

Jihočeská univerzita
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Ateliér arteterapie

Závislost, terapeutická komunita a arteterapie

Bakalářská práce

České Budějovice 2008

Autor práce: **Ladislav Holub**

Vedoucí práce: **PaedDr.Milan Kyzour**

Bibliografický záznam

HOLUB, Ladislav. **Závislost, terapeutická komunita a arteterapie: práce bakalářská.** České Budějovice: Jihočeská univerzita, Fakulta pedagogická, Ateliér arteterapie, 2008. 50 l., 11 l. příl. Vedoucí bakalářské práce: PaedDr.Milan Kyzour

Anotace

Bakalářská práce je zaměřena na možnosti využití rožnovské arteterapie v problematice léčby drogových závislostí a to i s ohledem na možnosti jejího použití v systému léčby terapeutické komunity. Pokusí se ozřejmit pojem „závislost“, zprostředkovat různé úhly pohledu na tento pojem a přístupy k léčbě drogově závislých. Je závislost nemoc, nebo symptom? Jaké jsou možnosti a specifika rožnovské arteterapie při práci se závislým klientem v terapeutické komunitě? Existuje výtvarný projev obvyklý pro drogově závislého? Práce obsahuje kazuistiky 3 klientů, typických zástupců klientely v TK: interpretace artefaktů, posun ve formě výtvarného zobrazení závislého klienta, blok ve výtvarném procesu, očekávaná arteterapeutická a terapeutická východiska práce s touto klientelou.

Annotation

Thesis is about Possibilities of Roznov Art Therapy in Therapeutic Community. An Addiction – Illness or Symptom. The Typical Art Exhibition of Drug User- Exist or Not Exist? Thesis Concludes Three Casuistries (Typical for Drug Users in Therapeutic Community). Artifacts Interpretation. The Art and Art Therapeutic Programme of These Clientele.

Klíčová slova

Arteterapie. Rožnovská arteterapie. Terapeutická komunita. Závislost. Psychoterapie.
Uživatel drog. Výtvarné techniky a témata arteterapie

Keywords

Art Therapy. The Rožnov Art Therapy. Therapeutic Community. An Addiction.
Psychotherapy. Drug User. Art Techniques and Themes of Art Therapy.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu literatury.

Dále prohlašuji, že u výtvarných prací klientů terapeutické komunity jsem neuvedl žádné autentické osobní údaje. Artefakty a kasuistiky byly použity se souhlasem vedení terapeutické komunity Podcestný Mlýn a jejich klientů.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce v nezkrácené podobě fakultou- elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG, kterou provozuje Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích na svých internetových stránkách.

v Českých Budějovicích dne 1. 4. 2008

Ladislav Holub

Poděkování

Rád bych tímto poděkoval pracovníkům a klientům Terapeutické komunity Podcestný Mlýn za vstřícnost a otevřenost. Zvláštní poděkování také patří PaedDr. Milanu Kyzourovi – vedoucímu práce za podporu, motivaci k napsání bakalářské práce na toto téma a hlavně bezmeznou trpělivost.

OBSAH

Úvod.....	7
TEORETICKÁ ČÁST	
Drogová závislost.....	8
Co je drogová závislost?.....	9
Fáze vývoje drogové závislosti.....	12
Důsledky abúzu psychoaktivních látek.....	14
Osobnost a toxikománie.....	16
Charakteristické rysy drogově závislých.....	17
Terapeutická komunita.....	23
Cíle léčby v TK.....	25
Terapeutické nástroje uplatňované v TK.....	25
PRAKTICKÁ ČÁST	
Arteterapie v terapeutické komunitě.....	29
Kazuistiky (analýzy, interpretace).....	33
Klient Marek.....	33
Klientka Marta.....	36
Klient Pavel.....	39
Výtvarný projev závislých.....	43
Výtvarný projev aktivního uživatele.....	43
Výtvarný projev abstinujícího uživatele.....	44
Specifika arteterapeutické práce se závislými.....	45
Závěr.....	48
Použitá literatura.....	49
OBRAZOVÁ PŘÍLOHA.....	51

Úvod

Již necelé tři roky pracuji jako psychoterapeut a arteterapeut v terapeutické komunitě Podcestný Mlýn. Tato je určena pro klienty přicházející s primární diagnózou závislosti na nealkoholických drogách. V průběhu mé praxe arteterapeuta mi vyvstala řada otázek a témat. Existuje výtvarný projev či některé jeho prvky typický pro drogově závislého klienta? Má na jeho způsob zpracování artefaktu vliv druh aplikované látky? Je metoda intervenční rožnovské arteterapie vhodná pro léčbu závislých klientů? A má své místo ve specifickém prostředí terapeutické komunity?

