorie, které vysvětlují vznik a řešení individuálních, skupinových i komunitních problémů. Poslední mnou vybraná definice je od Řezníčka (1994, s. 18), který říká, že: *„Sociální práce jako profese tedy stojí v průsečíku mnoha protikladných vlivů, pod jejichž tlaky usiluje o metodické a soustavné řešení sociálních problémů na převážně mezosobní úrovni.“* Všechny definice, které jsou uvedeny v tomto odstavci, ale i ty další jsou pro sociální práci významné, protože jí dávají určité hranice. Každá definice je jiná, avšak autoři se shodují v tom, že jsou zaměřené na pomoc a podporu lidí, kteří ji potřebují.

Účelem těchto služeb je pomoci klientům, kteří se ocitli v nepříznivé situaci, vyrovnat se s jejich nezměnitelnými problémy (Řezníček, 1994). Podle Matouška a Koldinské (2007) se sociální služby poskytují společensky znevýhodněným lidem. Cílem je zlepšit kvalitu jejich života, případně je začlenit do společnosti nebo společnost chránit před možnými riziky, které zmíněné osoby přináší.

2.2 Sociální práce s duševně nemocnými

Mahrová uvádí (2008), že klient si často není vědom poruchy, kterou trpí, avšak když pocítuje určité odchylky a změny ve svém životě, vyhledá služby často sám. Pro nemocné osoby je obtížné se někomu svěřit, proto potřebují pomoc a podporu od svých blízkých, jako je rodina, přátelé, učitelé či spolupracovníci. Prvním článkem systému péče o duševně nemocné je první kontakt s klientem. Může být zprostředkovaný samotným klientem, jeho rodinou, blízkými osobami nebo odborníkem. Tento úkol si jako nejdůležitější kladou nízkoprahová zařízení, která plní mnoho preventivních funkcí a často bývají prvokontaktním bodem v sociální síti. Jejich základním cílem je snižování rizik, která jsou s problémem spojena. Každý sociální pracovník, který se věnuje jiným cílovým skupinám, než jsou osoby s duševním onemocněním, by měl znát základní informace, které může klientovi nebo jeho rodině poskytnout. Nejčastějším krokem je doporučení ambulance nebo kontaktního centra. Pracovníci těchto center poskytují své služby na základě individuálních potřeb klienta. Pokud je třeba, může jedinec využít i stacionární péči, která kombinuje pobyt klienta v zařízení s odbornou péčí a jeho pobyt doma. Návazným prvkem v systému služeb je rezidenční neboli pobytová péče. Jedná se o různě dlouhý pobyt v zařízení s nepřetržitým provozem, jako je psychiatrické oddělení nemocnice, psychiatrická klinika či domov pro osoby se zdravotním postižením. Cílem této služby je dosažení co největší samostatnosti klienta s přihlédnutím k jeho individuálním potřebám a možnostem. Pokud není možné ani žádoucí, aby se hned po pobytu v léčebném ústavu vrátil klient do předchozích životních podmínek, dochází k návazné doléčovací péči, kterou zařizuje sociální pracovník společně s klientem ještě před jeho propuštěním. V tomto případě může jedinec využít opět ambulantní péče, specializovaného doléčovacího zařízení, domácí péče, chráněného zaměstnání nebo chráněného bydlení.

V závěru této podkapitoly bych ráda uvedla, že ať pracujeme v kterékoli části uvedeného systému, musíme myslet na to, že naším klientem je celá rodina, ve které se duševní problémy vyskytly (Mahrová, 2008).

2.3 Specifické potřeby duševně nemocných

Mnozí lidé zapomínají na to, že i když člověk trpí určitou poruchou, má nárok na bydlení, práci i volný čas, proto následující podkapitola poskytne krátký náhled do specifických potřeb pro duševně nemocné osoby.

První bod potřeb se zaměřuje na bydlení. Podle Probstové (in Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2005) žijí duševně nemocní většinou v domácím prostředí nebo v léčebnách, ale můžeme se s nimi setkat i v zařízeních sociálních služeb (například ústavy sociální péče) nebo jako s bezdomovci. Zatím existuje pouze malý počet komunitních zařízení a služeb, které duševně nemocným lidem poskytují podporu v bydlení. Podle mého názoru je pobyt v domácím prostředí nejlepší na psychiku jedince. Dalším bodem je zaměstnání osob s duševním onemocněním. Pipeková tvrdí (2006), že uplatnění těchto osob na pracovním trhu ovlivňuje jejich životní situaci. Jedná se o ekonomické prostředky, sociální statut, ale také o vlastní seberealizaci. Dalším bodem je volný čas. Probstová (in Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2005) dodává, že ve skupině osob s duševními problémy můžeme nalézt lidi s nejrůznějšími zájmy, představami o volném čase či lidi v nejrůznějších životních situacích. Například v rámci komunitních zařízení probíhá celá řada akcí, jako jsou vánoční a jiné oslavy, výlety, pobyty i zájezdy, jichž se může klient účastnit.

Volný čas však může pro nemocné osoby znamenat účast i na jiných aktivitách, které klientovi pomáhají ke zdokonalování jeho dovedností, k relaxování či sdělování svých pocitů a problémů prostřednictvím jiných prostředků, než jsou slova. Mám na mysli Centrum péče o duševní zdraví, ve kterém plním výzkumnou část práce. Klienti se zde mohou účastnit hodin angličtiny, vaření, počítačů, muzikoterapie, arteterapie a mnoha dalších aktivit. Tím se dostávám k další hlavní kapitole, která se bude věnovat arteterapii.

3 Arteterapie

Poslední kapitola této bakalářské práce se bude zabývat pojmem arteterapie. Zaměřím se na její počátky ve světě i u nás, na vymezení samotného pojmu arteterapie, kde porovnáám vybrané definice, její formy rozdělené na individuální a skupinovou arteterapii, funkce, cíle a techniky arteterapie v souvislosti s arteterapeutickým materiálem a v posledních dvou podkapitolách se budu věnovat propojení arteterapie a sociální práce a arteterapie s osobami s duševním onemocněním.

3.1 Počátky arteterapie ve světě i u nás

Nejprve je důležité zmínit, že o arteterapii, jako o samotném oboru, můžeme říci, že se jedná o poměrně mladý obor, o kterém se veřejnost dozvěděla na konci 19. století a největší rozvoj zaznamenala až v polovině 20. století (Potměšilová, Sobková, 2012). Podle Šickové-Fabrici (2008) jako první ve svých pracích použila výraz art therapy Margaret Naumburgová ve třicátých letech 20. století v USA, přičemž jejím základním východiskem je tvrzení, že proces arteterapie je založen na poznání, že nejzákladnější myšlenky a pocity člověka, které pochází z nevědomí, dosáhnou výrazu lépe v obrazech než ve slovech (Naumburgová in Šicková-Fabrici, 2008).

Významnou osobností pro Čechy je pedagog, malíř a hudebník PhDr. Milan Kyzour, který v roce 1990 založil a vedl Ateliér arteterapie při Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Tato arteterapie nese název rožnovská. Základem pro Kyzourův arteterapeutický přístup byla mnoholetá terapeutická pedagogická zkušenost s výtvarným vedením dětí všech kategorií a zároveň dlouhodobá terapeutická práce s pacienty neurologické části psychiatrického oddělení v Českých Budějovicích (Šicková-Fabrici, 2008).

V závěru této podkapitoly bych ráda uvedla, že v současnosti je možné arteterapii považovat za samostatný obor, který má své teoretické zázemí a který je plnohodnotnou součástí terapeutické práce s různými typy klientů (Potměšilová, Sobková, 2012).

3.2 Vymezení pojmu arteterapie

Pojem arteterapie je rozdělen na dvě části – „arte“ a „therapeia“. První část názvu arteterapie „arte“ znamená umění a druhá část „therapeia“ nese význam léčba (Sinelnikoff in Lhotová, 2010). Arteterapie tedy znamená léčba uměním.

Ve slovníku sociální práce (Matoušek, 2003) je arteterapie zachycena jako využívání exprese v terapii, přičemž nejčastější formou jsou výtvarné aktivity. Užívá se u mnoha typů klientů a pole jejího uplatnění se stále rozšiřuje například na lidi s demencí, vězně nebo lidi vážně nemocné i umírající. Expresi lze dle Slavíka (1997, s. 104) definovat jako *„specifickou, citově zabarvenou a více, nebo méně záměrně strukturovanou reprezentaci vnitřního světa člověka.“* Využila jsem definování exprese k tomu, abych ukázala, jakou silou je propojena s arteterapií. Ukazuje na vyjádření vnitřního světa člověka, které nezbytně k výtvarnému umění patří.

Výše uvedenou definici arteterapie jsem doplnila tvrzením z psychologického slovníku (Hartl, Hartlová, 2009), že arteterapie používá umělecké techniky jako nástroje diagnostiky, psychoterapie, výchovy či sociální práce. Klade také důraz na aktivitu, kde využívá uvolňující vlastnosti lidské tvořivosti. Arteterapie je pojem, který během svého vývoje, získal mnoho definic a vymezení. Nejen, že se jedná o výtvarné aktivity zaměřené na vlastnosti lidské tvořivosti, ale podle Lhotové (2010) je výtvarná tvorba vnímána jako oblast, která je spojená s emotivní složkou člověka.

V posledním odstavci bych ráda vyjádřila svůj souhlas s myšlenkami Edwardse (2004), který tvrdí, že lidská komunikace může mít mnoho podob, ale v naší společnosti dominují spíše slova, avšak některé zkušenosti a emocionální stavy jsou vyjádřeny bez nich. Jedná se například o popis toho, jaké je někoho milovat či nenávidět. V tomto případě se můžeme obrátit na arteterapii, která nabízí způsob překonání frustrace a izolace tím, že osobám poskytne jiný způsob vyjádření a komunikace za účelem pochopení lidských pocitů. Arteterapie může být užitečná pro osoby s různými potřebami a problémy.

3.3 Formy arteterapie

Arteterapii z hlediska přístupu ke klientům je možné rozdělit na arteterapii individuální a skupinovou (Potměšilová in Müller a kol., 2014). Do skupinové terapie řadíme také rodinnou arteterapii a arteterapii v partnerském vztahu. Někdo je ale může chápat i jako samostatné formy (Šicková-Fabrice, 2002).

3.3.1 Individuální arteterapie

Předmětem individuální terapie je člověk, který se nachází ve světě, ve kterém žije, jedná, uvažuje, cítí, prožívá či rozumí. Klient v individuální terapii je zaměřen především na sebe, avšak je nutné předcházet určitému nebezpečí, kdy povzbuzování osobního rozkvětu může být realizováno na úkor blízkých, kdy může docházet ke konfliktům s ostatními osobami (Vrtišková, 2010).

Pokud člověk nemůže uskutečnit svoji potřebu sebeuplatnění ve společnosti, tak podle Šickové-Fabrice (2008), která vychází z individuální psychologie Adlera, dochází k pocitu méněcennosti a tím ke vzniku duševních poruch. V individuální arteterapii jde především o to, aby se zmiňované pocity méněcennosti, nízkého sebevědomí a sebehodnocení dostaly na posílení sebevědomí jedince.

