

Arteterapie u drogově závislých
Art Ttherapy at addiction drag people

Bakalářská práce
Autor: Libor Šafránek
Vedoucí bakalářské práce: PaedDr. Milan Kyzour
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra Arteterapie
2011

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci na téma „Arteterapie u drogově závislých“ vypracoval samostatně, pouze s použitím pramenů literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne

.....

Anotace

Bakalářská práce je zaměřena na popis možného využití rožnovské terapie u drogově závislých v podmínkách psychiatrické léčebny. Popisuje příčiny vzniku závislosti a podrobněji rozpracovává nástroje arteterapie a jejich využití při práci se závislými. V praktické části je uvedena osobní terapeutická zkušenost s drogově závislými, která je doplněna o praktickou ukázkou práce s pacientovým artefaktem.

Annotation

The thesis addresses the applications of the Roznov art therapy to treatment of the drug addicted patients of the asylum (psychiatric institution, mental hospital). It describes the possible causes of addiction development and provides the detailed description of the tools of the art therapy and their usage for treatment of the drug addictions. The personal therapeutic experience is included in the practical part, which is completed by the demonstration of the interpretation of the patient's artefact. Finally, the therapeutic approach to a patient via the interpretation is summarised.

Poděkování

Děkuji rodině a přátelům za podporu, trpělivost a důvěru.

Obsah

1	Úvod	7
2	Teoretická část.....	8
2.1	Závislost	8
2.1.1	Příčiny závislosti	9
2.2	Léčba závislosti	14
2.3	Léčba závislosti a arteterapie	15
2.4	Nástroje arteterapie.....	16
2.5	Arteterapie jako nástroj komunikace.....	17
2.6	Arteterapie a interpretace	19
2.7	Arteterapie jako prostředek k léčbě závislosti.....	22
3	Praktická část.....	23
3.1	Psychiatrická léčebna Červený Dvůr	23
3.1.1	Léčebný program Červeného Dvora	23
3.1.2	Cíle léčby v psychiatrické léčebně Červený dvůr	24
3.2	Arteterapie v Červeném Dvoře.....	25
3.2.1	Výtvarná témata	26
3.2.2	Techniky tvorby	27
3.3	Vlastní terapeutická zkušenost se závislými	28
3.4	Metodika.....	40
3.5	Stanovení cíle	40
3.6	Zkoumaný soubor.....	40

3.7	Kazuistiky.....	41
3.7.1	Pacientka	42
3.7.1	Pacient	51
4	Závěr.....	55
5	Reference.....	56
6	Přílohy	60

1 Úvod

V rámci své praxe jsem jako asistent arteterapeuta v psychiatrické léčebně Červený Dvůr získal několik cenných zkušeností, které se staly inspirací pro napsání této práce.

Během praxe mi vyvstalo mnoho otázek. Jak do konceptu psychiatrické léčebny zapadá rožnovská terapie? Jakou úlohu v léčbě hraje interpretace? Co si pacient z interpretace vůbec odnáší? Co je cílem interpretace na půdě psychiatrické léčebny?

V teoretické části se věnuji charakteristice závislosti a její definici. Dále popisuji příčiny vzniku závislosti z různých úhlů pohledu. V další části se věnuji popisu některých nástrojů arteterapie, které považuji při své práci s pacienty za důležité. Následně uvádím podrobnějším popis interpretace.

V praktické části popisuji program psychiatrické léčebny Červený Dvůr. Dále pak program a fungování ateliéru arteterapie. Dále píš o vlastní zkušenosti s vedením ateliéru arteterapie a uvádím dvě kazuistiky pacient, kde se snažím o podrobnější interpretaci jejich produkce s vyvozením vlastních závěrů.

2 Teoretická část

Pro úvod této práce volím definici závislosti dle mezinárodní klasifikace nemocí a její stručný popis. Dále se pokusím uvažovat nad závislostí v širším kontextu s přihlédnutím k více teoriím o příčinách vzniku závislosti. Poté zmíním význam arteterapie pro léčbu závislosti a uvedu její tři hlavní nástroje, se kterými jsem se při své práci setkal a považuji je při práci s pacienty za důležité.

2.1 Závislost

Závislost je klasifikovaná jako duševní onemocnění. V mezinárodní klasifikaci nemocí (MK10) je poněkud komplikovaně definována jako skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost, než jiné jednání, jehož si dříve cenil více.²¹ Zpravidla se jedná o jedince, který již nedokáže kontrolovat své chování. Toto chování je provázeno přáním změnit prožívání reality s tendencí k zvyšování dávky drogy a neschopností se jí bránit v důsledku vzniku nepříjemných pocitů při absenci této látky.^{7,14} Pokud se během jednoho roku u této osoby vyskytnuly v chování alespoň ze tří níže uváděných jevů, lze mluvit o syndromu závislosti.

- Silná touha nebo nutkání získat látku
- Potíže v kontrole užívání látky
- Somatický odvykací stav, nebo užívání látky se záměrem zmírnit odvykací příznaky

- Zvýšená tolerance k účinkům látky
- Zaujetí užíváním látky, projevující se narůstající redukcí jiných zálib a zájmů
- Množství času nutného k získání látky, nebo zotavení se z jejího účinku
- Pokračování v užívání látky navzdory jasnému důkazu škodlivých následků ^{21,16}

2.1.1 Příčiny závislosti

Nelze dohledat jednu příčinu vzniku závislosti. U závislosti jakéhokoli typu lze ale najít mnoho protektivních činitelů ve více rovinách.¹⁵

Nejasné vysvětlení prapůvodních a nejzákladnějších příčin tohoto komplexního onemocnění člověka, vede ke vzniku mnoha teorií. Ty se zpravidla vzájemně nevylučují.

Jednu z takovýchto teorií nabízí biologicko medicínský přístup. Ten je v současné době nejvíce uznávaný, někdy až příliš přeceňovaný. Tato teorie říká, že závislost je komplexní chronické onemocnění CNS. Závislost vysvětluje jako fyzický prožitek vlastního těla, kde na základě prožitku jednání člověka ústí do změn v chování. Koncepce je založena na zisku odměn, která vycházejí z neurobiologické dopaminové hypotézy. Odměnou se stává potrava, sex, sport, tableta proti bolesti hlavy, psychoaktivní látka. Na tuto

odměnu se váže libí pocit, čímž vzniká riziko vedoucí k opakování tohoto chování.¹⁷

Další teorie hovořící o vzniku závislosti vychází z poznatků sociálních. Podle nich závislost vzniká narušením vztahů jedince s mikro nebo makro prostředím. V současné době se sociální teorie při hledání příčin vzniku závislosti obracejí spíše k mikro vztahům - užší vztahy v rodině, které jedince nejvíce ovlivňují v jeho chování.

Vznik závislosti ve vztahu k makroprostředí

Dle Baconovy studie je společnost prostředí, které se neustále mění. Změnou se rozumí například migrace obyvatelstva, rozvoj masové kultury, komunikace, nárůst požadavků a tlak na bazální sociální konformnost. Tato změna, která vytváří tlak na jedince, aby se postupně přizpůsoboval, může vyústit v enormní nátlak, který lze řešit návykovou látkou. Ta umožňuje okamžitě dodat pocit sebevědomí, "jistoty", eliminovat úzkost a strach z osobnostních nedostatků. Tento tlak kultury na jednotlivce může dle Durkheima a Merta vést až k rozpadu sociálních norem. Dojde-li tak k významným společenským změnám, tj. ke zvýšení životního tempa, (aktuálně kupříkladu v ekonomické krizi), následně dochází k snížení společenské solidarity a tím narušení koheze společnosti. To může vést i k zvýšení patologického chování. Závislost se pak stává obraným a únikovým mechanismem před nepříjemnými situacemi.

Vznik závislosti ve vztahu k mikroprostředí

Člověk z hlediska společnosti tvoří část celku, která napomáhá fungování a udržování společenské „homeostáze“. Z hlediska společenské teorie rodinných vztahů je závislost chápána jako jev, který je neplněn koexistencí vztahů člověka v tomto systému. Dle Rotgerse stane-li se v rodině závislost jednoho člena rodiny součástí nutné normy (kultury) k udržení tohoto mikrosvětů se rodina zavírá do tzv. stereotypního modelu nemoci rodiny. Chování, které se na počátku užívání látky může stát pro některé členy prostředkem k sebeuplatnění (nahrazení role člena rodiny) se později může stát velkou přítěží plodící nesoulad v kompetencích jednotlivých členů rodiny.⁸ Z tohoto přístupu rodiny může vzniknout tzv. kodependence. Jedná se o souhrn chování, jednání a stylu komunikace mezi jednotlivými členy rodiny, které podporují nebo sabotují snahu o vyléčení jedince. Jedná se o styl chování, kdy kodependentní člověk odsunuje své vlastní potřeby do pozadí, neboť nemá jistotu, že jeho výhrady vůči závislému jsou oprávněné. Rozvoj závislosti je tak v rodině umožněn. Dalším jevem mikroprostředí, který může ovlivnit tendenci k závislosti je osamotnění se. Dítě, které se snaží v určité vývojové fázi odpoutat od rodiny, a nemůže v důsledku blokování některým členem z rodiny tento krok uskutečnit, zažívá vnitřní konflikt. Tento konflikt vede k rozporu mezi tím, co chce samo a co žádá rodina. V konečném důsledku to může vést k pocitu viny. Pro

uzavření kompromisu pak jedince může sáhnout po droze jako okamžitému prostředku k řešení situace.