V teoretické části pojednávám o závislosti jako takové, o jejích psychologických souvislostech, o různých pohledech na ni a přístupech k tomuto tématu. Věnuji se též základním terapeutickým možnostem, názorům a metodám. Součástí teoretické kapitoly jsou i části věnované terapeutické komunitě jako formě, pokouším se zde charakterizovat uplatňované terapeutické faktory a to jak v rovině obecné, tak i specificky komunitní.

V praktické části se zabývám možnostmi a způsobem uplatnění rožnovské arteterapie v celém komplexu terapeutického působení na klienta v terapeutické komunitě, uplatňuji zde své zkušenosti a prezentuji model tohoto zapojení do terapeutického systému v TK Podcestný Mlýn.

Dále uvádím kasuistiky tří klientů, z nichž každý svým způsobem zastupuje určitý charakteristický typ případu (v závislosti na druhu aplikované látky, primárního problému, rodinných konstelací). Součástí této kapitoly je i interpretace několika jejich artefaktů, včetně terapeutických závěrů a možných východisek.

TEORETICKÁ ČÁST

Drogová závislost

V této části mé práce se pokusím o stručnou charakteristiku drogové závislosti, popis jejího průběhu, o definici osobnosti toxikomana a vyjmenování základních přístupů, jak z hlediska terapeutického tak společenského.

Dle nejčastěji u nás používaného klasifikačního systému MKN -10, je závislost zařazena do sekce Duševní poruchy a poruchy vyvolané užíváním psychoaktivních látek (F10 – F19).

Definice závislosti dle tohoto systému zní: Seskupení behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, které se vyvinou po opakovaném užívání psychoaktivní látky. V typickém případě zahrnují silnou touhu získat látku, obtíže s kontrolou jejího užívání, trvalé užívání i přes nebezpečné konsekvence a dávání značné přednosti užívání látky před jinými aktivitami a povinnostmi, zvýšená tolerance a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může vzniknout v souvislosti se specifickou látkou (např. tabákem, alkoholem nebo diazepamem), skupinou látek (např. opioidy), nebo se širokou škálou farmakologicky různých psychoaktivních látek. 1)

Diagnostická kritéria systému MKN -10:

Pro stanovení syndromu závislosti by se měla stanovit, pokud během posledního roku došlo nejméně ke třem z následujících jevů:

- 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 a zvýšením množství času nutného k získání látky, nebo zotavení se z jejího účinku
- Pokračování v užívání látky navzdory jasnému důkazu škodlivých následků . 2)

1) Smolík 1996, str.28-32

2) Smolík 1996, str.119

Co je závislost?

Dnešní způsob nahlížení na závislost lze v zásadě rozdělit na dva krajní proudy. Jeden lze nazvat jako **biologicko – medicínský**. Problém závislosti chápe jako nemoc a průvodní projevy (kriminalita, prostituce apod.) chápe jako symptomy této choroby. Za hlavní příčinu závislosti považuje např. některé problematcké okolnosti pre-,peri- a postnatální (abuzus matky v těhotenství, užití látky při porodu, nemoc v dětství apod.) Velký význam přikládá genetické predispozici. Snaží se o systematické snižování rizik – harm reduction, zasazuje se o legalizaci drog (prevence kriminality). Zaměřuje se na pozitivistický sběr dat. Za podstatné považuje to, co je přítomné, užitečné a smysluplné, co je jednoznačně definovatelné a jisté. Drží se zažitých a ověřených schémat, uznává jen to co je objektivní a ověřitelné vědeckým experimentem. Tento přístup se vyznačuje bezmeznou vírou ve vědu a zaměřuje se na objevení medikace, která by dokázala jednoduše léčit. Mozek vnímá jen jako tělesný orgán, zkoumá interakce mozkového neurochemismu a vliv jednotlivých látek na něj a následnou provázanost se změnami afektivních a vegetativních funkcí. Toto pojetí vyústilo v substituční léčbu, s jejímiž problematckými výsledky si neví rady. Je oficiální platformou pro různá medicínská a farmaceutická lobby, léčbu závislostí značně komercializuje.