Individuální arteterapie má své výhody i nevýhody. Podle mého názoru patří do výhod zaměření se pouze na jednoho klienta, na jeho osobu, chování, pocity, onemocnění a problémy. Samozřejmě, že tato výhoda může být pro jiného klienta nevýhodou. Tím mám na mysli, že někteří lidé mají raději práci ve skupině, jsou více komunikativní, přátelští a práce v samostatném prostředí by jejich psychický stav akorát zhoršovala. Individuální arteterapie se zaměřuje na blaho jedince, na jeho uspokojení a vyrovnaní se sebou samým a záleží pouze na konkrétním klientovi, jaká forma arteterapie bude pro něho vhodnější.

3.3.2 Skupinová arteterapie

Skupina je pro člověka nezbytně důležitá a můžeme říci, že se jedná o sociální útvar, který nelze ničím nahradit. Jedinec potřebuje navazovat kontakty i s druhými lidmi (Havránková in Matoušek a kol., 2013). Sobolová a Williamsová (in Rubinová, 2008) ukazují na to, že zpočátku se skupina v terapii neskládá z důvěrných blízkých,

každý člen do ní přichází s určitými názory, které vznikly v průběhu života jedince jako člena nějaké rodiny.

Skupinová arteterapie vychází, stejně jako individuální arteterapie, z předem domluvených pravidel, které se týkají počtu a délky sezení, způsobu práce a zakázky. Terapeut v rámci této arteterapie pracuje se skupinou klientů (Potměšilová in Müller a kol., 2014). Využití skupinové arteterapie má několik výhod i nevýhod, které je nezbytné zmínit. Mezi výhody můžeme řadit poskytnutí vhodného zázemí, vzájemné podpory a pomoci při řešení problémů, poučení se ze zpětných vazeb od ostatních klientů. Na druhé straně stojí nevýhody, kam můžeme zařadit obtížnější zachování důvěrnosti, zhoršení organizačních záležitostí, skupina může snadněji někoho označkovat, dát mu nálepku nebo se mohou jedinci ve skupině vyhnout rozhovoru o choulostivých tématech, protože se za někoho schovají (Liebmann in Müller a kol., 2014).

3.4 Funkce a cíle arteterapie

Dvě základní funkce, kterými se tato práce bude zabývat, vycházejí ze sborníku nesoucí název Současná arteterapie v České republice a v zahraničí, kde je arteterapie chápána jako psychoterapeutická a psychodiagnostická disciplína, která využívá k léčebným cílům formy a prostředky odpovídající uměleckým formám (Současná arteterapie v České republice a v zahraničí in Potměšilová, Sobková, 2012). Arteterapie má funkci psychoterapeutickou a psychodiagnostickou. Jako psychoterapeutická disciplína má hlavní střed své práce přímo ve vlastním procesu tvorby klienta. Arteterapie má také funkci psychodiagnostickou. V tomto případě se s klientovým procesem tvorby i se samotným výtvozem dále pracuje (Potměšilová, Sobková, 2012).

Cíle arteterapie můžeme rozdělit na dvě základní kategorie. Jedná se o individuální a sociální cíle. Do první skupiny individuálních cílů můžeme zařadit tvořivost, spontaneitu, budování důvěry, sebehodnocení, rozvoj jedince, svobodu rozhodování, vyjádření citů a emocí, práci s fantazií i nevědomím, relaxaci. Do skupiny druhé, která se nazývá sociální cíle, řadíme uvědomování si sebe samých a uznání a ocenění druhých, spolupráci, zapojení se do skupinové činnosti, komunikaci, sdílení

problémů a zkušeností, porozumění vlastnímu vlivu na druhé a s tím spojené vztahy, společenskou podporu a důvěru (Liebmann, 2005).

3.5 Techniky arteterapie a arteterapeutický materiál

Technika je konkrétní postup, způsob nebo úkol, který zvolí arteterapeut před zahájením výtvarné činnosti. Mohou být rozděleny na úvodní techniky, které navozují u klienta pocit důvěry a bezpečí, techniky zaměřené na práci s problémem, na práci s jedním tématem, na rozvoj osobnosti, na práci s klienty se speciálními vzdělávacími potřebami (Potměšilová, Sobková, 2012). Campbellová (1998) doplňuje rozdělení technik o následující kategorie: malování, tisk, tužky a pastely, koláž a modelování. Tím se dostáváme k arteterapeutickému materiálu, který pojímá v širším slova smyslu a dělí ho do pěti základních kategorií stejně jako techniky arteterapie. Jedná se o základní soupravu (barvy, štětce, palety,...), potřeby na modelování (modelovací hlína, plastelína, dřevěné desky jako podložky,...), materiál na koláž (staré časopisy, bavlnky, knoflíky, nůžky,...), zbytkový materiál (zbytky kůže, plastu, kartónu,...) a doplňkový materiál (akrylové barvy, papírové ručníky, ve vodě rozpustné pastelky,...).

Přiblížení technik arteterapie vede také k lehkému přiblížení následující podkapitoly, kde se budu zabývat arteterapií a sociální prací, protože si myslím, že výše uvedené rozdělení technik – technika zaměřená na práci s problémem nebo technika zaměřená na rozvoj osobnosti, se sociální prací nezbytně souvisí.

3.6 Arteterapie a sociální práce

Do sociální práce lze mimo jiné zahrnout také neverbální techniky, kde dochází ke komunikaci bez využití slov, kam patří již zmiňovaná a popisovaná arteterapie. Jedná se o techniku spojenou s výtvarnými činnostmi.

Šicková-Fabrici (2008) poukazuje ve svém díle na fakt, že filozofie Rogerse, který je představitelem humanistické a na klienta orientované terapie, je východiskem současných arteterapeutů. Tento humanistický přístup uvádím z toho důvodu, protože si myslím, že zmiňovaný přístup a pojetí sociální práce spolu úzce souvisí, neboť se ubírají podobným směrem. Zabývají se růstem klienta a zlepšení jeho

schopností, vlastností a dovedností. Cílem arteterapie v tomto kontextu je, aby se klienti naučili vnímat nejen sami sebe ale i své okolí.

Předchozí odstavec nám přiblížil propojení arteterapie a sociální práce trochu z jiného hlediska, avšak stále platí, že pokud se jedinec chce stát užitečným pro druhé, musí se stát užitečným pro sebe. Podle Vrtiškové (2010) je arteterapie činnost, která pomáhá rozvíjet duševní zdraví člověka. Ve srovnání s Vrtiškovou doplňuje propojení arteterapie a sociální práce Lhotová (2010), která tvrdí, že je arteterapie prostor, kde se setkávají a prolínají cíle volnočasových aktivit, vzdělávání, výchovy, léčby, psychoterapie i sociální práce. Arteterapii je možné využít v mnoha oblastech, proto se může stát oborem, který bude doplňovat a obohacovat některé pomáhající profese. V našem případě mluvíme o sociální práci, kam patří také osoby s duševními poruchami, o kterých budeme v souvislosti s arteterapií mluvit v následující podkapitole.

3.7 Arteterapie s osobami s duševním onemocněním

Podrobně a výstižně o arteterapii a duševních poruchách pojednává Šicková-Fabrici (2008), která říká, že arteterapie, která se věnuje klientům s duševním onemocněním, je jednou z nejrozsáhlejších a také nejatraktivnějších oblastí arteterapie. Pro arteterapeuta může být přínosné, pokud se podívá na chronologický sled kreseb a tím se do jeho rukou dostává záznam o průběhu a vývoji choroby. Podle Liebmann (2005) zahrnuje arteterapeutická skupina pacienty s velkým množstvím různých diagnóz, jako je například deprese, hysterie, psychóza či schizofrenie. Nyní uvedu příklad, kdy pacient může trpět depresivní poruchou, ale prostřednictvím arteterapie dochází ke zlepšování jeho psychického stavu. Robbins (in Rubinová, 2008) pojednává o přístupech práce s pacienty na různých vývojových úrovních, v našem případě se zaměřujeme na depresivní stavy, kdy výtvarnými činnostmi pomáháme klientům nalézt sílu a sebeúctu prostřednictvím vlastního uměleckého díla.

Arteterapie klientům pomáhá vyjádřit se bez použití verbálních prostředků. Dochází tak k pochopení vnitřního já pomocí malování (viz Příloha 1, 2) a jedinec si sám může uvědomit, na čem je potřeba ve svém životě zapracovat.

4 Shrnutí teoretické části

První kapitola je uvedena celkovým popisem duševních nemocí, dále se věnuje příčině a vývoji duševního onemocnění, klasifikaci duševních nemocí a vybraným psychickým onemocněním. Předcházení onemocnění také souvisí s rozšířenou informovaností celkové veřejnosti a případným navrácením nemocného jedince zpátky do každodenních záležitostí. S tím je spojena další kapitola, která se zabývá sociální prací zaměřující se na osoby s duševním onemocněním, kdy právě tato oblast pomáhá nemocnému člověku zpět do života. První kapitola mi v praktické části práce pomůže lépe pochopit duševní poruchy jednotlivých klientů, neboť jednou ze zjišťovaných informací bude právě diagnóza duševně nemocných osob.

Druhá kapitola pojímá oblast sociální práce, která poskytuje mnoha cílovým skupinám pomocnou ruku a snaží se s nimi řešit jejich problémy. V případě této bakalářské práce se jedná o osoby s duševním onemocněním, kterým jsou poskytovány různé sociální služby v různých sociálních zařízeních. V této kapitole jsem se zabývala definicemi a účelem sociální práce, sociální prací s duševně nemocnými a specifickými potřebami těchto osob. V praktické části práce mi druhá kapitola pomůže při navazování kontaktu s duševně nemocnými klienty při jednotlivých rozhovorech.

Závěrečná kapitola s názvem Arteterapie nás provedla svými počátky, vymezením a přiblížením různých definic, rozdělením na dvě základní formy a to individuální a skupinovou arteterapii, popsáním funkcí a cílů arteterapie, různými technikami a materiálem a dovedla nás až k propojení sociální práce, arteterapie a duševního onemocnění. Můžeme říci, že arteterapie je velmi významnou neverbální technikou nejen pro osoby trpícími duševní poruchou, ale pro různé cílové skupiny, kterým dělá verbální vyjádření problém. Poslední kapitolu, která se zabývá arteterapií, shledávám jako velmi důležitou, jelikož se v praktické části bakalářské práce budu věnovat zjišťování vlivu arteterapie na osoby s duševním onemocněním.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Metodická část

Druhá část práce se zaměřuje na výzkumné šetření, přičemž jeho cílem bude popsat realizovaný výzkum, který na základě zodpovězení stanovených otázek vede k naplnění cíle této bakalářské práce. Praktická část bude vycházet z teoretických poznatků, kterými se zabývá první úsek práce uvedený výše.

5.1 Hlavní cíl výzkumu a výzkumné dílčí cíle

Hlavním cílem bude zjistit, jaký vliv má arteterapie na osoby s duševním onemocněním. Nyní se zaměřím na několik dílčích cílů a podcílů, které pomohou danou problematiku lépe pochopit.

DC I. Zjistit, jaký vliv má arteterapie na osoby s duševním onemocněním, které navštěvují Centrum péče o duševní zdraví.

DC I.1 Zjistit, v čem klientům arteterapie pomohla.

DC I.2 Zjistit, v čem klientům arteterapie pomáhá z dlouhodobého hlediska.