Psychologizující teorie vzniku závislosti

Tyto teorie o vzniku závislosti jdou o něco dále. Využívají k tomu teorie sociální, které hlouběji rozpracovávají. V rámci této práce zmíním jen ty nejdůležitější, které jsou jedním ze základů mého přístupu k pacientovi. Patří k nim teorie behaviorální, humanistické a hlubinně orientované psychologie.¹¹

Hlubinné teorie

Psychoanalytici hovoří o tzv. alkoholové osobnosti (závislostní osobnosti), která se vytváří jako fixace libida na orální fázi. Tato fixace vzniká jako důsledek citově plochého přístupu matky v raném dětství (vzniká tak orálně pasivní nebo orálně depresivní osobnost). Základem této teorie jsou dva extrémní případy přístupu matky (rodičů) k dítěti, kdy buď dítě bezmezně zahrnují svou láskou a náklonností nebo v opačném případě jsou vůči dítěti extrémně pasivní držíce si distance a jsou až vztahově přes příliš sterilní. Obdobně tuto teorii lze aplikovat i na toxikománii. Porucha může vzniknout i v ostatních fázích, které ve své teorii uvedl Freud. Větší šance na vyléčení má ten jedinec, u něhož došlo k fixaci v pozdějším období.²⁵

Ego-teorie

Ve svém náhledu na příčiny vzniku závislosti se soustředí především na zkoumání ego-obranných funkcí. Hovoří o tom, že obranné mechanismy umožňují člověku se přizpůsobit prostředí, ve kterém se pohybuje. Užívání látky – drogy - je pak proces, který funguje jako efektivní obrana spojená se snahou navodit v organismu homeostázu. Podle ego-psychologie cílem užívání látky není navození příjemných pocitů a získání uspokojení, ale redukovat nepříjemné emoce, které jinak nelze zvládnout. Z toho vyplývá, že ego-psychologie chápe užívání látky jako symptom, který je reakcí na nějaký vnitřní konflikt jedince, nikoli jako součást jeho struktury osobnosti.²⁴

Behaviorální teorie

Dle behaviorální teorie je závislost naučené chování. Toto chování se více prohlubuje a upevňuje s užíváním látky, která má snížit tenzi po odměně. Uživatel se tak dostává do začarovaného kruhu touhy po odměně. Jen díky droze dokáže snížit napětí v důsledku její aktuální absence. Zvýšené riziko náchylnosti k takovému chování mají ti jedinci, kteří mají predispozičně zvýšenou hladinu této tenze.

Humanistická teorie

Hovoří o závislosti jako o chování, v němž dochází k narušení přirozených seberealizačních tendencí. Jedinec si přestává věřit, zpochybňuje vlastní postoje a vůči ostatním vytváří neautentické vztahy, které jej ještě více znejišťují a v něm tak prohlubují pocity úzkosti. Aplikováním psychoaktivní látky se jedinec ubezpečuje a eliminuje své pochybnosti o sobě samém. Jedná se však jen o dočasnou iluzi v průběhu působení látky. Po odeznění účinku drogy se naopak krize ještě prohlubuje a je to cesta k opětovné recidivě.²⁴

2.2 Léčba závislosti

V předchozí části jsem nastínil možné příčiny závislosti. Vycházíme-li z těchto příčin, lze dále uvažovat o způsobu jejich zmírnění či odstranění. V této části v krátkosti nastíním to, co je léčba závislosti a jaké jsou v současné době způsoby léčby v ČR dostupné.

Léčbu závislostí lze velmi obecně popsat jako odbornou, cíleně a strukturovaně zaměřenou činnost. Dochází k stabilizaci pacienta, s cílem dosáhnout abstinence nebo podstatně redukovat užívání drogy a snížit tak rizika relapsu. Tato léčba je v České republice zajištěna specializovanými zařízeními. Jedná se o tato zařízení:

- Ambulantní: mezi tyto patří:
 - o stacionární programy,
 - o strukturované programy následné péče

- residenční. mezi tyto patří:
 - o terapeutické komunity,
 - o specializovaná oddělení nemocnic,
 - o psychiatrické léčebny
- Dle délky léčby na:
 - o krátkodobou (4-8 týdnů),
 - o střednědobou (3-6 měsíců),
 - o dlouhodobou (déle než 6 měsíců) ⁵

Nešpor poměrně jasně a jednoznačně shrnuje - léčba může být indikován na základě různých postupů s ohledem na předpokládané příčiny vzniku závislosti. ¹⁵

2.3 *Léčba závislosti a arteterapie*

Náprava patologického stavu závislosti by v ideálním případě, vzhledem k výše zmíněnému, měla být vyváženou kombinací různých na sebe navazujících přístupů (medicínských/psychologizujících), které tyto příčiny zohledňují.

Jedním z přístupů, který poměrně efektivně (díky svým nástrojům) dokáže pracovat, zmírňovat, případně „odstraňovat“ mnohé z příčin vzniku závislosti, je arteterapie. ¹⁹

Jak se ukázalo její pole působnosti a využitelnosti je v oblasti závislostních skupin, zejména alkoholových a nealkoholových drog poměrně široké. ¹³ Integruje mnoho poznatků z různých vědeckých disciplín. Dokáže obejít některá úskalí, která běžná terapie konkrétně u

závislostních skupin jen stěží odkrývá. Velmi jasně a zřetelně vymezuje svět reality a fantazie. Toto vymezení může být pak pro práci se závislými důležitý momentem.⁹

Díky nástrojům arteterapie může být pacient skrze interpretaci artefaktu přímo konfrontován se sebou samým.¹⁰ Takovýto zážitek vyvolává mnoho vnitřních psychických pochodů. Pokud dochází k jejich postupnému zpracovávání „uvědomování“, pacient (klienta)¹ „dozrává“ a tím se i léčí.⁶

2.4 *Nástroje arteterapie*

Arteterapie obsahuje celou řadu nástrojů, které usnadňují, prohlubují a tím zefektivňují kontakt s pacientem. Díky nim dochází k urychlení a překonání mnoha bariér, které by terapeut běžnou praxí o pacientovi zjišťoval i několik sezení. Arteterapie dokáže plynule, rychle a efektivně překonávat množství obran překrývajících detaily pacientovi osobnosti.¹³

Zde zmiňuji ty nástroje, které se zdají být pro proces léčby důležité.

Jedná se o tyto:

- způsob komunikace, která probíhá na několika úrovních - vzájemné propojení komunikačních kanálů mezi pacientem, artefaktem (obrazem) a terapeutem

¹ Označení pacient se užívá v zařízeních zdravotnického typu. Označení klient se používá v nezdravotnických zařízeních. Pro potřebu této práce se dále v textu bude využívat termínu pacient.

- proces tvoření (vznikání artefaktu)
- proces interpretace.

2.5 Arteterapie jako nástroj komunikace

Jedním ze specifíků arteterapie je její variabilita v možnostech a způsobu komunikace.

Arteterapie umožňuje spojení, přenos, sdělení a výměnu informací jasným a zřetelným způsobem. Z běžného dvourozměrného prostoru komunikace (pacient/terapeut), svede vytvořit prostor trojrozměrný (pacient/artefakt/terapeut) a v něm pak operovat a těžit z něj. Získává tak mnoho důležitých poznatků a informací, které při běžném verbálním sdělení nelze zachytit.¹ Právě tyto „skryté“ informace mohou být pro terapii (léčbu závislosti) zásadní (odhalení lži, sebeklamu, strachu, úzkosti atp..)

Komunikace pacienta s artefaktem. Při zhotovování artefaktu (dále jen obraz) může pacient zažít okamžik bezprostředního autentického kontaktu se sebou samým. Obraz jako metafora pacientova vnitřního světa zviditelňuje to, co se ukrývá hluboko v jeho psychických vrstvách. Při tomto zviditelňování hlubších vrstev psychiky vzniká prostor pro meta komunikaci, která není ničím jiným než společně vedeným dialogem pacienta se svým obrazem a tím se sebou samým.¹

Tato komunikace mezi pacientem a obrazem je vedena prostřednictvím barev, křivek, na ploše papíru vytvořeného prostou,

kompozice atd.. Pacient doslova „hovoří“ s výtvarnou plochou. Ta mu odpovídá v podobě dojmu, který ze zaplňované plochy lze získat. Ten v pacientovi vyvolává reakce (fuj, to se mi nelíbí../to je dobré, to se mi povedlo..atp). S nimi se dá v rámci terapie pracovat (viz níže prostřednictvím výtvarně metodického vedení)¹².

Komunikace mezi terapeutem a obrazem. Obraz umožňuje terapeutovi získat množství informací o aktuálních i časově vzdálených vnitřních psychických pochodech pacienta. Obraz je výtvarně symbolickým sdělením o pacientově vnitřním světě.

Terapeuta nekomunikuje s obrazem jen přes intelektuální rovinu. Může, stejně jako pacient, při pohledu na obraz zažívat množství pocitů, které jsou odrazem jeho vlastní zkušenosti. Ty je třeba pro práci s pacientovým artefaktem registrovat, aby nedocházelo k rušivým přenosům.

Komunikace mezi pacientem a terapeutem. Vzájemný vztah mezi pacientem a terapeutem se může odehrávat prostřednictvím obrazu. Ten může být v tomto případě interpretován jako filtr, clona, tlumič (emocí), překladač. Tento komunikační kanál je součástí každého sezení a vnáší do vztahu klienta a terapeuta jistou dynamiku, která nemusí být registrována.¹⁸

Komunikace mezi pacientem a terapeutem nastává také tehdy, kdy terapeut pacientovi výtvarně metodicky pomáhá. Nejde o násilnou

pomoc, spíše jen o jemnou pobídku, která má výtvarný jazyk pacienta kultivovat, případně jej takto jemně formulovat.¹

Všechny tyto komunikační kanály se mezi jednotlivými aktéry vzájemně propojují. Způsobem jakým arteterapie dokáže vytvořit podmínky pro vzájemný dialog, ať už mezi pacientem, terapeutem nebo pacientem a obrazem či obrazem a terapeutem je jedinečný. Záleží na přístupu terapeuta nakolik těchto prostředků využije ve prospěch terapie.

2.6 *Arteterapie a interpretace*

Pro potřebu výkladu následujícího textu je třeba zdůraznit, že čtvrtka jako plocha, na níž je pacientem vytvářený iluzivní prostor, se stává pomyslnou arénou, kde prostřednictvím barev, perspektivy, kompozice atd. rozehrává svůj příběh. V této aréně se objevují obsahy zkušeností a zážitků, jež jsou plně nebo částečně vědomé, či zcela nevědomé.

Pacient, který bere do ruky štětec, aby maloval téma, uvažuje nad konkrétní myšlenkou, která se v něm zrodila v souvislosti s obsahem zadávaného tématu. Vlastní „ryzí“ zkušenost vázána na toto téma je často překryta křečovitou snahou vytvořit něco, o čem se pacient domnívá, že je to jediné a jasné, co popisuje přesně to chce vyjádřit. Jedná se při tom o subjektivní zobrazení jeho mnohdy deformované reality, tak jak ji pro vlastní potřebu chce vnímat. Jedna z možností, jak pacienta vystavit zkušenosti, která vede k uvědomění si rozpornosti mezi jeho subjektivním vnímáním a objektivní realitou, je pomoci mu

interpretovat některé prvky z jeho obrazu. Jedním z úkolů arteterapeuta je skrze interpretaci nabídnout pacientovi jiný náhled na jeho arénu. Často tímto nahlížením dochází k ostrým střetům, neboť pacient pocítující, že je mu bořena jeho mistrně vymodelovaná iluze světa jehož středem se stal on sám. Jednou z obran se stává racionalizace a tu je třeba rozbourat. Při samotné interpretaci je důležité být o krok napřed před pacientem a „chápat“ – spíše respektovat! mechanismus vyjadřování skrze rovinu symbolu. Terapeut by měl mít na paměti, že svět, v němž se pohybuje, (aréna pacientova imaginativního světa) může vnímat skrze roušku vlastní zkušenosti.