Druhé krajní pojetí lze nazvat jako **psychologizující**. Závislost chápe jako důsledek duševního strádání a s problémem se potýká kauzálně. Zkoumá psychogenní vlivy a faktory v dynamice závislostí, tyto dělí na primární (predisponující) a sekundární (vzniklé v důsledku abúzu). Příčiny závislosti spojuje s projevy či poruchou psychiky a ne mozku, jako tělesného orgánu. Na rozdíl od výše uvedeného způsobu léčby pomocí medikamentů, je poměrně levná a zároveň úspěšná. Nezaměřuje se na léčbu závislosti jako takovou, její snahou je dopomoci klientovi ke komplexnějším změnám jeho osobnosti, které v případě úspěchu vedou k jeho dobrovolné a trvalé abstinenci.

K problematice závislostí se dnes vyjadřují všechny důležité psychologické proudy ale já zde uvedu jen ty hlavní, ty které se běžně uplatňují v systému léčby terapeutické komunity.

Přístup kognitivně-behaviorální

Jedná se o velmi důležitý a už tradiční přístup k léčbě drogových závislostí. Závislost zobrazuje jako určitou formu naučeného chování a cílem léčby je náprava dysfunkčního myšlení a jednání, a náprava jejich maladaptivních vzorců. Pracuje např. s tzv. „chutěmi“, pokouší se o identifikaci jejich spouštěčů, učí klienta tyto stavy si nevyvolávat, snášet je a také si je zastavovat. Další z důležitých oblastí kde se KBT uplatňuje je oblast prevence a zvládnutí relapsu. Cílem terapie je změna životního stylu, rozvoj sociálních a komunikačních dovedností (návčik asertivity), efektivní nakládání s volným časem. V léčbě v TK se pracuje často s principem: „**Chovej se jako...**(..by ses nebál, .. by si byl zodpovědný,apod.)“. Tento model je velmi vhodný zvláště v úvodních fázích léčby, napomáhá adaptaci, umožňuje zvládnout prvotní obtíže plynoucí z čerstvé abstinence. Později je vhodné přenést těžiště léčby do oblasti psychodynamické a psychoanalytické terapie. Ale ani v pokročilých fázích léčby neztrácí KBT zcela svůj význam a jeho techniky je vhodné do léčby zařazovat.

Přístup rodinné terapie

Závislost pojímá jako důsledek patologické konstelace ve vztazích nebo rodinném systému uživatele. Tento přístup se dále štěpí na tři nejčastěji uplatňované modely:

- model behaviorální rodinný
- model systémový
- model integrativní (také sociálně-ekologický)

Všechny mají za cíl změnu a restrukturalizaci vztahových vzorců chování, jež užívání drog podporují. Závislost člena rodiny vnímají v kontextu celého rodinného systému a v tomto mu přikládají zvláštní význam. Zaměřuje se na charakteristiky vzájemné interakce mezi členy rodiny a procesy jako pravidla, role a komunikace. Uplatňují se tři základní formy práce:

Poradenství – pracovník vystupuje vůči rodině jako ten, kdo ví. Svou intervencí přebírá na sebe odpovědnost za řešení rodinných těžkostí.

Terapie – pracovník se zaměřuje na rodinné interakční vzorce a vytváří tak prostor pro společný zážitek a reflexi. Terapeut zůstává buď v neutralní roli nebo může zvolit strategii kontrolovaného stranění.

Podpora/edukace – pracovník se snaží kompenzovat rodinný handicap přímou pomocí (poskytováním informací, zajištěním finanční pomoci atd.) a snaží se podporovat síly, které dávají naději na zvládnutí aktuálních potíží.

Psychodynamický přístup

V rámci psychoanalytické koncepce je užívání návykových látek považováno za symptom, který je reakcí na vnitřní konflikt. Je-li tedy užívání návykových látek symptomem vnitřní příčiny, zdá se logické předpokládat, že k odstranění symptomu postačí tuto příčinu odhalit. Většina současných analytiků však přesto považuje nemodifikovanou psychoanalýzu pro léčbu závislostí za nevhodnou. Léčbu lze dovést k úspěšnému konci, avšak proces léčby je zdlouhavý a obtížný. Jakoby dnešní psychoanalýza na oblast léčby závislostí rezignovala a v této oblasti ustrnula. Navzdory tomuto faktu dnes většina komunit prvky psychoanalýzy v léčbě úspěšně využívá a analyticky a dynamicky orientovaná terapie je jedním ze základních léčebných prostředků. Filozofie tohoto přístupu vychází z teorie, které závislé chování považuje za upřednostnění orálního uspokojení sexuálního pudu člověka, což se v dospělosti děje tak, že závislý člověk se nevědomě navrácí k primitivním nezralým formám autoerotiky, vztahující se k rannému dětství (regres). Zároveň přichází s myšlenkou, že závislé chování chrání člověka před bolestnými vlivy okolí a před nepříjemnou vnitřní nerovnováhou. Závislý člověk se díky závislému chování vzdaluje reálnému světu, jeho požadavky jsou pro něho příliš zatěžující a zároveň ho takové chování chrání před pocitem selhání, vlastní nedostatečnosti a prázdnoty. Lze uvažovat o hlubokých poruchách vztahu k sobě samému, nízkém sebevědomí a malé sebelásce. Závislost také bývá často spojována s narcistickou poruchou a závislost je náhradním narcistickým uspokojením. Člověk užívající drogy dosahuje uspokojení popíráním trýznivé reality (opojení přináší odstup a eliminuje realitu). Ego je po požití drogy rozšířeno o „magické“ schopnosti drogy, narkoman se stává schopnějším, silnějším, droga se stává bohem a on je jím prostoupen.