DC I.3 Zjistit, jak se klienti cítí bezprostředně po arteterapii.

DC I.4 Zjistit, zda klienti pozorují zlepšení ve svém životě od té doby, co navštěvují arteterapii.

DC I.5 Zjistit, zda mají klienti pocit, že se změnil jejich zdravotní stav od té doby, co navštěvují arteterapii.

DC I.6 Zjistit, zda jsou klienti po návštěvě arteterapie na tom po psychické stránce lépe či hůře.

DC I.7 Zjistit, zda klienti chodí rádi na arteterapii.

DC II. Zjistit, jaká očekávání si s sebou klienti na arteterapii přináší a jaký je důvod, proč na ni docházejí.

DC II.1 Zjistit, co klienti od arteterapie očekávají.

DC II.2 Zjistit, proč klienti na arteterapii docházejí.

DC II.3 Zjistit, co by se muselo stát, aby klienti přestali na arteterapii docházet.

DC III. Zjistit, zda se klienti cítili někdy během arteterapie nepříjemně a zda by chtěli, aby se arteterapie v něčem změnila, případně zlepšila, pokud je to možné.

DC III.1 Zjistit, zda se někdy klienti během arteterapie cítili nepříjemně, zda je něco naštvalo nebo jim bylo něco líto.

DC III.2 Zjistit, zda mají klienti nápad na nějaké zlepšení nebo zda by se mělo něco změnit, aby je arteterapie více bavila.

5.2 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek

Tabulka 1: Přehled transformace dílčích cílů do tazatelských otázek

Hlavní cíl: Zjistit, jaký vliv má arteterapie na osoby s duševním onemocněním.		
Dílčí cíle		Tazatelské otázky
DC I. Zjistit, jaký vliv má arteterapie na osoby s duševním onemocněním, které navštěvují Centrum péče o duševní zdraví.	DC I.1 Zjistit, v čem klientům arteterapie pomohla.	TO1: V čem ti arteterapie pomohla?
	DC I.2 Zjistit, v čem klientům arteterapie pomáhá z dlouhodobého hlediska.	TO2: Jak ti arteterapie pomáhá z dlouhodobého hlediska?
	DC I.3 Zjistit, jak se klienti cítí bezprostředně po arteterapii.	TO3: Jak se cítíš bezprostředně po arteterapii?
	DC I.4 Zjistit, zda klienti pozorují zlepšení ve svém životě od té doby, co navštěvují arteterapii.	TO4: Pozoruješ zlepšení ve svém životě od té doby, co navštěvuješ arteterapii?
	DC I.5 Zjistit, zda mají klienti pocit, že se změnil jejich zdravotní stav od té doby, co navštěvují arteterapii.	TO5: Máš pocit, že se změnil tvůj zdravotní stav od té doby, co navštěvuješ arteterapii?

	DC I.6 Zjistit, zda jsou klienti po návštěvě arteterapie na tom po psychické stránce lépe či hůře.	TO6: Po psychické stránce jsi na tom po návštěvě arteterapie lépe nebo hůře?
	DC I.7 Zjistit, zda klienti chodí rádi na arteterapii.	TO7: Chodíš sem rád/ráda?
DC II. Zjistit, jaká očekávání si s sebou klienti na arteterapii přináší a jaký je důvod, proč na ni docházejí.	DC II.1 Zjistit, co klienti od arteterapie očekávají.	TO8: Co od arteterapie očekáváš?
	DC II.2 Zjistit, proč klienti na arteterapii docházejí.	TO9: Proč vůbec chodíš na arteterapii?
	DC II.3 Zjistit, co by se muselo stát, aby klienti přestali na arteterapii docházet.	TO10: Co by se muselo stát, abys přestal/a chodit?
DC III. Zjistit, zda se klienti cítili někdy během arteterapie nepříjemně a zda by chtěli, aby se arteterapie v něčem změnila, případně zlepšila, pokud je to možné.	DC III.1 Zjistit, zda se někdy klienti během arteterapie cítili nepříjemně, zda je něco naštvalo nebo jim bylo něco líto.	TO11: Cítil/a ses někdy během arteterapie nepříjemně? Něco tě naštvalo? Bylo ti něco líto?
	DC III.2 Zjistit, zda mají klienti nápad na nějaké zlepšení nebo zda by se mělo něco změnit, aby je arteterapie více bavila.	TO12: Máš nápad na nějaké zlepšení? Co by se mělo změnit, aby tě to více bavilo, pokud je to možné?

Zdroj: Autorka

5.3 Zvolená výzkumná strategie

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala kvalitativní výzkumnou strategii, přičemž jsem zvolila polostrukturované rozhovory s jednotlivými klienty (viz Příloha 3), studium dokumentů a pozorování. Podle Švaříčka (2007) je cílem hloubkového

a polostrukturovaného rozhovoru získat detailní a úplné informace o konkrétním studovaném jevu. Je velmi přínosné nejen pro mě, ale i pro klienty, aby se mezi námi vytvořila důvěra, která povede k lépe zpracovanému rozhovoru. Klient může během komunikace s tazatelem získat jistou oporu a v případě, že některé kladené otázky mu nejsou srozumitelné, může je tazatel ihned bez komplikací vysvětlit. Jedná se o důležitou výhodu, kterou nám kvalitativní výzkumné šetření přináší. Další výhody i nevýhody kvalitativního výzkumu lze najít v následující tabulce.

Tabulka 2: Přednosti a nevýhody kvalitativního výzkumu

Přednosti kvalitativního výzkumu	Nevýhody kvalitativního výzkumu
<ul style="list-style-type: none"> • Získává podrobný popis a vhled při zkoumání jedince, skupiny, události, fenoménu. • Zkoumá fenomén v přirozeném prostředí. • Umožňuje studovat procesy. • Umožňuje navrhnout teorie. • Dobře reaguje na místní situace a podmínky. • Hledá lokální (idiografické) příčinné souvislosti. • Pomáhá při počáteční exploraci fenoménů. 	<ul style="list-style-type: none"> • Získaná znalost nemusí být zobecnitelná na populaci a do jiného prostředí. • Je těžké provádět kvantitativní predikce. • Je obtížnější testovat hypotézy a teorie. • Analýza dat i jejich sběr jsou často časově náročné etapy. • Výsledky jsou snadněji ovlivněny výzkumníkem a jeho osobními preferencemi.

Zdroj: Hendl, 2012, s. 50

V závěru popisování zvolené výzkumné strategie bych ráda uvedla, k čemu vůbec kvalitativní šetření směřuje. Hlavním cílem kvalitativního výzkumu je porozumět člověku, chápat jeho vlastní názory, jak on vidí konkrétní věci a posuzuje svoje vlastní jednání (Gavora, 2008).

5.4 Popis výzkumného souboru a zdůvodnění jeho výběru

Výzkumný soubor pochází z Centra péče o duševní zdraví v Hradci Králové. Zvolení klienti trpěli odlišnými duševními poruchami, přičemž vybrané poruchy, se kterými jsem se během rozhovorů setkala, popisuji v teoretické části. Výzkumný vzorek tvoří 7 informantů, které jsem si vybrala na doporučení arteterapeutky, se kterou jsem během rozhovorů měla konzultace ohledně této části bakalářské práce. Arteterapeutka i vedoucí CPDZ se mnou na základě teoretické části zhodnotily vhodné klienty pro výzkum, jelikož někteří účastníci arteterapie nebyli svéprávní nebo nebyli schopni rozhovor vykonat.

Mezi informanty se nachází pouze jeden muž. Podle mého názoru je to z toho důvodu, že pro muže není příjemné hovořit o své nemoci se ženami a také pro to, že pro většinu mužů je umění vzdálenější než pro ženské pohlaví. V CPDZ bylo zřejmé, že převažují spíše ženy, které docházejí na různé aktivity, které Centrum nabízí. Mezi dotazovanými je také klientka, která trpí lehkou mentální retardací. Byla významným přínosem pro celkové pojetí rozhovorů, neboť jsem mohla posoudit, reakce, chování, jednání a spolupráci člověka s kombinovanou poruchou.

Do této podkapitoly také nezbytně patří následující odstavec, který se věnuje prvnímu kontaktu s klientem, který zahrnoval otázky vztahující se ke stáří či konkrétní poruše klienta. Na začátku rozhovoru jsem kladla otázky, které se týkaly věku nemocné osoby, pohlaví, které jsem však zjistila již při prvním setkání s duševně nemocným jedincem. Další otázka směřovala k diagnóze, avšak na tuto otázku jsem se dotazovala většinou až v závěru rozhovoru, neboť jsem chtěla, aby se klienti uvolnili, navázali se mnou kontakt a důvěru. Pro přehlednost jsem údaje uvedla do tabulky (viz Tabulka 3). Tabulka 4 obsahuje doplňující informace o dotazovaných informantech.

Tabulka 3: Přehled klientů Centra péče o duševní zdraví, kteří navštěvují arteterapii

Informanti	Věk	Pohlaví	Diagnóza
I1	35 let	žena	Hraniční porucha osobnosti
I2	34 let	žena	Specifická (izolovaná) fobie
I3	67 let	žena	Depresivní porucha
I4	60 let	žena	Depresivní porucha
I5	49 let	žena	Bipolární afektivní porucha
I6	59 let	muž	Bipolární afektivní porucha
I7	31 let	žena	Organická úzkostná porucha spojená s lehkou mentální retardací

Zdroj: Autorka

Tabulka 4: Přehled kladených otázek a odpovědí zaměřených na doplňující informace o informantech (I1 – I7) ve vztahu k arteterapii

Kladené otázky	Odpovědi						
	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7
1. Délka návštěvnosti CPDZ.	2 roky	3 roky	12 let	6 let	6 let	13 let	6 let
2. Častost návštěvnosti CPDZ.	denně	denně	1 - 2x týdně	1x týdně	1x týdně	denně	1x týdně
3. Délka návštěvnosti arteterapie.	2 roky	2 roky	12 let	6 let	6 let	13 let	6 let
4. Častost návštěvnosti arteterapie.	každý týden	každý týden	každý týden	každý týden	2x za měsíc	každý týden	2x za měsíc

Zdroj: Autorka

5.5 Centrum péče o duševní zdraví

Následující podkapitola bude vycházet z webových stránek Centra péče o duševní zdraví, jelikož je zde mnoho důležitých informací, které jsou přínosné nejen pro mě, ale mohou být přínosem také pro osoby, které si tuto práci přečtou. Jedná se o přiblížení základních informací o CPDZ.

CPDZ vzniklo v roce 1999 díky podpoře Psychiatrické kliniky, která sídlí v Hradci Králové. Jedná se o státní, nezdravotnické zařízení denních aktivit provozované Centrem pro integraci osob se zdravotním postižením, které poskytuje sociálně aktivizační služby lidem s duševním onemocněním, kteří chtějí aktivním způsobem využít svůj volný čas, pracovat na sobě, svých schopnostech a vlastnostech, žít podle svých představ a možností. Centrum péče o duševní zdraví při poskytování podpory a pomoci sleduje cíl, aby uživatel služeb byl v budoucnu schopen řešit vlastní situaci samostatně a nestal se pouze pasivním příjemcem jednotlivých služeb. Vše je založeno na dobrovolnosti a bezplatnosti (Centrum péče o duševní zdraví, 2014).