Při samotné interpretaci, aby byla funkční a nestala se z ní jen fraška plná věštění, je potřeba pacientovi dát prostor pro vysvětlení zamýšleného, které s vervou vyjadřoval na ploše papíru. To co je pacientem vyřčené, pak lze konfrontovat s tím, co se odehrává v „neviditelné symbolické rovině“ obrazu. Cílem není nad obrazem nefunkčně verbalizovat, jde jen o nezbytný popis pacientovi myšlenky, o které je pacient přesvědčen, že je „pravdivá“. Jejím verbalizováním terapeut dostává jedinečnou možnost, jak pacientovi díky vzájemné konfrontaci s tím co pacient zamýšlel a co skutečně namaloval, předložit poctivý argument, který pootvívá brány k objektivní realitě, jež pacient, aniž by sám tušil, prezentuje. Nemůže ji nebo spíše nechce ji vidět, neboť je pro něj prozatím v důsledku duševní „nezralosti“ nestravitelnou. Pacient by měl být upozorňován především na nejasnosti, abnormality a rozpory mezi verbalizovaným – zamýšleným – realizovaným.

Co je třeba také zdůraznit je to, že při interpretační práci by se měl terapeut opírat o více jasných faktů, které symboly v obraze podporují nikoli plně a jasně vysvětlují (jedná se o postoje, reakce, celkový dojem z chování pacienta, z celé produkce, reakce komunity, kterých by si měl terapeut při int. všímat). Interpretace operuje s informacemi možnými a předpokládanými, nikoli jasně a jednoznačně definovanými.

Důležité je si též uvědomit, že proces zvědomení, který interpretace započne, je velmi složitým a dlouhodobým procesem. Nemusí být při sezení vůbec zaznamenáno. V pacientovi může interpretace vyvolat množství protichůdných intenzivních pnutí, které vycházejí „na povrch“ až po nějaké době. Terapeut se proto může milně domnívat, že práce s pacientem neměla aktuálně smysl. Mnohdy to bývá jen potřeba terapeuta dosáhnout konkrétnějších výsledků.

V souvislosti s emocemi, proces „uvědomování si“ nelze omezit jen na rovinu intelektuální. I když při interpretaci dochází k identifikování a odhalení dříve předvědomého materiálu, především díky rozumu, jsou zde přítomny i emoce, které se na tento proces navazují.

Emoce navázané na zážitek, který je vyvolán zobrazovaným tématem, nelze prostřednictvím interpretace plně vyjádřit. Prožitek vzteku, vázaný na nevědomí materiál, je prezentován jen v rovině symbolu (kupříkladu barvou). Interpretace ze své podstaty neumožňuje plné odventilování těchto emocí, neboť pacientovi pravděpodobně nedovolí vystoupit z jeho intelektuální roviny, do které je interpretací tlačen. V důsledku toho může být mnoho z toho, co interpretace

„nakopne“ záhy potlačeno. Ideálním doplňkem takového procesu uvědomění, by mohla proto být některá z abreaktivních technik (boxovací pytel, obušky...), která fyzicky odploví to o čem se dosud při interpretaci „jen“ mluvilo.

Proces postupného uvědomování skrze interpretaci umožňuje pacientovi detekovat motivy vlastního chování, čímž dostává do rukou velkou moc vedoucí k postupné změně postoje k vlastnímu životu. Často se takové moci ale bojí, zalekne se jí a utíká zpět do nereálného světa, do obran a fantazií. Přesto i tak interpretace v jistém smyslu láme ledy. Pacienta vede k schopnosti sebereflexe, k přemýšlení a chápání sebe sama v kontextu reality, čímž se usnadňuje případná rehabilitace jeho stavu.

2.7 *Arteterapie jako prostředek k léčbě závislosti*

Arteterapie v sobě obsahuje celou řadu postupů, které přímo vybízejí k využití v léčbě závislosti. Byť se současná věda opírá především o biomedicínský přístup, je třeba brát v potaz, že medicína je ve svém snažení od určitého bodu léčby bezradná. Stává se následně spíše doplňkem léčby pacienta. Mnohé příčiny vzniku závislosti lze totiž dohledávat v mezilidských vztazích a vztazích obecně. Arteterapie svými prostředky dokáže tyto vztahy poměrně detailně zmonitorovat, pracovat s nimi a případně je i rehabilitovat. To

vše prostřednictvím výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky (v rámci arteterapie) a zmíněných mezilidských vztahů.⁴

3 Praktická část

V této části bych chtěl krátce pohovořit o psychiatrické léčebně Červený Dvůr (dále jen PLCD), o cílech léčby a programu arteterapie. Dále bych chtěl popsat postřehy z programu a průběh vlastní terapeutické činnosti, ke které docházelo na půdě PLCD. Dále uvedu produkci dvou pacientů, kteří se prošli léčbou v PLCD. Na části jejich produkce budu demonstrovat možný průběh analýzy a interpretace. Pozastavím nad možnostmi a funkcemi samotné interpretace. Závěrem zkusím shrnout přednosti a úskalí interpretace.

3.1 Psychiatrická léčebna Červený Dvůr

Jedná se o zařízení, které je specializované na střednědobou ústavní léčbu závislostí na návykových látkách a patologickém hráčství. V současné době je kapacita léčebny 103 lůžek. Léčebna má v současné době celkem 4 oddělení. Jedná se o tyto: detoxikační oddělení, oddělení psychoterapeuticko-režimová.

3.1.1 Léčebný program Červeného Dvora

Samotná léčba trvá od 3 do 6 měsíců. Základním pilířem a kostrou celého programu se stává bodový systém, který pro pacienta vymezuje

hranice, které jsou pro léčbu vyváženým a efektivním prostředkem k udělování trestů a odměn. V umělém prostředí léčby se tak nastolují podmínky přibližující se reálnému prostředí. Filozofie léčby vyrůstá ze základních pilířů „suráckého“ přístupu (Skály, Urbana, Rubeš).

Důležitou součástí programu léčby je komunitní terapie. Jedná se o skupinovou a komunitní psychoterapie, pracovní terapie, arteterapie, přednášky, volnočasové aktivity.

Nedílnou součástí léčby je zvládání některých rolí, na které se váže větší zodpovědnost za chod oddělení či léčebny – příslužba v kuchyni, služba na detoxu, spoluvedení komunity a skupiny, práce v přilehlém parku atd. ³

3.1.2 Cíle léčby v psychiatrické léčebně Červený dvůr

Během léčby je klient veden k těmto cílům :

- připustit si bez příkras plný rozsah problémů, které vznikly v důsledku Vaší závislosti
- přijmout jako jedinou možnou cestu důslednou a trvalou abstinenci
- zaujmout nekompromisní postoj k droze
- zřeknout se rizikových známostí, rizikového životního stylu
- hovořit otevřeně na skupinách o svých problémech
- přejímat zpět zodpovědnost za své působení ve všech životních situacích
- začít řešit důsledky a škody, vzniklé užíváním drogy

- změnit systém životních hodnot
- spolupodílet se na léčbě druhých, na dobrém chodu celého léčebného společenství
- vytvořit si kvalitní výplň volného času
- vytvořit si jasnou představu budoucího života a kroků k němu vedoucích
- najít si zpět místo v rodině, ve společnosti. ²

3.2 Arteterapie v Červeném Dvoře

V současné době arteterapie probíhá na všech odděleních (odd. A - ženy, B - muži, C - muži.) PLCD. S pacienty pracují 2 stálí arteterapeuté a externisté. Program arteterapie se odvíjí v závislosti na přístupu arteterapeuta a zpravidla obsahuje vytváření (malování) obrázků a jejich následnou analýzu a interpretaci. K zhotovení artefaktu (obrazu) dochází na základě výtvarně metodického vedení nebo bez něj (to je opět odvislé od přístupu arteterapeuta). Jedná se o program celodenní nebo půl denní, který vždy absolvuje jedna ze skupin. Skupina čítá od 5 do 15 pacientů zvláště muži, zvláště ženy. Pacient, který se účastní arteterapie, účastní se ji vždy jen v půl denním (dopoledne nebo odpoledne) programu jedenkrát do týdne. Terapie probíhá zpravidla v komunitě nebo, ve výjimečných případech na základě uvážení terapeuta nebo na žádosti samotného pacienta, individuálně. Dále zde v rámci arteterapie probíhají i rodinné terapie a opakovací terapie. Rodinné terapie jsou zpravidla vedeny k vytvoření společného obrazu pacienta a pozvaného člena

rodiny. Nad těmito obrazy je pak vedena interpretace. Dále jsou v rámci arteterapie prováděné i tzv. opakovačky, kdy pacient přijíždí na týdenní stabilizující pobyt v rámci něhož absolvuje spíše než interpretaci, rozhovor obrazy vytvořenými v rámci týdenní „opakovačky“.

Sezení arteterapie se odehrává v místnostech léčebny, které jsou spíše provizorními prostory, což může do jisté míry ovlivnit i samotný průběh sezení a možná i přístup pacientů.

3.2.1 Výtvarná témata

Obrazy se malují postupně, dle stanoveného tematického plánu. Ten obsahuje základní témata (pohádky, mýty, pověsti, příběhy, atp.), které jsou nositeli kulturou přejímaných a předávaných vzorců chování, jednání, postojů atd. (archetypů). Jedná se například o témata Adam a Eva, ledová královna, matka a dítě, nejlepší a nejhorší zážitek, atd.. Tento plán je logickou výslednicí víceletého pozorování a uvažování arteterapeutů nad možnostmi arteterapie, jichž by se dalo co nejefektivněji využít ve prospěch léčby závislosti s přihlédnutím a zohledněním konceptu léčby zavedeném v PLCD.