Kromě důrazu na význam nevědomé psychické činnosti, zkoumání intrapsychických konfliktů a ranných traumat z dětství, dynamický přístup dále

zohledňuje interpersonální vztahy a aktuální konflikty pacienta, v nichž odhaluje důsledky maladaptivního sociálního chování. Zároveň ale poukazuje na souvislosti s jeho minulými zkušenostmi, rannými bazálními konflikty, frustrací a traumaty. Dynamická psychoterapie pomáhá klientovi aby porozuměl vlastnímu podílu na opakujících se potížích a souvislostem mezi současnými problémy (postoji, prožíváním) a rannými zážitky. Klienta směřuje k dosažení náhledu, k prožití emoční korektivní zkušenosti, osvojení si nového chování na základě korekce postojů a k dosažení úspěšné sociální adaptace.

Fáze vývoje drogové závislosti

Fáze experimentu

Vzhledem k věku lze tuto fázi nejčastěji zařadit mezi 13. až 15. rok věku dítěte. To má již často zkušenost s tzv. legálními drogami - alkoholem a nikotinem. Důvody pro aplikaci drogy jsou různé, ale nejčastěji se jedná o komplex více faktorů. Může se jednat o nudu, zvědavost, potřebu vzrušujícího zážitku či potřebu si dokázat svou nezávislost na autoritách.

Tyto děti téměř vždy žijí v prostředí málo podnětném, zatěžujícím, které nedostatečně živí jejich emoční a sociální potřeby. Významným spouštěčem může být i traumatizující situace či jiná zkušenost, problém s nímž si dítě neví rady a potřebuje se s ním vyrovnat, nebo mu uniknout. Většina pochází z rozvedených nebo jinak nefunkčních rodin, zvláště z takových, kde rodiče tuto situaci nezvládli a nedokázali dítě ochránit před nepříznivými důsledky svého selhání. Dalšími typickými důvody jsou např. pocit samoty či (většinou u dívek) snaha po dosažení určité dokonalosti (pervitin jako svérázný prostředek na hubnutí, či stimulant pro dosažení vyšších výkonů, např. ve škole). Droga nabízí unik, navozuje pocit uspokojení, celistvosti a sounáležitosti. Mladý člověk toto jednoduché řešení přijme a v této fázi „braní“ si neuvědomuje, že droga nic neřeší. Zažívá pocity uvolněnosti, štěstí, sebejistoty, cítí se kompetentnější. Je zbaven úzkosti, strachu a nejistoty. V tuto dobu droga zatím „dává“ a moralizování a sankce zcela selhávají. Jedinec nepocítuje návyk, drogu bere nepravidelně a tento fakt většinou tají. Je mu příjemná ale dokáže bez ní existovat. Zatím jsou pro něho důležité i jiné hodnoty, ještě mu záleží na vztazích s ostatními lidmi i na přijatelném plnění běžných

povinností. Není neobvyklé, že rodina v tomto období dokonce změny v chování závislého hodnotí pozitivně. Např. pervitin je silný stimulant a toho kdo ho užívá „nabíjí“. Ten srší energií, plní si s přehledem své povinnosti (jeho činnost však nese známky nutkavosti). Dřívější symptomy jsou energeticky náročné a droga tuto ztrátu kompenzuje.