Na závěr celkového popisu Centra se budu věnovat dalším otázkám, které jsem jednotlivým klientům kladla. Je zde zřejmé propojení teoretické a praktické části, neboť se budu věnovat otázkám, které jsou zaměřené na vztahy mezi arteterapeutkou a klientem, na pocity ve skupině, ale také na poznatky jednotlivých klientů ohledně individuální a skupinové arteterapie, přičemž tyto dva pojmy jsou vysvětleny v části teoretické.

- Jaký máš vztah k arteterapeutce? Jaký na ni máš názor?
- Jak se cítíš ve skupině? Jaké vztahy ve skupině máte?
- Znáš individuální arteterapii?
- Prošel/a sis někdy individuální arteterapií?
- Co si myslíš, že by pro tebe bylo přínosnější – individuální nebo skupinová arteterapie?

Z odpovědí na první otázku, které jsem měla možnost zaznamenat, mají všichni klienti velmi pozitivní názor na arteterapeutku. Odpovědi zahrnují slova jako sympatická, příjemná, výborná, harmonická, bezvadná. Informantka (I1) dokonce uvádí: „*Jo, je úplně úžasná.*“ Další otázka zahrnuje vztahy ve skupině, kde dochází

opět k podobným až stejným názorům. Všichni klienti se ve skupině cítí dobře. „*Dobře. Je to taková velká rodina.*“ (I7) Další tři otázky se vztahují k individuální a skupinové arteterapii jako takové. Přičemž pouze jedna informantka (I1) ze všech dotazovaných zná individuální arteterapii a také na ni docházela a někdy ještě dochází. Ostatní klienti individuální arteterapii buď neznají, nebo si nejsou jisti. Z toho také vyplývají odpovědi na tu poslední otázku, jelikož informantka (I1), která zná individuální arteterapii, tak si myslí, že je pro ni přínosnější ta individuální. „*Pro mě určitě za individuální...*“ (I1) Zbylí klienti znají pouze skupinovou arteterapii, takže všichni, kromě jedné informantky, která odpověděla: „*Tak já jsem tu individuální nedělala, tak nevím...*“ (I4), si myslí, že je pro ně přínosnější ta skupinová, jelikož zde mají více přátel, je zde legrace nebo získávají inspiraci, co vymysleli a nakreslili ostatní klienti.

5.6 Průběh výzkumu

Jelikož další podkapitola je rozsáhlejší, rozhodla jsem se ji pro přehlednost rozdělit do dvou podkapitol, které se budou zabývat předvýzkumem k výzkumnému šetření a průběhem sběru dat.

5.6.1 Předvýzkum

První podkapitola vztahující se k průběhu výzkumu se týká předvýzkumu k výzkumnému šetření, který je založený na studiu odborné literatury o osobách s duševním onemocněním a také o arteterapii, která ovlivňuje psychický stav těchto jedinců. Důvod volby odborných publikací spočíval v nedostatku poznatků o cílové skupině a zmíněné neverbální technice. Lidé v dnešní společnosti nemají mnoho informací týkajících se osob s duševním onemocněním a to shledávám jako zásadní chybu, neboť psychické poruchy jsou čím dál rozšířenější a postihují neustále mnoho osob.

Součástí předvýzkumu byla také konzultace s pracovníci Centra péče o duševní zdraví. Přednesla jsem jim sestavený rozhovor, který bych ráda s klienty vedla a radila se s nimi, zda bude vše klientům srozumitelné nebo je potřeba některé otázky upravit. Když byly všechny otázky schváleny, došlo k samotnému výzkumu, kterým se bude zabývat následující podkapitola.

5.6.2 Průběh sběru dat

V říjnu roku 2014 proběhl první kontakt s CPDZ. Po osobní konzultaci a několika elektronických konverzacích s vedoucí Centra Mgr. Ivanou Šťastnou a arteterapeutkou Bc. Martinou Vanderkovou, jsem od března roku 2015 začala docházet do Centra již pravidelně. Hodiny arteterapie se konaly každé pondělí většinou od 15:30 hodin, kde jsem měla možnost pozorovat klienty i jejich výtvary. Jelikož práce s danou cílovou skupinou je velmi náročná a citlivá, výzkumné šetření probíhalo až do září roku 2015, kdy jsem dokončila poslední rozhovor.

Jednotlivé rozhovory probíhaly v klidné místnosti, kde jsem byla pouze já a klient. Nejprve jsem se představila, seznámila klienta znovu s tématem, s jednotlivými otázkami a požádala ho o podepsání souhlasu se zpracováním údajů týkajících se věku, pohlaví a zdravotního stavu. S klientem jsem se vždy domluvila, že budu rozhovor nahrávat na diktafon, abych následně mohla jeho odpovědi zpracovat do bakalářské práce. Délka rozhovoru se odvíjela od psychické poruchy, nálady, počasí i stydlivosti a komunikativnosti klienta. V průměru se rozhovory pohybovaly okolo půl hodiny, přičemž někteří klienti odpovídali stručněji, jiní si zase rádi povídali.

5.7 Analýza získaných údajů

DC I. Zjistit, jaký vliv má arteterapie na osoby s duševním onemocněním, které navštěvují Centrum péče o duševní zdraví.

První dílčí cíl se nejvíce vztahuje k hlavnímu cíli této práce, který se zaměřuje na zjišťování vlivu arteterapie na osoby s duševním onemocněním. Dotazovala jsem se otázkami **TO1 – TO7**. Pro přehlednost jsou vždy jednotlivé otázky analyzovány samostatně.

DC I.1 Zjistit, v čem klientům arteterapie pomohla.

Otázka **TO1** se týkala pomoci arteterapie dané cílové skupině. Stanovila jsem několik kategorií, do kterých jsem jednotlivé informanty zařadila.

- **Zlepšení duševního stavu**
- **Sebepoznávání**

- **Nová přátelství**
- **Odstranění pochybností**
- **Neví**

Zlepšení duševního stavu

Do první skupiny jsem zařadila informanty I1, I3, I7, kterým arteterapie pomohla ve zlepšení duševního stavu. Jedná se o zhmotnění pocitů, odpoutání od myšlenek, o pomoc v psychických problémech. Jak udává I7: *„V psychických problémech v práci hlavně a v rodině taky doma.“* I1 mi zase sdělila, že jí arteterapie pomohla ve zhmotnění pocitů: *„Tak nějak porovnat si v hlavě ty myšlenky...“* I3 říká: *„No jako že člověk vlastně se odpoutá, že se odpoutá od těch myšlenek...“*

Sebepoznávání

Následující kategorie pojímá pouze jednu informantku I2, která se zaměřuje na údiv nad svými výtvary. Zařadila jsem ji do této skupiny, protože si myslím, že na základě její odpovědi dochází k sebepoznávání. I2 tvrdí, že jí arteterapie pomohla takto: *„...když něco vytvořím, tak se tomu třeba i jako někdy divím, co jsem vytvořila, tak jakoby, že něco o sobě no.“*

Nová přátelství

Do této kategorie jsem zařadila informantku I4, která si je vědoma toho, že na základě neverbální techniky arteterapie získala nové přátele. *„Tak že jsem tady poznala třeba nějaký kamarádky zase nový...“* (I4) Arteterapie pomáhá klientům vytvářet a navazovat nové vztahy, které klienti mnohdy udržují i mimo Centrum péče o duševní zdraví.

Odstranění pochybností

Z výpovědí, které jsem měla k dispozici, vyplynulo, že informant I6 patří do skupiny, která se podílí na odstranění pochybností. Jelikož navštěvuje arteterapii s ostatními klienty, dochází k potlačení představ o tom, že mu někdo ubližuje. *„Když mám takový nějaký pochybnosti nebo něco takovýho, tak s těma lidma, co tam chodíme, tak to se mi tam líbí a nemám žádný pochybnosti...“* (I6)

Neví

Poslední informantka I5 patří do kategorie – Neví. Je to pouze z jediného důvodu, jelikož odpověď I5 zněla takto: „*Tak jako, že nevím, co říct teda jako na tudle otázku zrovna.*“ Jako jediná nedokázala na položenou otázku odpovědět.

Shrnutí dílčího cíle I.1

Nejvíce klientů (3 ze 7) spatřovalo vliv arteterapie na zlepšení duševního stavu. Arteterapie dále pomáhá svým klientům při sebepoznávání, odstranění různých pochybností, které mohou klienti mít, ale i při navazování nových přátelství. Pouze jedna klientka nedokázala na otázku odpovědět.

DC I.2 Zjistit, v čem klientům arteterapie pomáhá z dlouhodobého hlediska.

Následující odpovědi jsem zjišťovala pomocí otázky **TO2**. Klienti se měli zamyslet nad tím, jak jim arteterapie pomáhá z dlouhodobého hlediska.

- **Zpracování bolestivých obsahů**
- **Uvolnění a odpočinek**
- **Kreslení doma**
- **Zvýšení sebevědomí**

Zpracování bolestivých obsahů

Následující kategorie pojímá pouze jednu informantku I1. Její odpověď mě velmi zaujala, neboť směřovala přímo. Podle mého názoru nepotřebuje více vysvětlení, jelikož jsem si dovolila citovat celou její odpověď. „*No dlouhodobá opravdu spíš to, že se dokážu v sobě líp zpracovat jo, takový ty bolavý části toho života, toho, co to vlastně všechno jakoby způsobilo nebo prostě, co navodilo tuhle tu poruchu osobnosti.*“ (I1)

Uvolnění a odpočinek

Z výpovědí jednotlivých klientů vyplynulo, že nejčastěji vnímají pomoc arteterapie z dlouhodobého hlediska v uvolnění a odpočinku. Do této kategorie patří informanti I2, I4, I5, I7. Klienti se shodli v tom, že dochází nejen k uvolnění a odpočinku, ale

také navození klidu. Nejvíce mě zaujala odpověď I7: „*Prostě jsem taková jakoby, všechno tady jako, když tě vezme víla a okouzlí tě, jakoby a spadne z tebe prostě všechna ta smůla a takový to ztráty.*“ Ostatní klienti, které jsem zařadila do kategorie uvolnění a odpočinku, směřovali své odpovědi reálněji. Například I2 říká: „*...jakoby se trochu uvolnit*“ nebo I4 dodává: „*Já se vždycky třeba jako při tom i uklidním...*“ I5 tvrdí: „*...cejtím se po ní taková jako odpočatá...*“

Kreslení doma

Do této kategorie jsem zařadila informantku I3 a opět, jako v předchozí skupině, informantku I4. Důvodem je, že si obě zmíněné klientky myslí, že jim arteterapie z dlouhodobého hlediska opravdu pomáhá a dovedla je i k malování v domácím prostředí. Důkazem jsou jejich výpovědi. „*...i doma jako se snažím třeba i malovat...*“ (I4) Nebo jak uvádí I3: „*...kreslím i doma...*“

Zvýšení sebevědomí

Poslední zvolená kategorie dílčího cíle I.2 se týká zvyšování sebevědomí. Zvolila jsem tento název podle informanta I6, který sem patří. Z jeho výpovědi vyznívá nadšení a pýcha nad svými výtvoři, jelikož některé obrázky, které klienti vytvoří, jsou mnohdy k vidění na různých výstavách, kde je obdivují jiní lidé. I6 mi sdělil, že si je vědom toho, že na arteterapii docházejí lidé, kteří umějí lépe malovat než on, ale někdy se mu práce opravdu povede. „*Mám radost, když třeba je nějaká výstava nebo něco a mám tam nějaký obrázky a vidím, že jsou pěkný, že se lidem taky liběj...*“ (I6)

Shrnutí dílčího cíle I.2

Nejvíce klientů jsem podle jednotlivých odpovědí zařadila do skupiny odpočinku a uvolnění, kam spadají čtyři dotazovaní informanti. Arteterapii u nich z dlouhodobého hlediska vyvolává uklidnění. Ze zpracování konkrétních otázek také vyplývá, že dva klienti kromě malování na hodinách arteterapie, vytvářejí různá výtvarná díla i v domácím prostředí, neboť je kreslení baví a pomáhá jim opět k navození klidu, který vzhledem ke svému onemocnění nezbytně potřebují. Arteterapie přispívá z dlouhodobého hlediska také ke zpracování bolestivých obsahů a zvýšení sebevědomí.