Tento plán je rozdělen do základních témat, které by pacient měl vytvořit do první interpretace, ke které zpravidla dochází od 3. do 8. týdne léčby, neboť pacient v rámci tzv. „přestupu“ z první fáze léčby do druhé fáze léčby by měl do tohoto přestupu alespoň jednu interpretaci absolvovat. Po této interpretaci následují témata druhé fáze léčby, která jsou prezentována v rámci druhé či výstupní interpretace (těsně před

odchodem z léčby). Tímto je zajištěno, že pacient, který se účastní ateliéru arteterapie, je „nucen“ vykázat výsledek své činnosti a to prostřednictvím splněných úkolů (malování) a spoluprací při interpretaci. Tímto nastavením v programu dochází poměrně nenásilně k vedení pacienta ke konkrétní a hmatatelné činnosti (zhotovení obrazu) a také k práci na sobě samotném, na svém uvědomování si možných okolností vzniku své závislosti, svých chybných postojů atp..

Mimo tzv. základní témata se v ateliéru využívají ještě další témata, která jsou zpravidla zadávaná na základě individuálního přístupu k pacientovi. Jedná se na příklad o témata – Já za rok, agresivita..atp.

V rámci zhotovování témat je dáván přednost konkrétnímu zobrazení před abstraktním. Toto uvažování vychází z filozofie „rožnovské školy“, která v abstraktním výtvarném zobrazení spatřuje únik od reality, který je speciálně pro skupinu závislých specifický. Cílem by proto mělo být vytvořit u pacienta schopnost vnímat realitu v její skutečné podobě tím, že je veden ke konkrétnímu zobrazování. Vyjma témat, které k abstraktnímu zobrazení vybízejí.

3.2.2 *Techniky tvorby*

K zhotovování jednotlivého obrazového materiálu se využívá především techniky akvarelu, koláží, KTC, tužky, a pastelek.

Vodové barvy se využívají právě díky jejich vlastnostem. Umožňují jedinci „hrát“ si s náhodností, umět s ní pracovat, učit se ji zvládat, kontrolovat a zároveň ji v obraze ponechat svůj vlastní prostor. Tím je

možné oscilovat mezi „zatuhlou“ a „uvolněnou“ produkcí. Mimo jiné, uvážena přítomnost vody v obraze poukazuje na autorovu schopnost vézt vyvážené vztahy s vlastním okolím.

3.3 *Vlastní terapeutická zkušenost se závisými*

Zde bych chtěl uvést malou část ze svých postřehů a myšlenek, které se týkají mého působení v PLCD. Jedná se o myšlenky a nápady, které vycházejí z mé praxe a nejsou podloženy ověřeným výzkumem. Čtenáře mají za úkol v krátkosti provést mou osobní zkušeností.

V současné době navštěvuji PLCD jako asistent arteterapeuta a jako externí terapeut. Mám na starosti ateliér oddělení A (ženy) a C (muže). V rámci programu dochází k malování s pacienty na zadaná témata, k jejich případnému výtvarně metodickému vedení a k interpretacím. Při programu, který je v PLCD nastaven, mám možnost s pacienty pracovat na vlastním individuální programu.

Očekávání práce arteterapeuta a vedení ateliéru arteterapie v PLDC

;S přihlédnutím k celému programu uskutečňovanému v rámci léčby se od nás od terapeutů očekává především vedení programu, který má pacientovi umožnit se na svoji závislost podívat jinak, než umožňuje a upřednostňuje tradiční forma léčby závislosti. Děje se tak prostřednictvím malování, diskuzí nad obrázky, hledání společných možných jmenovatelů vzniku závislosti jedince prostřednictvím interpretace atp. Výstupem využitelným pro další kroky léčby se stává zpráva, která zahrnuje hodnocení průběhu interpretace, spolupráci/nespolupráci pacienta při interpretaci, konkrétní zajímavé okamžiky, které mohou být pro proces léčby důležité, zásadní, celkové dojmy a pocity terapeuta při práci s pacientem. Tyto zprávy z interpretací zpracovává arteterapeut a doplňuje je digitalizovaným obrazovým materiálem pacienta.

Vedení ateliéru

V zásadě závisí na přístupu arteterapeuta. Osobně volím přístup co nejméně direktivní s maximálním respektem příběhu a osoby pacienta. Jak to vypadá? Snaha nevytvářet dojem nadčlověka co „zná“ příběh pacienta. Existují jisté, mnohdy nezachytitelné opakující se momenty v produkci pacienta, které však nelze posouvat do obecně platné roviny vnímání příběhu pacienta, jehož příběh, stejně jako osobnost, jsou neopakovatelní. Především vycházím z toho, že pacient sám dobře ví, i přes patologický vztah k sobě samému a k vztahům obecně nebo

přínejmenším tuší, že něco v jeho chování není správně, jen si to nedokáže (v důsledku naučených obran) nebo neumí přiznat. Někdy mám pocit, že pacient vede mě. Provádí mě vlastním světem a já mu při tom jen umožňuji společně se skupinou zastavit se a povšimnout si nějakého detailu (v produkci = v jeho životě), který je v jisté rozpornosti s tím co říká a co prezentuje skrze symbolickou rovinu obrazu.

Určité směry při vedení terapie se však nelze zcela vyhnout, neboť závislost jako diagnóza sebou přináší jisté poměrně specifické charakterové rysy pacienta, které do značné míry ovlivňují samotný průběh ateliéru. Souvisí to jistě s jistou duševní nezrálostí těchto osob, která se nezdá kdy projevuje zvýšenou lhavostí, lenivostí, celkovou nespokojeností, časté nedodržování stanovených pravidel, přehnanou potřebou na sebe upozorňovat, cíleně se vyhýbat jakékoli činnosti, která vede k pravidelnosti a k plnění určitých požadavků. Pokud pacient nechce spolupracovat, nenutím ho. Snažím se jej motivovat krátkým rozhovorem, který s ním vedu. Někteří pacienti, jak jsem zjistil, nespokojují se proto, že by nechtěli. Potřebují povzbuzení. V zásadě si myslím, že pacientům nejde o věcné informace (o vysvětlení co je arteterapie, co se očekává, co by měli dělat a co umožňuje, její cíle,...atp. toto se pacient dozví v průběhu probíhajících ateliéru „odkoukáním“ od „služebně starších“ spolu pacientů), spíše jim jde o přítomnost někoho, kdo se jim individuálně věnuje. Při takovémto „vysvětlování“ se snažím být maximálně slovně úsporný s ohledem na míru investic do pacienta, který z rozhovoru pochytl naprosté minimum

inf.. Vycházím skutečně z toho, že má přítomnost více než samotné informace, mohou do značné míry ovlivnit postoj pacienta k programu arteterapie a tím i jeho následnou spolupráci. Pokud pacient i přesto nespolupracuje, nechávám mu prostor pro osobní zkušenost, která jej buď na program navede sama, zaujme ho nebo se jej zkrátka nedotkne. V tu chvíli se snažím respektovat jeho postoj. Zpravidla zaujímám vůči němu adekvátní postoj s ohledem na fungování celé skupiny. V drtivé většině případů pacienta proces tvoření dříve nebo později zaujme. Sama skupina jej vtáhne do procesu tvoření, v tom je nepochybně síla komunitní terapie. Pacient často vycítí, že jako solitér, který nepracuje, dlouho s takovou pózou nevydrží. Nezřídka kdy pacient, který několikrát za sebou vykazoval známky nespolupráce, následně z léčby odchází

Při svých ateliérech se snažím maximálně využít potenciál skupiny a její schopnosti „sebe vedení“. Skupina dokáže při interpretacích dotyčného pacienta výborně zpracovat svými názory a postřehy. Interpretace se tak často stává společným procesem, na němž se podílí každý ze skupiny. Snažím se dávat prostor každému pacientovi. Za jedno pro mnohdy zajímavé postřehy, za druhé pro potřebu každého pacienta jednotlivě, neboť ten kdo aktuálně vystupuje se svým příspěvkem či názorem zažívá pocit respektu směrem od skupiny, která jeho názor vyslechne. Většina pacientů je značně ne-sebevědomá.

Individuální program terapie

Program arteterapie je standardně tvořen třemi bloky. Tvoření obrazového materiálu, analýzu tohoto materiálu a jeho interpretaci. Pravidelnost programu je v zásadě pro léčbu závislosti velmi důležitá. Vzhledem k předpokládanému životnímu stylu pacienta před léčbou, je tato zásada pravidelnosti logickým východiskem. Přes nutnost dodržování určitého režimu, který se v kontextu léčby stává důležitým edukačním prvkem pacienta, jsem právě čas od času záměrně tento program „narušil“ vlastním programem. Reakce pacientů na takovéto změny jsou veskrze velmi příznivé. Vzhledem k nutnosti dodržování poměrně přísných a jasných pravidel léčebny, jsou takovéto okamžiky pro pacienty jistým zadostiučiněním. Toto „zadostiučinění“ ,v jistém smyslu, pro mě představuje důležitý prvek pro ateliér, kterého se snažím chopit pro budování vzájemné spolupráce s pacienty. Zadávám jim různorodá témata. Z pacientů můžu skrze nová témata získat více informací, které by jim pomohly při efektivnějším uchopení jejich závislosti. Využívám k tomu témata vážící se na konkrétní postoje či emoce. Jak jsem si měl možnost povšimnout, drtivá většina příběhů, které se otevírají skrze interpretaci, je doprovázena několika, zřejmě pro vznik závislosti zásadními emočními prožitky, které jsou neuvědomované nebo nedokonale zpracované. Jedná se zpravidla o vztek, nenávist, vinu, strach, úzkost atd. Právě tyto témata jsem se pokusil implementovat do svého programu. Pacientům zadávám témata, která mají zpracovat během 15 minut. Časové ohraničení mi umožňuje