DC I.3 Zjistit, jak se klienti cítí bezprostředně po arteterapii.

Dílčí cíl I.3 jsem zjišťovala pomocí otázky **TO3**, kdy se klienti měli zamyslet nad tím, jak se cítí ihned po hodině arteterapie.

- **Únava**
- **Dobré pocity**

Únava

Kategorie nesoucí tento název pojímá dva informanty. Patří sem informantka I1 a informant I6, jelikož jejich odpovědi byly jednoznačné. „*Většinou, když jako je to hodně intenzivní, tak unavená.*“ (I1) I6 odpovídá stejně jako I1: „*Jsem takovej unavenej...*“ Jelikož práce při hodinách arteterapie je mnohdy opravdu intenzivní a klienti nemají ani potřebu udělat si přestávku, může po dokončení díla nastat únava.

Dobré pocity

Kromě I1, můžeme do této skupiny zařadit všechny informanty – I2, I3, I4, I5, I6, I7, neboť se všichni cítí po skončení malování dobře. Jednoslovnou odpověď jsem získala od I2 a I5, kteří souhlasili, že se po hodině arteterapie cítí „*dobře*“. Podobně odpověděla také informantka I4: „*...docela dobře...*“ Informantka I3 doplnila, že pokud její stav není „*dost kritický*“, tak se cítí „*uvolněně, dobře*“. Dále jsem do této kategorie zařadila informanta I6, který patří i do předchozí skupiny, avšak i přestože se cítí po hodině arteterapie unavený, má poté „*dobrej pocit*“, že se na arteterapii dostavil. Nejvíce mě ale zaujala odpověď I7, kterou bych popisovanou kategorií ráda ukončila: „*Cejtím se prostě úplně, jak bych to řekla, v ráji...*“

Shrnutí dílčího cíle I.3

Dílčí cíl I.3 jsem rozdělila na dvě kategorie a po zpracování jednotlivých výpovědí jsem se dozvěděla, že někteří klienti se bezprostředně po arteterapii cítí dobře, přičemž dva dotazovaní jedinci uvedli, že se cítí unaveně. Z toho vyplývá, že do skupiny nesoucí název Dobré pocity, patří nejvíce klientů (6 ze 7).

DC I.4 Zjistit, zda klienti pozorují zlepšení ve svém životě od té doby, co navštěvují arteterapii.

Dále jsem se snažila zjistit, zda klienti pozorují určité zlepšení od té doby, co na arteterapii docházejí. Dotazovala jsem se pomocí otázky **TO4**.

- **Nepozorují zlepšení**
- **Pozorují zlepšení**

Nepozorují zlepšení

Téměř polovina klientů nepozoruje zlepšení ve svém životě od té doby, co navštěvuje arteterapii. Zařadila jsem do zmíněné kategorie informanta I1, I4, I5. Informantka I1 mi přímo sdělila: „*Tak v rámci tyhle arteterapie ne...*“ Podobná odpověď se objevila také u I5: „*No ani bych, no neřekla, tak jako jednou je mi líp, někdy hůř no.*“ Poslední informantka I4, která sem patří, mi sděluje, že jí kreslení přináší hodně a že ráda kreslí a něco vytváří, ale aby došlo ke zlepšení v životě, tak by musela změnit něco jiného. „*Ale jako zlepšení bych asi musela změnit své životní prostředí.*“ (I4)

Pozorují zlepšení

Více než polovina dotazovaných jedinců pozoruje zlepšení ve svém životě. Patří sem druhá část informantů. Jedná se o I2, I3, I6, I7. Klienti jsou si vědomi toho, že jim arteterapie přináší zlepšení a je to zřejmé i z jejich odpovědí. „*No určitě...*“ (I3) „*...za tu dobu je to o hodně lepší, než když jsem třeba sem přišel...*“ (I6) Dále jsem se zaměřila na dva informanty, jejichž myšlenky mě velmi zaujaly. Když jsem položila I7 otázku, zda pozoruje zlepšení ve svém životě, dočkala jsem se pozitivní věty: „*Myslím, že jo. Jsem taková, víc se snažím a více mě to nakopne tady vždycky.*“ Informantka I2 také pozoruje zlepšení ve svém životě a dodává: „*...začala jsem víc komunikovat s lidma*“.

Shrnutí dílčího cíle I.4

Z výpovědí jednotlivých klientů vyplynulo, že u více než poloviny ke zlepšení v životě došlo. Ať už se jedná o rozvoj vlastní osoby nebo o komunikaci s ostatními

lidmi, dochází zde k pozitivním reakcím na kladenou otázku. Je však také důležité zmínit, že druhá část klientů zlepšení ve svém životě nepocítuje, ale opět se můžeme setkat s tím, že se klient cítí střídavě lépe a hůře nebo by také muselo dojít ke změně prostředí, ve kterém jedinec žije, aby vůbec zlepšení nastalo.

DC I.5 Zjistit, zda mají klienti pocit, že se změnil jejich zdravotní stav od té doby, co navštěvují arteterapii.

Snažila jsem se zjistit, zda se změnil zdravotní stav klienta od té doby, co dochází na hodiny arteterapie. Tazatelská otázka **TO5** mi k tomu pomohla.

- **Ano, změnil**
- **Ne, nezměnil**

Ano, změnil

V tomto případě se jedná o kategorii, kam patří téměř většina klientů, se kterými jsem měla možnost zpracovat rozhovor. Spadá sem informant I1, I2, I3, I6, I7, jelikož uvedení informanti jsou si vědomi změny, která nastala v jejich zdravotním stavu. Odpovědi byly jasné a výstižné. „*Určitě.*“ (I1) „*Řekla bych, že ano.*“ (I2) „*No určitě.*“ (I3) „*No já myslím, že se to zlepšilo...*“ (I6) „*Určitě jo.*“ (I7)

Ne, nezměnil

Informantka I4 říká: „*Tak to já nemůžu říct, že by se změnil můj zdravotní stav jako no.*“ Informantka I5 tvrdí: „*No tak, to asi bych řekla, že to je pořád tak nějak stejný.*“ Z výpovědí, které jsem právě uvedla, vyplývá, že pouze dva informanti (I4, I5) neshledávají žádnou změnu ve svém zdravotním stavu od té doby, co navštěvují arteterapii. Jak můžeme vidět, I5 si myslí, že její zdravotní stav je pořád stejný, takže ke změně nedošlo.

Shrnutí dílčího cíle I.5

Pocity klientů, zda se změnil jejich zdravotní stav od té doby, co navštěvují arteterapii, byly v pěti případech dobré. Převážná část jich spadá do kategorie Ano, změnil.

DC I.6 Zjistit, zda jsou klienti po návštěvě arteterapie na tom po psychické stránce lépe či hůře.

Dále jsem využila otázku **TO6**, kde měli klienti odpovědět, jak jsou na tom po psychické stránce, když navštěvují hodiny arteterapie.

- **Lépe**
- **Hůře**

Lépe

Mnoho dotazovaných klientů (5 ze 7) se shoduje ve zlepšení psychické stránky od té doby, co docházejí na hodiny arteterapie. Zařadila jsem do zmíněné skupiny informanty I1 – I5. První klientka, se kterou jsem k rozhovoru zasedla, pojala otázku v delším časovém úseku: „*Tak jako když to vezmu opravdu v průběhu času, tak lépe.*“ (I1) Další klientka mě velmi potěšila, jelikož z její výpovědi je zřejmé, že jí arteterapie opravdu ke zlepšení psychického stavu přispívá: „*Jako po psychický stránce jsem na tom určitě o hodně moc líp.*“ (I3) Další odpovědi byly také pozitivní. „*Lépe.*“ (I2) „*Tak po tý arte jako líp vždycky...*“ (I4) „*Tak lépe, lépe se po ní cítím.*“ (I5)

Hůře

Následující kategorie mě opravdu zaujala, jelikož dva informanti I6 a I7, kteří na otázku, zda jsou na tom po psychické stránce lépe nebo hůře, odpověděli hůře. Avšak z odpovědí je patrné, že se jedná o momentální stav, než že by arteterapie zhoršovala jejich psychiku. Pro přiblížení je důležité uvést, co mi informanti sdělili. „*Dneska momentálně se cejtím nějak hůř, já nevím, čím to je...*“ (I6) Klient si sám není vědom toho, co ovlivnilo jeho stav. Stejně tak informantka I7 podle svých slov „*v práci hůře*“ se cítí špatně. Je zde souvislost s pracovním nasazením, než s tím, že by arteterapie zhoršovala psychický stav člověka.

Shrnutí dílčího cíle I.6

Arteterapie zajišťuje více než polovině klientů v Centru péče o duševní zdraví zlepšení psychického stavu. Z první kategorie vyplývá, že jsou na tom klienti po

psychické stránce lépe. Druhá kategorie nám ukazuje, že se klienti cítí hůře, neboť první uvedený informant I6 sice neví proč, ale cítí se tak a informantka I7 se cítí špatně kvůli zaměstnání. Je možné, že I6 a I7 úplně nepochopili položenou otázku.

DC I.7 Zjistit, zda klienti chodí rádi na arteterapii.

Na základě tazatelské otázky **TO7** jsem se dotazovala, jestli klienti chodí na hodiny arteterapie rádi.

- **Kladná odpověď**

Poslední kladená otázka spadající do prvního dílčího cíle byla velmi úspěšná, jelikož všichni informanti, kterých jsem se zeptala, zda na arteterapii chodí rádi, odpověděli kladně. Zařadila jsem do této kategorie informanty I1 – I7. Shodně odpověděli informanti I3 a I5: „*Chodím sem ráda.*“ Dále I4 říká: „*No tak já si myslím, že jo.*“ (I4) Odpověď I6 zněla: „*No to jo...*“ Odpovědi byly také jednoslovné: „*Jo.*“ (I1) „*Ano.*“ (I2) Nejvíce se mi líbila výpověď poslední dotazované informantky I7: „*Chodím sem ráda strašně moc.*“

Shrnutí dílčího cíle I.7

Všichni dotazovaní klienti chodí na arteterapii rádi. V případě, že by jejich odpověď byla negativní nebo zněla ne, rozhodla jsem se klientů doptat, z jakého důvodu nahlízejí na tuto otázku ze špatného úhlu, avšak taková odpověď nenastala.