do skupiny přinést dynamičtější atmosféru. Když s pacienty zrovna nepracuji na interpretaci, u malování, které je „roztažené“ do dvou a půl hodinového bloku, někdy „usínají“. Vnesením nového prvku do programu se mi je daří celkem dobře rozproudit a „přinutit“ k práci. Navíc, je zde skrytě dodržena jasnost a jednoznačnost časového ohraničení, které mnohdy pacienti nesnadno respektují – v tomto případě, jak se ukázalo, to naopak velmi dobře přijímají. Jakékoli téma, které pacient tvoří lze vytvořit do několika minut. Vzhledem k tomu, jak jednoduše (co do náročnosti) jsou často obrázky zpracované při tvoření základních témat (Adam a Eva, Šípková Růženka...atp.) a kolik času na jejich zpracování mají, uvažuji do jaké míry je toto zobrazení výsledkem emoční oploštělosti pacienta v důsledku abúzu látky nebo nezručnosti při malbě, či celkovým deficitem vnitřní fantazie, jež je důsledkem fixace na konkrétní věkové období, nebo výsledkem nudy, kterou při zpracovávání mohou během programu mnohdy zažívat. Jak se zdá obrazový materiál zpracováváný během 15 minutového intervalu ve srovnání s materiálem vzniklým za dvouhodinový blok, v zásadě co do bohatosti (myšleno – barevností, prostorem, kompozicí, množstvím objektů na ploše papíru atp..) výrazně neliší. K zpracování tématu jsou poskytnuty ještě další instrukce. Pacient může k zobrazení využít jakéhokoli prostředku – tužky, pastelek, fixů, temper, akvarelových barev atd.. Téma může zpracovat jakýmkoli způsobem - abstraktně/konkrétně (cílem ateliéru arteterapie je pacienta vézt ke konkrétnímu zobrazení, které zastupuje funkci pohledu na realitu a přístupu k ní – pacient se skrze konkrétní

zobrazení učí doslova „dostat se nohama na zem“). Pro pacienta je tento přístup v jistém smyslu významným právě pro domnělý pocit „volnosti“ a „svobody“. I přesto, že pacienti mají prostor k volné tvorbě, často přesto sáhnou po vodových barvách (snad ze zvyku, možná ze zaujetí), kterým se před tím bránili a velmi často zobrazují téma konkrétně.

Po zpracování tématu následuje společná prezentace obrazu. Pacienti mají 3 – 5 minut na to, aby se na svůj obraz jen dívali a při tom si na papír poznamenávali cokoli, co je v souvislosti s ním napadne. Jak se cítili při zobrazování, jak se cítí teď, co to v nich vyvolává za myšlenky. Následuje prezentace obrazu a svých poznámek v kruhu. Dále následuje společná úvaha, interpretace, diskuze nad přístupem jednotlivého pacienta k danému tématu. Po ní si pacient má za úkol poznamenat co jej zaujalo, o čem přemýšlí. Na konci všichni čtou své poznámky. Celkový dojem z takovéto práce: jak se ukázalo, pacienti tento styl vedení programu vítají velmi pozitivně. Je třeba ale říci, že v rámci celkové léčby není tento přístup vhodný opakovat příliš často. Měl by být spíše zpestřením programu.

Dalším prvek, který využívám, jsem nazval „pavoukem“. Jedná se o jednoduché schéma důvodů, které jsou konkrétně a jasně, zpravidla jednoslovně, max. dvouslovně, formulovány a integrované do rozvětveného „pavouku“. Takovéto schéma (viz obr. č. 16) je založen na osobním dotazování pacienta po důvodech, o kterých si je vědom, jež ho přivedli do PLCD. Pokud pacient takovýto „pavouk“ vytvoří v rámci vstupní arteterapie, na konci léčby jej může porovnat s tím, co si o svých

důvodech myslí po prodělání léčby. Zdali se jeho postoje k otázce „proč jsem se ocitl v PLCD?“ nějak v rámci léčby pozměnily, případně v čem a jak. Toto schéma nechávám pacienty vypracovávat na zadní stranu vlastní produkce, aby došlo k snížení rizika ztráty.

Výtvarně metodické vedení pacienta.

Snažím se zohledňovat a vycházet z rožnovské filozofie „léčby uměním“. Ta mimo jiné v zásadě spočívá v tom, že pacient je výtvarně metodicky postupně a jemně veden k změně ve výtvarném jazyce, který aktuálně upřednostňuje na ploše papíru. Tím nepřímou dochází k pozvolné, často nezaregistrovatelné změně postoje pacienta k sobě samému. Tento prvek v terapii však využívám minimálně. Stále si nejsem jist, zda-li tento zásah do tvorby pacienta (speciálně u závislostí) je legitimní a uvažuji nad tím, co to vlastně v pacientovi vyvolává za pocity. Zda-li se nejedná o zjevně jemnou, nevinou činnost, která je ve své latentní rovině značně direktivní, neboť dochází k přímému (byť jemnému) zásahu do pacientovi tvorby, jeho osobního prostoru a „radou jak na to“ i k nepřímému hodnocení jeho vlastní tvorby. Pokud vycházím z předpokladu, že mnoho psychických procesů se odehrává v nevědomé nebo předvědomé rovině, že obraz s jeho obsahem je odrazem vnitřního světa pacienta, zásah do jeho vlastního obrazu může nevědomky vnímat jako silně ohrožující. V lepším případě to v organismu pacienta vyvolá obrané reakce. V horším případě to může pacienta ještě více znejistit a uvrhovat do zmatku, neboť tento postoj

může vnímat jako „dělám opět něco špatně“. Je třeba brát v potaz, že to co u jiných pacientů či klientů může být účinné, u pacienta s diagnózou závislosti při jeho zvýšené citlivosti na jakékoli podměty či hodnocení, se může stát v procesu léčby kontraindikací. Proto pacientům příliš do obrazu nezasahuji. Pokud přeci jen zasahuji, tak to je při ukázce budování prostoru, či vnímání tělesného schématu. Toto „zasahování“ pak činím mimo obraz pacienta (na druhou stranu jeho obrazu). CO se týče vedení k vyrovnané barevnosti, pacientovi nabídnu, co by se stalo, kdyby do svého obrazu vložil chybějící barvu, například červenou. Odpověď na tuto otázku ponechávám na něm.

Úskalí a problémy práce se závislými pacienty na půdě PLCD

Jako největší překážku při práci se závislými osobně považuji zvýšenou tendenci pacientů k lhavosti. V jistém smyslu se jedná o naučené chování, které se stalo v určité době efektivní strategií k nabytí požadovaného. S tím souvisí celá řada postojů pacienta k terapii jako takové. Tato zvýšená lhavost, sebeklam vedoucí až k sebedestruktivnímu chování (závislosti) se dá při terapii velmi dobře obejít díky interpretaci, která umožňuje pacientovi obranné vrstvy poměrně dobře obejít.

Další velkou překážkou při terapii se jeví pacientova umělá vzdorovitost, vykonstruovaná na potřebě provádět věci jinak s cílem obcházet pravidla a za každou cenu nevyhovět případnému požadavku. V tento moment se velmi často někteří pacienti chovají skutečně jako malé děti fixované na ranější vývojové stádium. Tato informace, kterou mi

nepřímo o sobě pacient během ateliéru sděluje, je pro mě jako terapeuta poměrně velmi důležitá s ohledem na množství pacientů, které mám v danou chvíli na starosti. Jejich potřeba dělat věci „po svém“ mi napovídá jak moc si léčbu připouštět k sobě, tudíž kolik je možné do nich investovat vlastních sil.

Dotované hodiny a arteterapie

Jedná se o faktor, který je pro plnou využitelnost možností arteterapie zásadním hendikepem. Pacient v průběhu léčby (v max. 6 měs. dél.) zažije jen několik ateliéru během nichž má vytvořit obrazy a též si o nich následně popovídat. Mnohdy mám pocit, že se jedná jen o střepy, které se snažíme společně narychlo posbírat a vložit je pacientovi do jeho baťohu poznání. V důsledku tohoto, s ohledem na dobu, kterou pacient v léčebně pobude, se snažím tyto informace uváženě prezentovat, aby v pacientovi nevyvolávaly ještě větší zmatek.

S ohledem na časovou dotaci jsou metody rožnovského přístupu v takovýchto podmínkách značně omezeny. Na druhou stranu při množství pacientů a jejich případů, nejsem si jist, existuje-li v současné době řešení, které by vyváženě s ohledem na další program v léčbě, mohlo tento časový hendikep efektivně řešit.

Přínosy, a úskalí interpretace při léčbě závislosti v PLCD

Snahou terapeuta je s klienty vytvářet takovou produkci, která je pro něj použitelným materiálem při společných interpretacích.

Sám jsem se přesvědčil, že vyvážená interpretace je velmi mocný nástroj umožňující kultivaci osobnosti člověka. Poskytuje nebývalé možnosti v průběhu celé léčby. Osobně jsem fascinován co všechno se dá díky jejím prostředkům získat o příběhu pacienta o člověku vůbec.

Pacientovi je nabídnuto v rámci interpretace mnoho nových informací. Často při interpretacích uvažuji nad tím, co je ochoten a vůbec schopen pacient za informace v sobě absorbovat a strávit, jak s nimi pak dále nakládá (s ohledem na časovou dotaci). Dále mě napadají otázky v souvislosti s tím, co si já jako terapeut mohu dovolit pacientovi pomoci uvědomit, tak aby můj vstup do jeho „světa“ nebyl příliš násilný. Neexistují v současnosti žádné výstupy, které by konkrétně popisovali jaký dopad má interpretace prováděná při programu arteterapie na půdě PLCD na samotné pacienty.

Možné úskalí interpretace vidím v její schopnosti pacientovi ve značně koncentrované míře předkládat právě množství informací. Ptám se pak, co nakonec interpretace pacientovi přináší. Při opakovaných interpretacích s pacienty, jsem totiž poměrně často zaznamenával, že z první nebo druhé interpretace si prakticky nic nepamatují. Nedokáží si vybavovat průběh, konkrétní informace, o kterých se mluvilo, které byly zapsány, pacientem identifikovány jako podstatné a „připuštěné“ v souvislosti s jeho vlastním příběhem. Vnitřně se snažím získat nadhled tím, že proces zvědomování probíhá u pacienta na latentní úrovni, kterou nemá moc zaznamenat jak pacient, tak samotný terapeut, vzhledem

k délce pobytu v léčebně, který je pro postupné „uzrávání“ získaných informací krátký.

Značnou překážkou při interpretacích se zdá být intelekt. Je-li příliš nízký pacient nechápe mnohé souvislosti z vyřčeného, mnohdy neví, co se po něm žádá, tudíž se s ním nesnadno spolupracuje. Je-li intelekt zvýšen, pacient není mnohdy ochoten připustit a akceptovat metaforu a symbol jako zástupce možného. To souvisí i se vzděláním. Obecně mám pocit, že uplatnitelnost interpretace, minimálně v počátcích, u „převzdělaných“ pacientů je ztížena právě jejich potřebou některé mechanismy racionálně vysvětlovat. Pokud tuto bariéru nepřekonají, interpretace má pro ně prakticky nulový význam. Další překážku spatřuji ve věku. Čím starší pacient, tím hůře reflektuje a reaguje, nesnadno se „poučuje“. Nerad mění dlouholeté zaběhnuté stereotypy, v důsledku toho mu interpretace, jak se zdá, příliš nepřináší. Stejně tak u pacientů mladšího věku. Do léčby jsou přijímáni pacienti od 18 roku věku. Pacienti, kteří se pohybují ve věkové kategorii 25 níže, interpretaci také stěží přijímají, nerozumí ji, neberou si potřebné. Efektivita interpretace tak zřejmě závisí na míře osobních zkušeností.

Cíle arteterapie

Každý vnímá za cíl terapie něco jiného s přihlédnutím k jeho vlastní terapeutické zkušenosti. Často jsou cíle buď velmi obecné, nebo konkrétní. V terapii jich může být celá řada. Cíl sám o sobě, o co více je stanoven konkrétněji může navádět terapeuta k vedení terapie směrem,

který sám očekává. Tož může v některých případech pacientův příběh podupávat v prospěch plnění terapeutova cíle. Pro mě je aktuálně cíl cítit se po terapii uvolněně. Jedná se o čistě subjektivní pocit, který bych definoval jako „pochopení“ nebo „prozření“ pacienta, který sám od sebe začne pokládat otázky nebo jednou větou udělá upřímnou sebereflexi, či se dozná k vlastnímu možnému sebeklamu – je to známka toho, že prožil něco při tvorbě nebo při interpretaci samotné.

3.4 *Metodika*

V této práci se užilo kvalitativního výzkumu. Jako základní kvalitativní přístup byla použita analýza dokumentů. V rámci této práce se informace o pacientovi získávaly výhradně z těchto dokumentů. Za dokument se v tomto případě považuje obraz (koláž) zhotovený pacientem v průběhu léčby.

3.5 *Stanovení cíle*

Cílem je analýza a interpretace produkce pacienta. Jde o zachycení a možné vysvětlení příčiny vzniku závislosti pacienta, zachytit produkci klienta vznikající po dobu léčby a dohledávat možné souvislosti.

3.6 *Zkoumaný soubor*

Zkoumaným souborem se v rámci této práce rozumí produkce dvou pacientů. Nelze konkrétně a jasně specifikovat typického pacienta PLCD.

Ve své práci proto uvádí materiál dvou pacientů, se kterými jsem osobně během své praxe v ČD pracoval a jejichž interpretaci jsem osobně vedl.

Nakládání s veškerými materiály bylo prováděno v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů. V souladu s tímto zákonem je pro ochranu citlivých údajů dále využíváno pro označení osob, jejichž produkce se stala součástí materiálu této práce, pacient/pacientka.

3.7 *Kazuistiky*

V této části jsou uvedeny 2 kazuistiky pacientů. Jde o zachycení zlomku práce, hledání zajímavých momentů v produkci pacienta (symboliky, výtvarného jazyka...), jak se tyto momenty slučují se skutečností, navození hypotéz, možné řešení a zamyšlení se nad celkovým osobním přístupem k pacientovi a průběhem interpretace. Spolupráce probíhala na úrovni komunitní terapie, kde bylo přítomno od 6 do 12 pacientů. Obrazový materiál je výsekem produkce pacienta. Z produkce pacienta byly vybrány ty obrazy, které jsem považoval za zajímavé, z hlediska interpretačního a z hlediska celého pacientova příběhu.

Je nutné brát v potaz, že následující myšlenky a hypotézy vycházejí z mé doposud nabyté zkušenosti (roční externí spolupráce s PLCD) a nelze je přijímat jako jednoznačné. Je třeba mít na paměti, že výklad by měl být přinejmenším opřen o fakta dohledatelná v produkci pacienta, o

což se ve svých kazuistikách pokouším. Snaha je všímát si především detailů a symbolů s pokusem je interpretovat. V některých momentech vycházím z čistě analytického přístupu. Ve svých úvahách o konkrétním případě pacienta se pokouším však jít o něco dále. Pro srozumitelnost a jistou ucelenost o uvažovaném zůstávám v tradiční formě výkladu.

3.7.1 Pacientka

56 let

Léčba závislosti na alkoholu

První setkání

Naše první setkání bylo pro pacientku zřejmě rozpačité a nevěděla, která ke mně přistupovat. Přisuzuji to vzájemnému věkovému rozdílu a vzájemným rozporem v plnění vzájemných rolí (matka/syn/pacientka/terapeut/milenec). Pacientka působila na počátku unaveně, nejistě, bez větší známky o snahu vzájemně spolupracovat s velkou dávkou skepticismu vůči programu arteterapie. Následovalo krátké úvodní rozhovoru, kde jsme se vzájemně představili a v němž byly osvětleny základní informace o arteterapii, jejích cílech, možnostech, požadavcích na pacienta. Již v tuto chvíli bylo patrné, že pacientka o nabídnutém přemýšlí a zaujalo ji to. Náš vztah se postupně proměňoval. Z prvopočáteční nedůvěry vznikl vzájemně respektující vztah, který někdy z pacientčiny strany osciloval, až na samé hranici koketérie.

Práce v ateliéru

Pacientka aniž by ji kdo na prvním sezení poradil, či vysvětlil co arteterapie je, co je jejím obsahem zde na půdě PLCD a co se případně v rámci ní očekává (odehrálo se před rozhovorem), sama se chopila iniciativy, vzala do ruky štětec a čtvrtku a začala malovat. Jak sama doznala, v prvopočátku s velkou nechutí. Nešlo ji to, obávala se, od základní školy nemalovala. Po krátkém úvodním seznamovacím rozhovoru jsem ji k tvoření povzbudil. Řekl bych, že pacientka nepotřebovala výtvarně poradit, neboť jak bylo patrné z později vytvořené produkce, pacientka věděla jak malovat, jen pravděpodobně potřebovala pozornost nebo ujištění, že to co dělá, dělá správně. Obecně platí, že pacienti jsou si v prvopočátku velmi nejisti a proto je třeba nedělat ukvapené interpretační závěry o jejich postojích k malování a spíše než z jednoho výkladu vycházet z více možných a ty postupně „dolazovat“ během později vznikající tvorby a během celého léčebného programu. Jak se ukázalo pacientka spíše než potřebu rady „jak na to“ skutečně potřebovala povzbuzení a ujištění, aby začala s papírem vést dialog. V této potřebě ujištění mě později utvrdily dále vznikající obrazy, které bez výtvarně metodického vedení pacientka zvládla namalovat. Její prvopočáteční přístup k malování bylo možné interpretovat několika způsoby. Obr. č. 1 (Adam a Eva) je vytvořen schématicky, nahodile, barevně je chudý, prostorově plochý, nejistý (v hutnosti barev a v roztřesenosti obrazu) celkově nedodělaný. Interpretace by na základě tohoto obrazu mohla znít pacient „neumí malovat“ nebo neví „jak na to“ nebo postojem „nechce se mi malovat“. „Neumí malovat“ nebo „neví jak

na to“ se později vyloučilo, neboť pacientka bez výtvarně metodického vedení sama dokázala zpracovat obr.č. 3, a následující, kde předvedla schopnost zobrazit postavu, barevnost, celkovou „bohatost“ v obraze. Pacientce se tak pravděpodobně „nechtělo malovat“. Toto „nechce se mi malovat“ lze interpretovat jako „nechci o sobě a o tom, co je mi nepříjemné hovořit“ . S přihlédnutím k vznikající pacientčině produkci a objevivších se v ní podobných znaků, jsem se v průběhu léčby čím dále více přikláněl k hypotéze - „nechce se mi malovat (hovořit o:...)“ , než „neumím malovat“.

Analýza výtvarného projevu

Pacientka z počátku tvorby tvoří rozpité, z části rozbité nesourodé, až nedokončené obrazy s větším obsahem vody. Později tvorba „zatuhuje“ (v průběhu interpretací pacientka značně verbalizuje, racionalizuje) a dochází více k ilustrativní kontrolované kresbě vodovkami než k malbě samotné - pravděpodobně reakce na léčbu. V některých obrazech se objevují bílá místa, která by mohla odkazovat na vytěsněný materiál. V průběhu léčby se čtvrtka zaplňuje barevností. Chybí zcela fialová, černá. Jsou preferovány barvy jemnější, éteričtější (v této kombinaci „naivnější“). Komplementarita barev se objevuje jen v některých obrázcích. Ve všech obrázcích zcela chybí prostor a perspektiva. Jde zpravidla o ploché dvoudimenzionální zobrazení.

Interpretace

Obr. č. 1. – č. 3 Adam a Eva

Pacientka toto téma opakuje ve své produkci celkem 3x. Je proto možné se domnívat, že toto téma tolikráte „nepovedené“ a opravované nepřímo poukazuje na pacientčin vztah k obsahu tohoto tématu.

V prvních dvou obrázcích se objevuje poměrně velké množství bílých míst, které mě vedly k uvažování nad vytěšňovaným myšlenkovým materiálem. (obr. č. 1 a 2 Adam a Eva).