DC II. Zjistit, jaká očekávání si s sebou klienti na arteterapii přináší a jaký je důvod, proč na ni docházejí.

Druhý stanovený dílčí cíl se zabývá očekáváním klienta, která si s sebou na arteterapii přináší, například se jedná o odpočinek, poznání nových přátel, ale také důvodem, proč vůbec na ni docházejí. Na druhý dílčí cíl jsem se dotazovala otázkami **TO8 – TO10**. Pro přehlednost jsou opět jednotlivé otázky analyzovány samostatně.

DC II.1 Zjistit, co klienti od arteterapie očekávají.

Otázkou **TO8** jsem se pokoušela zjistit, co klienti od arteterapie očekávají. Dostala jsem mnoho zajímavých odpovědí, které jsem níže pro přehlednost zpracovala.

- **Zábava**
- **Odreagování a odpočinek**
- **Nová technika**
- **Čas a prostředí**
- **Komunikace s lidmi**

Zábava

Informantka I1, která jako jediná patří do této kategorie, očekává: „...že se člověk pobaví...“ Proto je uvedena v této skupině. Klienti se při hodinách vyrovnávají se svými problémy, ale při kontaktu s ostatními klienty dochází i k mluvení, které mnohdy navozuje vtipná témata vedoucí k zábavě.

Odreagování a odpočinek

„Jako přijdu na jiný myšlenky, jakoby odreagování.“ (I2) „Tak, že si tím malováním trochu jako odpočnu.“ (I5) Patří sem dvě informantky I2 a I5, jejichž očekávání spočívá v relaxaci, která je pro většinu klientů po dlouhém a náročném dni nezbytná.

Nová technika

Informantka I2 kromě odreagování očekává od arteterapie, že si vyzkouší novou techniku. „No, že si třeba vyzkouším něco jinýho zase, jinou techniku...“ (I2) Klienti většinou rádi zkusí nové věci, které jsou pro jejich psychický stav důležité. Zpracovávají nové techniky, které mohou souviset s hudbou nebo netradičními materiály, jako je například zeleň.

Čas a prostředí

Klienti někdy chodí do Centra na aktivity, které doma nedělají a nemají na ně čas. Jedná se například o neverbální techniku arteterapie. Podle slov informantky I4 nese

tato kategorie název, neboť jak sděluje: „...*tady můžu dělat něco, na co třeba doma nemám čas, že jo nebo na to nemám doma prostředí jako.*“

Komunikace s lidmi

Informanti I3, I6 a I7 patřící do této skupiny očekávají komunikaci s ostatními klienty a pracovníci Centra péče o duševní zdraví. Vyplývá to z jednotlivých výpovědí, kdy například I3 říká: „...*že jako se můžeme tak nějak vyprávět, když je to někdy hodně moc jako bolavý a vážný...*“ I7 očekává: „...*lidi kolem sebe...*“ I6 uvádí: „*No hlavně že si tam popovídám s těma lidma, co tam tvořej...*“

Shrnutí dílčího cíle II.1

Nejvíce klientů je ve skupině týkající se komunikace s ostatními lidmi, poté ve skupině odreagování a odpočinku a po jednom se klienti objevují v kategorii zábava, čas a prostředí a nová technika. Komunikace je nejlepším lékem i pro zdravého člověka. Mít se komu svěřit a vyprávět je jedna z velmi důležitých potřeb každého z nás. Dále bych ráda uvedla, že při hodinách arteterapie jsem měla možnost sledovat, jak spolu někteří klienti komunikují, jiní relaxují a někdo se těšil, že vyzkouší jiné techniky. Podle mého názoru bylo očekávání jednotlivých klientů naprosto splněno, neboť se jejich odpovědi shodují s tím, co na hodinách arteterapie dostávají. Jako podklad mi bude sloužit následující dílčí cíl II.2.

DC II.2 Zjistit, proč klienti na arteterapii dochází.

Chtěla jsem zjistit, proč klienti na hodiny arteterapie dochází – co je k tomu vede, aby tam chodili. Na tento dílčí cíl jsem použila otázku **TO9**.

- **Pobyt mezi lidmi**
- **Přátelé**
- **Odreagování**

Pobyt mezi lidmi

Prvním důvodem, proč klienti na arteterapii chodí je pobyt mezi lidmi. Shodli se na tom tři informanti I1, I2, I5. Název kategorie jsem zvolila podle jednotlivých odpovědí klientů. I5 mi řekla, že na arteterapii chodí: „...*abych se si popovídala tady*“

s lidma a přišla na jiný myšlenky.“ Shodně pak odpověděly I1 a I2. Například I2 uvádí: *„...abych byla trošku mezi lidma a nebyla jenom sama doma.*“ I1 na otázku reaguje takto: *„...jsem mezi lidma...“*

Přátelé

Další důvod se týká kamarádů, které mají klienti na arteterapii. Do této kategorie jsem uvedla informanta I3 a I6. *„Protože tady mám hodně kamarádů.*“ (I3) *„Mám tady kamarády...“* (I6) Arteterapie není pouze o kreslení, ale také o pochopení druhých lidí, jelikož zde dochází ke vzájemné komunikaci mezi klienty. Navazují se zde nová přátelství, která mohou jedincům pomáhat i s různými psychickými problémy týkající se rodiny, práce či zdravotního stavu.

Odreagování

V rámci odreagování jsem zaznamenala dvě informantky I4, I7, které na arteterapii chodí. Jak zmiňuje I4: *„Abych se tak nějak odreagovala...“* Odpověď I7 zněla podobně: *„Protože tady je prostě úleva od práce a nabíjím se energií.“*

Shrnutí dílčího cíle II.2

Klienti na arteterapii dochází především kvůli pobytu mezi ostatními klienty, aby si s nimi popovídali, přišli na jiné myšlenky a nebyli sami doma. Další kategorie shledávám také jako přínosné pro dotazované jedince, neboť nejen pobyt mezi lidmi, ale i odpočinek je v různých situacích důležitý.

DC II.3 Zjistit, co by se muselo stát, aby klienti přestali na arteterapii docházet.

Následující odpovědi jsem získala pomocí otázky **TO10**. Od klientů jsem se snažila zjistit, co by je vedlo k tomu, aby přestali na hodiny arteterapie chodit.

- **Nic**
- **Větší počet klientů**
- **Vzdálenost**
- **Pomlouvání**

Nic

Více než polovina klientů patří do skupiny nesoucí název Nic. Znamená to, že informanti I1, I3, I5, I6, kteří sem patří, by na arteterapii nepřestali docházet. Nejsou si vědomi ničeho, co by překazilo jejich docházku. Například I3 říká: „*Já nemám představu...*“ Z následujících výpovědí je zřejmé, že klienti na arteterapii chodí rádi, proto nepřišli na nic, co by je od arteterapie odradilo. „*To já nevím, asi nic jako jo.*“ (I1) Informant I6 mi sděluje: „*No to, to nevím, já sem chodím na tu terapii rád a účastním se každý tý arteterapie.*“ Podobně se vyjádřila I5: „*Mně to tady je příjemný a nemám důvod, abych přestala.*“

Větší počet klientů

V rámci arteterapie by informantku I2 odradilo, kdyby na hodinu docházelo ještě více klientů než v současné době. Z její výpovědi je zřejmé, že menší počet osob je pro tuto klientku příjemnější a cítí se zde dobře. „*Asi když by každé den chodilo ještě víc klientů najednou.*“ (I2)

Vzdálenost

Vzdálenost je další bod, který ve své výpovědi zahrнула informantka I4. Centrum péče o duševní zdraví se již několikrát přestěhovalo, a proto klientka reálně smýšlí o jisté nedostupnosti Centra pro její osobu. „*Tak kdybych to měla, nevím, prostě nějak hodně daleko nebo jako nepřístupný...*“ (I4)

Pomlouvání

Poslední dotazovaná klientka, se kterou jsem měla možnost vést rozhovor, by přestala na arteterapii chodit v případě, že by jí to tam podle jejích slov zošklivili. „*...museli by mě třeba pomluvit a já bych se urazila a už bych sem nechodila.*“ (I7)

Shrnutí dílčího cíle II.3

Nejvíce klientů (4 ze 7) tvrdí, že by na arteterapii chodit nepřestalo. Nejsou si vědomi žádných situací, které by mohly zapříčinit jejich absenci na těchto hodinách. Klienti na arteterapii chodí rádi a cítí se tam příjemně. Samozřejmě dochází také ke

zjištění, že v určitých případech, jako jsou pomluvy, velký počet klientů nebo větší vzdálenost, by někteří klienti přestali na hodiny chodit.

DC III. Zjistit, zda se klienti cítili někdy během arteterapie nepříjemně a zda by chtěli, aby se arteterapie v něčem změnila, případně zlepšila, pokud je to možné.

Třetí stanovený dílčí cíl se vztahuje k pocitům jednotlivých klientů. Dochází zde ke zjištění, zda se během arteterapie cítil někdo někdy nepříjemně a pokud je to možné, zda by se dala arteterapie v něčem změnit či zlepšit. Na třetí dílčí cíl jsem se dotazovala otázkami **TO11 – TO12**. Pro přehlednost jsou znovu jednotlivé otázky analyzovány samostatně.

DC III.1 Zjistit, zda se někdy klienti během arteterapie cítili nepříjemně, zda je něco naštvalo nebo jim bylo něco líto.

Snažila jsem se zjistit, zda se někdy stalo, že se klienti cítili na arteterapii nepříjemně nebo je někdo nebo něco naštvalo a zda jim bylo něco líto. K analýze mi pomohla tazatelská otázka **TO11**.

- **Ne**
- **Ano**

Ne

Při zpracování otázky, zda klientům bylo něco líto, něco je naštvalo nebo se cítili během arteterapie někdy nepříjemně, mi bylo jasné, že vytvořím pouze dvě kategorie. Klienti si mohli říct ano nebo ne. V tomto případě se jedná o pozitivní reakci, kdy klientům nic líto nebylo nebo je nic nenaštvalo, ani se necítili nepříjemně. Kromě jedné klientky sem patří všichni informanti I1 – I6. „*Ne, tady ne.*“ (I1) „*Snad asi ani ne.*“ (I2) „*Já si taky nepamatuju, že by mi něco bylo líto.*“ (I3) „*Při arte to taky nemůžu říct, že by mě naštvalo.*“ (I4) „*Ne, nenaštvalo.*“ (I5) „*To ne.*“ (I6)

Ano

Druhá kategorie pojednává o opačných reakcích. Klienti zaznamenali situace, kdy se cítili nepříjemně nebo je něco mrzelo, naštvalo. Spadá sem informant I7 a současně s první kategorií informant I2, I3, I6. Informantce I2 sice nic líto nebylo, ale cítila se nepříjemně: „...*když se pak třeba víc lidí bavilo...*“ U informantky I3 platí to samé, také se někdy cítila nepříjemně: „...*když jsem měla nějaký velký bolístky...*“ Poslední informant I6, kterého najdeme v obou kategoriích, se necítil nepříjemně na hodinách arteterapie, ale říká: „*Jsem si připravil barvy a oni mi je sebrali...*“, tak to ho naštvalo. I7, která patří pouze do této skupiny, cítila smutek i vztek, jelikož s nimi dříve chodila na arteterapii klientka, která byla na všechny nepříjemná a I7 to vadilo. „...*ta byla hrozně nepříjemná a dost mi to vadilo.*“ (I7)

Shrnutí dílčího cíle III.1

Obě kategorie jsou přínosné nejen pro zpracování této části, ale také pro arteterapeutku a samotné klienty. Všichni dotazovaní přemýšleli nad tím, co je kdy naštvalo, mrzelo nebo zda nastala situace, která jim byla nepříjemná. Došlo na smích i hněv, ale obě kategorie shledávám jako dobré, jelikož si klienti sami uvědomili, co jim vadí a mohou na tom zapracovat, s konkrétní situací něco udělat a se vším jim může pomoci jejich arteterapeutka.

DC III.2 Zjistit, zda mají klienti nápad na nějaké zlepšení nebo zda by se mělo něco změnit, aby je arteterapie více bavila.

Poslední zvolenou tazatelskou otázkou **TO12** jsem se ptala, zda mají klienti nějaké nápady, které by vedly ke zlepšení hodin arteterapie nebo zda by se mělo něco změnit, aby je výtvarná technika více bavila.

- **Nemá**
- **Nové techniky**

Nemá

Následující skupina pojímá šest informantů I1, I2, I3, I5, I6, I7, kteří nemají nápad na zlepšení hodin arteterapie. „*No tak nic, protože mě to prostě baví.*“ (I1) „*To mě*

zatím nenapadá...“ (I2) „Mně se to líbí, jak to, jak to probíhá...“ (I3) „Teď momentálně mě nic nenapadá.“ (I5) „Jsem o tom nepřemýšlel.“ (I6) Informantka I7 mi sdělila, že zlepšení by nastalo, avšak by muselo přijít z její strany. „Musím se víc snažit...“ (I7)

Nové techniky

Do následující kategorie patří pouze jedna dotazovaná informantka, která by ráda doplnila hodiny arteterapie novou technikou. I4 vždy ráda kreslila tužkou, proto by chtěla do arteterapie zapojit tužko-kresby. „*Já jsem teda vždycky hodně kreslila jako tužkou, že jo, tužko-kresby nebo třeba nějaký portréty...“ (I4)*

Shrnutí dílčího cíle III.2

Většina klientů (6 ze 7) nemá žádné nápady na zlepšení, jelikož jsou s chodem arteterapie spokojeni, o zlepšení nepřemýšleli nebo v případě jedné informantky I7 by zlepšení nastalo v případě, že by se ona sama začala více snažit. Jak je již vidět, pouze I4 má návrh na nějaké zlepšení, které se týká nové techniky (tužko-kresba).

6 Shrnutí praktické části

První dílčí cíl, který se zabýval vlivem arteterapie na osoby s duševním onemocněním, které navštěvují Centrum péče o duševní zdraví, mi poskytl široký náhled do zkoumané problematiky. Stanovila jsem zde nejvíce tazatelských otázek, neboť mi přijde tato část nejvíce spjatá s hlavním cílem práce, nezbytná pro celý výzkum a také velmi významná pro samotné klienty i pracovnice Centra. Na základě jednotlivých otázek jsem došla ke zjištění, že arteterapie pomáhá ve zlepšování duševního stavu nemocných osob, v sebepoznávání, při navazování nových přátelství, ale i k odstranění určitých pochybností, které mohou každý den nastat. Arteterapie pomáhá lidem se zpracováním bolestivých částí, zvýšení sebevědomí, ale také nastolení klidu a odpočinku. Je jisté, že tato neverbální technika nemocným osobám pomáhá a ve většině případů dochází k pozitivnímu vlivu na zdravotní stav a zlepšení psychické stránky jedince.

Na základě druhého stanoveného dílčí cíle jsem se snažila zjistit, jaká očekávání si s sebou klienti na arteterapii přináší a jaký je důvod, proč na arteterapii chodí. Zábava, odpočinek, nové techniky i komunikace s lidmi byly zásadní pojmy, které nastolily jistá očekávání. Při zpracování odpovědí na další otázku, která zjišťovala, proč klienti na arteterapii chodí, jsem došla k závěru, že pobyt mezi lidmi, relaxace a přátelství jsou body, které naplňují klientova očekávání a stávají se důvodem docházky na arteterapii. Celkově docházejí klienti na arteterapii rádi a ve většině případů si nejsou vědomi ničeho, co by vedlo k absenci na hodinách této neverbální techniky.

Posledním dílčím cílem jsem se pokoušela navázat na emoční stránku klienta a zjišťovala jsem, zda se klienti cítili někdy na arteterapii nepříjemně, něco je našťvalo, bylo jim něco líto nebo by chtěli změnu či zlepšení související s arteterapií. V případě nepříjemných situací jsem například zaznamenala, že klientům vadilo, když více lidí najednou mluvilo, proto by bylo dobré zajistit, aby se lidé vzájemně během malování nevyrušovali. Další bod se týkal zlepšení hodin arteterapie, kdy jedna klientka podala návrh na využití tužko-kresby. V některých případech zažili klienti nepříjemné situace a také navrhli určitá zlepšení. Tento cíl shledávám jako inspiraci pro arteterapeutku.

7 Diskuze

Cílem výzkumu bylo zjistit, jaký vliv má arteterapie na osoby s duševním onemocněním. Celkový vliv byl zjišťován na základě kvalitativní výzkumné strategie, kdy jsem použila rozhovory s jednotlivými klienty. Byly stanoveny tři dílčí cíle, které vedly k naplnění hlavního cíle výzkumu a propojení s teoretickou částí práce.

První dílčí cíl zabývající se vlivem arteterapie na osoby s duševním onemocněním byl svými kladenými otázkami nejbližší hlavnímu cíli výzkumu. Při jeho zpracování jsem dospěla ke stejnému závěru jako Liebmann (2005), který rozděluje cíle arteterapie na individuální a sociální a při tvoření praktické části jsem stanovila několik podobných bodů jako Liebmann. Do první skupiny týkající se individuálních cílů zařadil sebehodnocení, rozvoj jedince, vyjádření emocí a relaxaci. Do druhé skupiny nesoucí název sociální cíle zapojil uvědomování si sebe samých, spolupráci, komunikaci a společenskou podporu a důvěru. Na základě klientových odpovědí jsem došla k velmi podobným kategoriím, které se týkaly sebepoznávání, nových přátelství a odstranění pochybností, jež souvisely především se sociálními cíli. Uvolnění, odpočinek a zvýšené sebevědomí souvisí spíše s individuálními cíli. Liebmannovo rozdělení by bylo podle mého názoru možné v tomto výzkumu aplikovat na všechny stanovené dílčí cíle.

Druhý dílčí cíl, který se věnoval očekáváním a důvodům, proč klienti na arteterapii docházejí, bych ráda propojila s teoretickou částí na základě skupinové arteterapie. Jelikož druhý cíl pojímal kategorie týkající se zábavy, přátel, ale také komunikace s lidmi a pobytu mezi ostatními klienty, je zřejmé, že zásadní roli hraje skupina, ve které se lidé ocitají. Výstižně o tom píše Havránková (in Matoušek a kol., 2013), kdy tvrdí, že skupina je pro člověka velmi důležitým sociálním útvarem. Vzniká zde potřeba kontaktu s druhými lidmi, která vyplývá i ze stanovených kategorií druhého dílčího cíle – komunikace s lidmi, pobyt mezi lidmi, přátelé.

Třetí dílčí cíl se zabýval pocity klienta – zda se cítil někdy během arteterapie nepříjemně, bylo mu něco líto, něco ho naštvalo a zda má návrhy na zlepšení hodin arteterapie. Tento cíl jsem propojila s emoční stránkou nemocných klientů. Stejně

o tom pojednává i Lhotová (2010), podle které je výtvarná tvorba oblast, která je propojena s emotivní složkou člověka.

Pro zpracování výzkumné části mi pomohla vhodně zvolená výzkumná strategie, která mi umožnila danou problematiku lépe pochopit a přiblížit se problémům, pocitům a částečně psychickému stavu klientů. Pokud klienti položené otázky nerozuměli, měla jsem možnost otázku doplnit a více přiblížit, aby ji klient lépe pochopil a mohl bez problémů odpovědět.

7.1 Rizika a omezení výzkumu a výzkumné strategie

Při zpracovávání kvalitativního výzkumu jsem zaznamenala i několik drobných nevýhod, které však neměly zásadní vliv na celý výzkum.

Prvním omezením bylo nízké zastoupení mužské populace v celém výzkumu. Jelikož se zde objevuje pouze jeden muž, máme problematiku vlivu arteterapie na osoby s duševním onemocněním zprostředkovanou převážně z ženského úhlu pohledu. Kdyby rozhovor probíhal s více muži, mohlo by dojít k jiným závěrům. Druhým rizikem výzkumu je samotná tvorba zastřešujících kategorií, neboť se do určité míry jedná o subjektivní záležitost. Tím mám na mysli, že kdyby odpovědi do jednotlivých kategorií rozdělovala jiná osoba, mohla by vytvořit trochu jiné kategorie. Třetím limitem bylo, že výzkum probíhal pouze v jednom zařízení. Kdyby se výzkumná část realizovala v dalších vybraných zařízeních, mohli bychom dojít k jiným závěrům. Poslední stanovený limit se týká zevšeobecnování informací. Jelikož jsem prováděla výzkum v malé skupině, nemůžeme zjištěné informace zevšeobecnit na celkovou populaci osob s duševním onemocněním.

7.2 Reflexe etických rizik

Reflektování etických rizik souvisí v tomto případě se sporným bodem, zda se klienti účastnili rozhovorů dobrovolně. Jelikož rozhovory jsou ošetřeny písemným souhlasem jednotlivých klientů, tak všichni podstoupili odpovídání na otázky dobrovolně, tudíž je jisté, že jsem nikoho nenutila.

U některých klientů docházelo k nervozitě, avšak při přiblížení cíle práce a ujištění anonymity, se téměř všichni uklidnili a rozhovory probíhaly v klidu. Klienti

neodcházeli se žádnou újmou ani zhoršením jejich stavu. V případě, že by mi lidé s duševním onemocněním, kteří docházejí na arteterapii a se kterými jsem vedla rozhovory, sdělili určitý problém, že například nejsou se službou spokojeni, bylo by mou povinností nechat si zjištěnou informaci pro sebe, pokud by klient nesouhlasil s uveřejněním jeho odpovědi před arteterapeutkou či jiným pracovníkem Centra.

7.3 Implikace pro další výzkum

V praktické části práce jsem shledala tři body, které by pro další výzkum mohly být přínosné. Jelikož rozhovory, které jsem v této části zpracovávala, pocházely spíše od ženského pohlaví, bylo by zajímavé získat více odpovědí od pohlaví mužského. Proto si myslím, že zjištění, proč na arteterapii nechodí více mužů, by mohlo vést k zajímavým poznatkům.

Další bod se týká malého počtu zařízení. Výzkum by mohl probíhat ve více zařízeních, aby jednotlivé odpovědi mohly být porovnány i s jinými klienty.

Poslední bod se týká skupinové a individuální arteterapie. Pouze jedna dotazovaná klientka dochází na arteterapii individuální. Bylo by jistě pozoruhodné, kdyby další výzkum probíhal s klienty, kteří měli možnost projít si individuální i skupinovou arteterapii a následně by porovnali, co je pro ně přínosnější.