Postavy v prvních dvou obrázcích lze interpretovat jako vyhnutí se zobrazení lidského těla jako schématu. Nahota, intimita může

v pacientce vyvolávat stud. Cílem pacientky může být neuvědomělá tendence vyhnout se přímé konfrontaci s přirozeností a to prostřednictvím schématického zobrazení postav. Postavy jsou poměrně blízko sebe (i když jsou si ve skutečnosti na obraze vztahově vzdáleny – pravděpodobné vyjádření vztahu ke svému muži, partnerovi). V posledním, 3.ztvárněním tohoto tématu, jsou pacientčiny postavy dokonale odděleny kmenem stromu, navíc obráceny zády k sobě (ještě větší zdůraznění pacientčina podvědomého vnímání vzájemného vztahu ke svému muži) Mezi Adam a Evou se objevuje kmen stromu, který je oba jasně a zřetelně odděluje. Jde o možné symbolické vyjádření falu, který by mohlo představovat překážku (otec?) ve vztahu pacientky se svým manželem. Otec se objevuje na dalších obrázcích (obr.č.5 Já partner a jeden z rodičů) jako pirát, pionýr, bojovník s mečem, klackem / symbolem mužství = vyjadřující bojovnost - proč? O co, o koho by měla tato postava bojovat? O koho pacientka případně chce, aby bojoval? Je dobré si povšimnout otcových ramen (jsou velká a značně ostrá oproti jiným postavám), která se objevují jak na (obr.č.5, tak na obrázku č. 6 – primární rodina pacientky). Dále je třeba poukázat na dvě témata. Na téma láska (obr. č. 7) a na téma nenávist (obr. č. 8). Obě dvě jsou zobrazena čistě v rovině symbolu – srdce – s možným zdůrazněním pacientčina nejistého, nespecifického, „nerealistického“ vztahu k obsahu tohoto tématu. Navíc ztvárnění těchto dvou témat je zřetelně podobné, vyjma obměny barevnosti a počtu zobrazených symbolů. Dále bych si chtěl povšimnout koláže. Pomineme-li její další možné obsahy, jsou

ústřední postavy zobrazeny v andělské bílé (pacientka se svým mužem), směříce se umístěny do středové kompozice. Dalšími důležitými mementy hodným povšimnutí se objevují na obr. č. 4 s tématem matka a dítě. Obraz je barevně (emočně) plochý, bezkontextový, jako jeden z mála v produkci nejznatelněji nedodělaný, postavy jsou průhledné a malované hnědou barvou. Pacientka k tomuto obrazu říká: „nevěděla jsem jak dané téma zobrazit, nevěděla jsem, co si mám představit, tak jsem namalovala nápad někoho jiného“ (tento nápad omalovala od jiné pacientky). Pacientka nesvede, nedokáže nebo nechce namalovat vztah matky s dítětem. Proč? Řeší v sobě vztah matka/dítě v kontextu se svou mateřskou autoritou nebo obraz hovoří o vztahu jí, jako matky k vlastním dětem?

V kontextu s tím, o čem pacientka nad obrázky během interpretace hovořila a na co nepřímou poukazovala se lze domnívat, že si pacientka prozatím nedokáže připustit, že ji manžel opustil díky jiné ženě. Setrvává v permanentní vnitřní naději, že se k ní vrátí. Bezmezně ho miluje a zároveň nenávidí. Podíváme-li se na téma lásky a nenávisti, jedná se o velmi podobná ne-li stejná zobrazení. Obě témata jsou zobrazena symbolicky, bez kontextově, bez prostoru, abstraktně. Při interpretaci toto může vézt k domněnce „vyhnutí se“ „hovoření“ o obsahu těchto témat, nerealitě (v rovině očekávání pacientky). Toto podporuje zmínka o prvotním přístupu pacientky k tvorbě jako takové (viz. výše). Pacientka umí konkrétně zobrazovat, přesto sáhla v těchto tématech po abstraktním pojetí. Dále pokud si troufneme dát tyto dva

obrazy vedle sebe k vzájemnému porovnání, v barevné kombinaci červeno červené vytvoří hněv, vztek, „anarchii“. Proč? Vztek ze zhrzené lásky? Vztek na muže, který si našel novou přítelkyni? Vztek na muže obecně? – na otce?! Vztek na lásku?! Na matku?! Na jinou osobu?

Láska a nenávisť se svým ztvárněním jasně vzájemně překrývají. Je proto pravděpodobné, že v pacientce panuje zmatek z toho, jak k těmto tématům přistupovat, jak je chápat a jak je prožívat. Láska v pojetí pacientčina životního příběhu obsahuje hlubokou emoční rozvrácenost, zklamání, ztrátu, vztek - ten není prozatím, pravděpodobně ze strachu, reálně projeven. Tento strach je obavou z konečné a fatální ztráty milovaného objektu (jejího muže?, otce?, matky?). Obsah tohoto tématu je pro pacientku patrně prozatím stravitelný v rámci symbolického zobrazení, proto se přímé konfrontaci (namalování jednoznačného tématu) vyhýbá. Svůj vztek namířený vůči svému muži (otci a matce) dokáže tak pravděpodobně prožívat pouze v symbolické rovině, která se pro ni jeví bezpečnější, přesto, že ji uvrhuje do velkých nejistot, emočních zmatků a možných sebeklamů. (Srdce jako symbol v pacientčině pojetí by mohlo svádět k vyjádření lásky jako „klišé“). O lásce je uvažováno v snivé, až iluzivní rovině. Muž je prostředkem k prožití „nenáviděné lásky“.

Pokud se vrátíme k obrázku č. 5 (Já partner a jeden z rodičů) pacientka sama se obsadila do role 13 letá dívenky. Dívenka je oblečena do růžových šatiček a je předváděna v jistém naivismu. Pokud se dále podíváme na koláž, jeví se jako by cílem autorky bylo prezentovat

ideální svět, ideální vztahy. Svou přehnanou tendencí k zobrazení takovéto „idylky“ pak naopak jakoby poukazovala na potřebu zdůraznit něco čeho se jí nedostává nebo nemá nebo nemůže, vzhledem ke své aktuální situaci, mít. Lze tak uvažovat o nutné potřebě organismu vyrovnat se s vnitřním pnutím vyvolaným nespokojeností se sebou samým, se vztahy, které ztratila (muž ji opustil, děti se plně osamostatnili). Prezencí toho, jak by chtěla, aby „to“ bylo (nalepením nebo namalováním vztahu se svým mužem) ze sebe snímá jistý pocit (pravděpodobně nereálný) viny za selhání z toho kým byla jako dcera, žena, partnerka, matka. Pacientce hrozí postupné uzavírání se do bludného kruhu závislosti na své minulosti. Neustálým unikáním do „naivity“ jako do obranného mechanismu před skutečností tak předvádí prozatím neschopnost pohlédnout pravdě do očí a tím překročit vlastní stín, jenž by ji vymanil z tohoto bludného kruhu závislosti. Cílem pacientky by mělo být uvažovat reálně a jasně o vlastní závislosti. Toto začít uvažovat reálně bez příkras by se mělo projevovat autentičtějším zobrazováním témat (zobrazovat témata lásky a nenávisti – pacientku vézt ke konkrétnějšímu zobrazení těchto témat), od jejichž prožití je pacientka prozatím emočně odříznuta. Jakoby neustále prodlévala své minulosti, kterou si přehnaně idealizuje a zároveň se od ni emočně odšťihává racionalizacemi. Realita, zejména ve vztahové rovině, je pro pacientku zřejmě natolik nestravitelnou, že stále uniká do bezpečného světa symbolu abstrakce, idealizmu....závislosti na alkoholu, na práci, na protějšku. Tuto závislost pak racionálně odůvodňuje jako stav z

přepracování, celkové unavenosti, úzkosti z „prázdného hnízda“ a samoty.

Strach z trvalého a nevratného opuštění, kterému mohla být pacientka někdy v minulosti vystavena, vede k setrvání v „bezpečné“ rovině fantazie a permanentním neuvědomovaném snění o růžové budoucnosti (návrat jejího muže). Než aby se vzdala představy o toužebném (vysněném) milujícím objektu (své minulosti – vztah k matce, otci), raději se utápí v nerealistických dětských představách jak by chtěla, aby „to bylo“. Peripetie se svým mužem, kterého nepřímou obviňuje ze své závislosti na alkoholu se jeví jako zástupný problém, který má pravděpodobně zakrýt mnohem závažnější témata pacientčina života = vztah k matce (obr. č 5 matka a dítě), vztah k otci (na obr. č. 6. Já partner a jeden z rodičů „podříznutý“).

Pacientka uvádí během sezení: v minulosti emočně strádala, jak ze strany matky, tak ze strany otce. Rodiče se často doma hádali, došlo i k fyzickému napadání – zejména ze strany matky. Otec pil.

S pacientkou se na jednu stranu pracovala výborně. Úkoly splňovala na sto procent, na hodiny arteterapie se těšila, byla aktivní. Z tohoto hlediska docházelo k velmi dobré vzájemné spolupráci. Zaznamenal jsem, že pacientce cosi bránilo v plném projevení vlastních emocí, připuštění si své závislosti případně hlubší analýze nabídnutých zkušeností a informací získaných při interpretaci. To ji pravděpodobně vedlo k ustrnutí v léčbě i v zpracovávání témat (pacientka přestupovala

z 1. fáze do 2. Fáze léčby dvakrát pro nejasnou formulaci svých životních kroků po léčbě)

3.7.1 Pacient

35 let

Léčba závislosti na pervitinu

Pacient působil při interpretaci velmi vyrovnaným, až přehnaně sebejistým dojmem. Během ateliéru arteterapie na svou osobu neustále upozorňoval, dokázal se kultivovaně vychloubat, často dokázal manipulovat a být pasivně útočný. Mnoho informací zahaloval do neprůhledného závoje „slovního bláta“, který byl pro některé pacienty silně znejišťující. Jeho postoj k léčbě byl, jak se v průběhu léčby zjistilo, čistě zjištný a po nějaké době, kdy byly jeho skutečné motivy odhaleny, sám z léčebny odešel.

Analýza výtvarného projevu

Obrázky působí nedodělaně. Je zde patrné velké množství nezaplněného prostoru, bílých míst, které by ve zvýšené podobě mohly opět odkazovat k vytěsněnému myšlenkovému materiálu. Dále je možné v některých momentech produkce zaznamenat tendenci ke karikování, zlehčování obsahu daného tématu (pacient skutečně velmi často unikal do křečovitěho zlehčování situace). Barevnost je omezena s důrazem na hnědou barvu, která ostatní barvy svou přítomností omezuje. Zcela chybí černá, žlutá, komplementarita barev často nepřítomna. Obrázky jsou více

kreslené než malované, zatuhlé, až statické. Prostor je pásovitě rozdělen a omezen na dvoudimenzionální zobrazení.

Interpretace

Rodinná koláž

Z celé produkce mne zaujala nejvíce. Obsahuje mnoho zajímavých symbolů, které byly v zásadním rozporu s pacientovými postoji a prezentovanými myšlenkami.

Kupříkladu sám sebe, ač je tmavé pleti, na koláži (obr. č. 15) obsadil do role muže bílé pleti (možné nepřijetí vlastní identity?, stud?..). Muž chrání dítě (před čím?, před kým? Před matkou – žena ve fialové se sepjatýma rukama?) či toto dítě muž ukazuje a přitom vzhlíží k ženě ve fialové? Matka se dále objevuje na obr. č. 13 Já partner a jeden z rodičů, kde před sebou tlačí kočárek a dále se pak objevuje i na obr. č. 12 Matka a dítě, kde sedí opřena o strom (za ním kočárek), zcela obnažena a malý chlapeček (do něhož se obsadil sám pacient) ji nese květinu. Žena s černými vlasy zobrazená na tomto obrázku spíše připomíná partnerku pacienta, než pacientem obsazenou matku, ale už jen to, že pacient tuto postavu na obrázku obsadil jako svoji matku, má v jistém smyslu interpretační význam.