Závěr

Bakalářská práce nesoucí název Arteterapie u osob s duševním onemocněním se skládá ze dvou částí – teoretické a praktické. Snažila jsem se o vzájemné propojení obou částí a na základě teoretických poznatků vypracovat metodickou část práce.

Teoretická část se zabývá třemi hlavními kapitolami. První kapitola pojednává o duševním onemocnění, kam patří pojem duševní nemoc, příčina a vývoj duševního onemocnění, klasifikace duševních nemocí, vybraná psychická onemocnění. Druhá kapitola se zabývá sociální prací s danou cílovou skupinou – osobami s duševním onemocněním. Tato kapitola přibližuje definice a účel sociální práce, sociální práci s duševně nemocnými lidmi, specifické potřeby duševně nemocných. Poslední kapitola se věnuje arteterapii. Objevují se zde počátky týkající se arteterapie ve světě i u nás, vymezení pojmu arteterapie, formy arteterapie, funkce, cíle, techniky a materiál arteterapie. Dále se kapitola orientuje na propojení arteterapie a sociální práce a arteterapie s osobami s duševním onemocněním. Jedná se o důležité informace nejen pro mě jako autorku této práce, ale také pro ostatní lidi, kteří se chtějí problematikou zabývat a rádi by se dozvěděli zásadní informace pro práci či život s duševně nemocnou osobou.

Metodická část práce pojednává o stanovení hlavního cíle výzkumu a dílčích cílů nezbytných pro naplnění hlavního cíle, o následném transformačním procesu z dílčích cílů do tazatelských otázek, zvolené výzkumné strategii, výzkumném souboru, o popisu a zdůvodnění jeho výběru, popisu Centra péče o duševní zdraví, průběhu výzkumu a analýze získaných údajů.

Všechny kapitoly stanovené v teoretické části se prolínají do metodické části bakalářské práce. Například klasifikace duševních nemocí byla nezbytná pro přiblížení jednotlivých nemocí, kterými klienti trpí, abych jim lépe porozuměla a věděla, jak s nimi komunikovat. Sociální práce mi pomohla lépe navázat první kontakt s klientem, neboť rozhovory jsou mnohdy citlivou záležitostí. Poslední kapitolu shledávám pro svůj výzkum nejdůležitější, neboť pojednává o arteterapii, kterou se celý výzkum zabývá. Například cíle, techniky či formy arteterapie mi

pomohly správně pracovat s klienty při jednotlivých rozhovorech. Mohla jsem položené otázky doplnit a vysvětlit, pokud klient něčemu nerozuměl.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaký vliv má arteterapie na osoby s duševním onemocněním. K naplnění cíle mi posloužily tři dílčí cíle a v nich stanovené tazatelské otázky. Arteterapie má pozitivní vliv na své klienty v mnoha ohledech. Duševně nemocné osoby zde nacházejí odreagování a klid, dochází k navázání nových přátelských vztahů, které často probíhají i mimo Centrum péče o duševní zdraví, u klientů dochází ke zvyšování sebevědomí nebo zpracování různých bolestivých částí jejich života.

Bakalářská práce může mít velký přínos pro samotné Centrum péče o duševní zdraví, jelikož po jejím přečtení může arteterapeutka či ostatní pracovnice Centra dosáhnout větší spokojenosti ostatních klientů. Mám na mysli zavedení nových techniky na hodiny arteterapie nebo se snažit zapracovat na nepříjemných situacích, které se mohou týkat vzájemného vyrušování mezi klienty, na které upozorňuje dílčí cíl III.1. Dále se práce může stát přínosem pro blízké osoby duševně nemocných, jelikož život s osobou duševně nemocnou může být mnohdy velmi náročný nebo také pro široké okolí, které může osoby s psychickou poruchou odsuzovat.

V závěru bych ráda ve stručnosti napsala, že odpovědi klientů se měnily podle nálady, počasí i podle jejich momentálního stavu. Jelikož jsem měla možnost do Centra docházet již několik měsíců, pozorovala jsem změny nálad a komunikace během jednoho týdne. Shledávám práci s danou cílovou skupinou jako poměrně náročnou, avšak velmi obohacující a vzrušující.

Seznam použitých zkratk

CPDZ – Centrum péče o duševní zdraví

DC – dílčí cíl/e

DSM – Diagnostický a statistický manuál

F – Duševní nemoc

I – informant/ka

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

TO – tazatelská otázka

Seznam tabulek

Tabulka 1: Přehled transformace dílčích cílů do tazatelských otázek	27
Tabulka 2: Přednosti a nevýhody kvalitativního výzkumu	29
Tabulka 3: Přehled klientů Centra péče o duševní zdraví, kteří navštěvují arteterapii	31
Tabulka 4: Přehled kladených otázek a odpovědí zaměřených na doplňující informace o informantech (I1 – I7) ve vztahu k arteterapii	31

Seznam použité literatury a zdrojů

BOUČEK, Jaroslav a kol. *Obecná psychiatrie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. 216 s. ISBN 80-244-0240-8.

BREZNOŠČÁKOVÁ, D., T. NOVÁK a P. STOPKOVÁ. *Jak se vyrovnat s mánií a depresí: příručka pro pacienty s bipolární afektivní poruchou*. Praha: Maxdorf, 2008. 94 s. ISBN 978-80-7345-131-8.

CAMPBellová, Jean. *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi: skupinové výtvarně-terapeutické činnosti pro děti i dospělé*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 200 s. ISBN 80-7178-204-1.

CENTRUM PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ. *Aktivity*. *Cpdz.cz* [online]. 14.06.2015 [cit. 2015-11-02]. Dostupné z: <http://cpdz.cz/index.php?id=aktivity>

CENTRUM PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ. *O CPDZ*. *Cpdz.cz* [online]. 05.01.2014 [cit. 2015-11-02]. Dostupné z: <http://cpdz.cz/index.php?id=about>

EDWARDS, David. *Art Therapy*. London: SAGE Publications, 2004. ISBN 0-7619-4750-7.

FOUCAULT, Michel. *Psychologie a duševní nemoc*. Praha: Dauphin, 1997. 113 s. ISBN 80-86019-30-6.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výskumu*. 4., rozš. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava, 2008. 272 s. ISBN 978-80-223-2391-8.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. 776 s. ISBN 978-80-7367-569-1.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. 408 s. ISBN 978-80-262-0219-6.

LHOTOVÁ, Marie. *Proměny výtvarné tvorby v arteterapii*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2010. 216 s. ISBN 978-80-7394-209-0.

LIEBMANN, Marian. *Skupinová arteterapie: nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 280 s. ISBN 80-7178-864-3.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.

- MATOUŠEK, O., P. KODYMOVÁ a J. KOLÁČKOVÁ (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. 400 s. ISBN 978-80-262-0213-4.
- MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ: 10. REVIZE. *Duševní poruchy a poruchy chování: diagnostická kritéria pro výzkum*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. 179 s. ISBN 80-85121-64-6.
- MÜLLER, Oldřich (ed.) a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. 512 s. ISBN 978-80-247-4172-7.
- NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, 2001. 168 s. ISBN 80-903070-0-0.
- NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008. 228 s. ISBN 978-80-86723-48-8.
- OREL, Miroslav a kol. *Psychopatologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 264 s. ISBN 978-80-247-3737-9.
- PIPEKOVÁ, Jarmila. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. 1. vyd. Brno: MSD, 2006. 208 s. ISBN 80-86633-40-3.
- POTMĚŠILOVÁ, Petra a Petra SOBKOVA. *Arteterapie a artefiletika nejen pro sociální pedagogy*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. 112 s. ISBN 978-80-244-3120-8.
- PRAŠKO, J., J. VYSKOČILOVÁ a J. PRAŠKOVÁ. *Úzkost a obavy: jak je překonat*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. 232 s. ISBN 978-80-7367-986-6.
- RUBINOVÁ, Judith Aron (ed.). *Přístupy v arteterapii: teorie a technika*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 544 s. ISBN 978-80-7387-093-5.
- ŘEZNÍČEK, Ivo. *Metody sociální práce: Podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994. 75 s. ISBN 80-85850-00-1.
- SLAVÍK, Jan. *Od výrazu k dialogu ve výchově: artefiletika*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 199 s. ISBN 80-7184-437-3.

SLAVÍKOVÁ, V., J. SLAVÍK a S. ELIÁŠOVÁ. *Dívej se, tvoř a povídej!:* artefietika pro předškoláky a mladší školáky. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 200 s. ISBN 978-80-7367-322-2.

ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 176 s. ISBN 80-7178-616-0.

ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 176 s. ISBN 978-80-7367-408-3.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

VRTIŠKOVÁ, Marie. *Teorie a metody sociální práce II*. 1. vyd. Brno: Tribun EU, 2010. 189 s. ISBN 978-80-7399-228-6.

Seznam příloh

Příloha 1: Arteterapie s využitím artefietiky

Příloha 2: Muzikomalba

Příloha 3: Polostrukturovaný rozhovor s informantkou I2

Příloha 1: Arteterapie s využitím artefiletiky (výtvořky klientů CPDZ)



Příloha 2: Muzikomalba (výtvary klientů CPDZ)



Příloha 3: Polostrukturovaný rozhovor s informantkou I2

TO1: V čem ti arteterapie pomohla?

I2: *„Že třeba i jakoby, když něco vytvořím, tak se tomu třeba i jako někdy divím, co jsem vytvořila, tak jakoby, že něco o sobě no.“*

TO2: Jak ti arteterapie pomáhá z dlouhodobého hlediska?

I2: *„Tak asi jakoby se trochu uvolnit.“*

TO3: Jak se cítíš bezprostředně po arteterapii?

I2: *„Dobře.“*

TO4: Pozoruješ zlepšení ve svém životě od té doby, co navštěvuješ arteterapii?

I2: *„Jo, začala jsem víc komunikovat s lidma.“*

TO5: Máš pocit, že se změnil tvůj zdravotní stav od té doby, co navštěvuješ arteterapii?

I2: *„Řekla bych, že ano.“*

TO6: Po psychické stránce jsi na tom po návštěvě arteterapie lépe nebo hůře?

I2: *„Lépe.“*

TO7: Chodíš sem ráda?

I2: *„Ano.“*

TO8: Co od arteterapie očekáváš?

I2: *„No, že si třeba vyzkouším něco jinýho zase, jinou techniku, jako třeba dneska.“*

TO9: Proč vůbec chodíš na arteterapii?

I2: *„Že, abych byla trošku mezi lidma a nebyla jenom sama doma.“*

TO10: Co by se muselo stát, abys přestala chodit?

I2: *„Asi, když by každý den chodilo ještě víc klientů najednou. Tak to by se mně už tak tady už tak asi nelíbilo.“*

TO11: Cítla ses někdy během arteterapie nepříjemně? Něco tě naštvalo? Bylo ti něco líto?

I2: *„Tak to ještě v tom vztahu, když se pak třeba víc lidí bavilo a někdo jakoby vyrušoval, tak to nebylo příjemný.“*

TO12: Máš nápad na nějaké zlepšení? Co by se mělo změnit, aby tě to více bavilo, pokud je to možné?

I2: *„To mě zatím nenapadá, zatím přichází jako ona sama s takovýma různýma novýma nápadama.“*