Matka pacienta se stává ústředním bodem pacientova života. Je bezmezně, až patologicky milována. Vzhlíží k ní pacient jako k autoritě či jako k předmětu „touhy, lásky“? Nevyvolává svárlivost mezi partnerkou a pacientem (pravděpodobně dva na sebe vzájemně útočící

orli, obr. č. 15 rodinná koláž) právě přítomnost matky jako předmětu lásky v pacientově nevědomí? Otec je pravděpodobně (jako možný konkurent) v důsledku tohoto přesunut do bezpečné roviny symbolu (hnědá barva v obrazech), jinak je na obrazech a na koláži nepřítomen, ač s matkou žije.

Na obr. č. 11 šípková Růženka a na obr. č. 14. Červená Karkulka se objevují antropomorfní domy. Opět s ohledem na kontext obrázků, by se mohlo jednat o „nepřítomnou“ osobu otce jako hrozby. Na obr. č. 11. Šípková Růženka, je princ se šavlí na odchodu nebo zrovna přichází zachránit silnou, podsaditou ženu? Princezna je osvobozena dávno před tím, než princ přichází. Kdo je ten princ? Kým by mohl být? Pacient v těchto chvílích přestal spolupracovat, nechtěl odpovídat, utíkal do neopodstatněných racionalismů. Jakákoli zmínka o intimě v pacientovi vyvolávala silný pocit ohrožení, který zakrýval únikem do vtipných poznámek nebo racionalismů. Zakrnělé genitálie u Adama obr. č. 10 Adam a Eva by mohli odkazovat na pacientovu přehnanou tendenci k vychloubanosti a velikášství (viz. svaly na koláži Obr. č. 15 rodinná koláž).

U pacienta se objevuje zvýšená tendence závislosti na mateřské autoritě. Závislost na droze je v tomto případě interpretovat jako symptom zvýšené potřeby pacienta uniknout před vlastním svědomím, před pocitem viny (vina, trest, čekání na trest, autorita – není zobrazena na obraze Adama a Evy – mnoho jablek = pro pacienta pokušení?, více žen?), za incestní lásku k matce (vytěsněný materiál = bílá místa na

produkcí). Otec je pro pacienta nepřekonatelnou překážkou, se kterou dokáže operovat pouze v rovině symbolu a identifikuje se s ním? Současná partnerka pacienta je odsunuta na „vedlejší kolej“, neboť nesplňuje požadavky pacientových tužeb.

U pacienta je proto možné příčiny vzniku závislosti hledat ve fixaci libida na orální fázi. Tato fixace vzniká jako důsledek citově plochého přístupu matky v raném dětství. Matka zřejmě v dětství k synovi přistupovala s bezmezně zahrnující láskou a náklonností, která syna vedla k zneschopnění se od ní odpoutat a tím se na ní stal přehnaně závislým.

Doplnění

Z výše uvedených hypotéz a dedukcí byla pacientovi poskytnuta část tohoto výkladu, s ohledem na jeho schopnosti přijímat informace a chuť spolupracovat.

4 Závěr

V rámci závěru bych se pokusil odpovědět na otázky, které jsem si na počátku této práce položil.

Jak do konceptu PLCD zapadá rožnovská terapie? Arteterapie svými prostředky, metodami a přístupy přímo vybízí k využití na půdě takovéto léčebny. Její potenciál však není plně využit. Zajedno díky malé časové dotaci, prostorám v nichž se arteterapie uskutečňuje, nejasnou návazností na ostatní program léčebny. Jakou úlohu v léčbě závislosti na půdě PLCD hraje interpretace? Primárně rozšiřuje poznatky o pacientovi, jeho přístupu k léčbě, možných příčinách vzniku závislosti. Sekundárně pacienta vede k hlubšímu poznání sebe sama, příčin svého patologického chování, svým charakterem může částečně fungovat jako edukační prvek v léčbě závislosti. S ohledem na tradiční formy programu léčby je vytlačena spíše na její okraj.

Co si pacient z interpretace odnáší? Informace, které jsou často záhy zapomenuty. Pacienti nedokáží uvažovat v souvislostech, informace drolí, čímž uniká ucelenější pohled na svou závislost. Otázka „co si pacient z interpretace odnáší?“ je zavádějící, neboť to co si pacient ve skutečnosti odnáší nelze konkrétněji zaznamenat. Každá interpretace je však střípkem vedoucím k cestě hlubšího porozumění.

5 Reference

1. *Artetrapie, rožnovská interpretační arteterapie.* [online]. 2011[cit. 2011-01-27] Dostupné z: <<http://www.arteterapie.wz.cz/arteterapie.html>>
2. *Červený dvůr.* [online]. 2011 [cit. 2011-01-26]. Dostupné z: <http://cervenydvur.cz/?page_id=3>
3. *Červený dvůr.* [online]. 2011 [cit. 2011-01-26]. Dostupné z: <http://cervenydvur.cz/?page_id=5>
4. *Česká arteterapeutická asociace.* [online]. 2011 [cit. 2011-01-25]. Dostupné z: <<http://www.arteterapie.cz/>>
5. *Drogy-info.cz. Léčba závislosti.* . [online]. 2011 [cit. 2011-01-27] Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/lecba/lecba_zavislosti>
6. **DYTRTOVÁ, K.** *Zážitek, význam a pojem.* [online]. 2011 [cit. 2011-01-27]. Dostupné z: <http://pf.ujep.cz/kvkweb/sekce/prvky/dytrtova_katerina.pdf>

7. **KALINA, K.** *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing 2008.
8. **KLIVAR, M.** *Nová arteterapie v psychopedii*. Praha: vydavatelství Drábek Balt-East, 2002. ISBN 80-86383-14-8
9. **KOBLICOVÁ, A.** *Arteterapie a psychoterapie v období dospívání. Současná arteterapie*, Pedagogická fakulta UK ve spolupráci s ČAA, Praha 2000.
10. **KUDRLE, S.** *Psychopatologie závislosti a kodependence*. In: Kalina K, a kol. *Drogy a drogové závislosti*. Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR, 2003.
11. **LANDISCHOVÁ, E.** *Teorie a praxe arteterapie, taneční a výtvarné formy*. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Pedagogická fakulta, 2007. ISBN 978-80-7290-297-2.
12. **MATOUŠEK, O.** *Potřebujete psychoterapii?* 2.vydání Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-314-5.
13. **NEŠPOR, K.** *Návykové chování a závislosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-831-7.

14. **Moderní léčba návykových látek.** [online]. 2011 [cit. 2011-01-27]. Dostupné z: <<http://www.google.cz/search?hl=cs&&sa=X&ei=0h9BTfL7L8-fOtrqxdgB&ved=0CB8QBSgA&q=modern%C3%AD+l%C3%A9%C4%8Dba+n%C3%A1vykov%C3%BDch+l%C3%A1tek&spell=1>>
15. **Project MATCH.** [online]. 2011 [cit. 2011-01-27]. Dostupné z: <<http://www.commed.uchc.edu/match/>>
16. FIŠEROVÁ, M. *Historie, příčiny a léčení drogových závislostí.* [online]. 2011 [cit. 2011-01-27]. Dostupné z: <http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm>
17. **ROTGERS, F.** Léčba drogových závislostí. Praha: Grada Publishing 1999.
18. **RUBINNOVÁ, A.J. - EDVARDS, M.** Jungiánská analitická rteterapie. In *Přístupy v arteterapii*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. Kapitola 6, s. 137 – 157.

19. **SLAVÍK, J.** *Umění zážitku, zážitek umění: teorie a praxe artefiletiky. 1.* Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2001. 281 s. ISBN 80-729-00668.
20. **SMÉKAL, V.** *Pozvání do psychologie osobnosti. 3.vyd.* Praha: Barrister & Principal, 2002. 517 s. ISBN: 978-80-87029-62-6.
21. **SMOLÍK, P.** *Duševní a behaviorální poruchy: Průvodce klasifikací.* Praha: Maxdorf, 1996. 504 s. ISBN 80-8580-033-0.
22. **ŠLEMÍNOVÁ, M.** Arteterapie a Medusa. Výtvarná výchova, 4/1995-96, Roč. 36, s.
23. **ŠICKOVÁ – FABRICI, J.** Základy arteterapie. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-616-0.
24. **VYMĚTAL, J.** *Úvod do psychoterapie. 3. vyd.* Praha: Granada, 2010. ISBN 978-80-247-2667-0.
25. **VYMĚTAL, J. A KOLEKTIV.** Obecná psychoterapie. 2. vyd. Praha: Granada, 2006. 340 s. ISBN 80-247-0723-3.

6 Přílohy

Obr. č.1 Adam a Eva



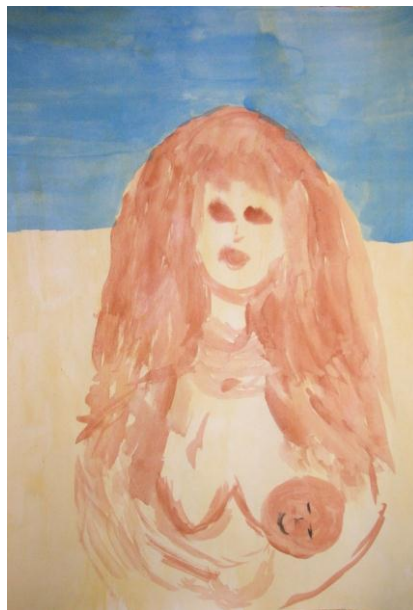
Obr. č. 2 Adam a Eva 2



Obr. č. 3 Adam a Eva 3



Obr.č. 4 Matka a Dítě



Obr. č. 5 Já partner a jeden z rodičů (otec)



Obr. č. 6 Rodina



Obr. č. 7 Láska



Obr. č. 8 Nenávist



Obr. č. 9 Rodinná koláž



Obr.č.10 Adam a Eva



Obr. č. 11 Šípková Růženka



Obr. č. 12 Matka a dítě



Obr. č. 13 Já partner a jeden z rodičů (matka)



Obr. č. 14 Červená Karkulka



Obr. č. 15 Rodinná koláž



br. č. 16 „Pavouk“