Fáze tvorby stereotypu

Člověk drogu v této fázi užívá čím dál častěji, stále více baží po prožitcích (které upřednostňuje před zážitky, jichž je v různé míře neschopen) spojených s její aplikací. Vytváří se stereotyp chování. V tomto období již nezapírá fakt, že něco takového dělá, co však popírá, jsou rizika s tímto jednáním spojená. Nechce si připustit jeho závažnost a snaží se přesvědčit sebe i své okolí o nízké škodlivosti svého chování. Obvyklé jsou v této fázi snahy o bagatelizaci problému, zlehčování účinků drogy a snaha o mít vše pod kontrolou. **Puze kontroly** je typický příznak počínající závislosti. Délka této fáze je závislá na typu psychoaktivní látky, velikosti dávek a četnosti jejich užívání. Svou roli hraje i individuální schopnost rezistence každého jedince. Na konci této fáze vzniká **návyk**.

Fáze návyku

S postupující závislostí se zvyšuje lhostejnost k čemukoli, co se netýká drog. Závislého opouští motivace, postupem času se mění jeho hodnotový žebříček. Už nemá čas ani energii svůj návyk skrývat, přestává mu záležet na mínění druhých. Rozbívá vztahy s přáteli, s rodinou, tito se pro něho stávají jen zdrojem, chová se účelově. Často ho sice pronásledují výčitky a pocity viny, ale není schopen nic dělat. Tyto stavy řeší opakovanou aplikací. Cítí se odloučen od světa, což vede k pocitu úzkosti z toho, že jej není možno ovlivnit. Jedna ze strategií jak těmto pocitům čelit, je vyvolání tzv. **orgiastických stavů**. Mohou mít podobu **transu**, který může být vyvolán stereotypním rytmem nebo například omamnými jedy (dnešním ekvivalentem jsou tzv. techno párty). Jedná se o uplatnění fylogenetické zkušenosti, kdy se člověk, který se nedokáže zřici části své individuality a slynout se společností, navrácí k orgiastickým formám řešení úzkosti. Své pocity projikuje do okolí („svět je zkažený, lidé hnusní, ...“), nebo se své

chování pokouší racionalizovat („chci žít krátce, ale naplno..., střízlivej se nedá žít, беру protože chci“). Závislý si v tento okamžik již začíná uvědomovat, že má problém. Droga v jeho životě má novou roli, už nepovznáší a neslouží. Stává se nutností a potřebou, prostředkem jak se udržet v „provozu“. Závislý ji začíná akceptovat jako trvalou součást svého života, nebo se jí chce zbavit, ale obává se dalšího propadu své osobnosti. Mnozí se pokoušejí o laickou samoléčbu. Zkouší, často i z ekonomických důvodů, snižovat dávky (obvyklý důvod k přechodu na intravenózní způsob aplikace). Střídají se období dočasné abstinence, relapsů a recidiv. Bohužel motivace k léčbě bývá zatím nízká, nezvnitřnělá. Zátěž spojená s odbornou léčbou a komplexní změnou životního stylu je tak velká, že ji zvládne v této fázi jen malé procento drogově závislých.

Fáze úpadku

Nadměrné užívání psychoaktivních látek poškozuje jedince biologicky i sociálně, má za následek narušení psychického i somatického zdraví. Dochází k celkovému úpadku osobnosti a rozpadu sociálních vazeb. Jediné vazby, které přetrvali, jsou s jedinci vázaných na příslušnou subkulturu. V chování závislého jedince spatřujeme jasné prvky účelovosti, naopak zcela postrádáme logiku. Drogově závislý se stává zcela nespolehlivým a bezohledným. Jeho jediným zájmem je získání drogy, bez ohledu na následky a způsob, jakým si ji opatří. Její potřeba je tak silná, že naprosto eliminuje sociální zábrany, závislí v této fázi kradou, podvádějí, prostituují. Z lidského hlediska si opravdu „sáhnou na dno“. Je paradoxem, že právě tyto (často otřesné) zážitky, jsou motorem ke změně a konečně tou pravou motivací pro rozhodnutí jít se léčit.

Důsledky abúzu psychoaktivních látek.

Důsledky somatické

Závislost na psychoaktivních látkách primárně i sekundárně poškozuje somatické zdraví. Může dojít (a často dochází) k nevratným poškozením CNS, zažívacího traktu, jater, pankreatu, cévního systému. Velice časté jsou infekce hepatitidou typu B a C a výjimečné nejsou v řadách toxikomanů i případy nakažení virem HIV.

Vlivem užívání se mění i zevnějšek člověka. Droga má za následek extrémní a rychlé snižování váhy (častý důvod proč zvláště dívky začínají brát), což se projevuje nápadným vyhubnutím, nitrožilní aplikace vede k devastaci cévního systému, tím ke

tvorbě podlitin a abscesů v místě vpichu. Závislý přestává dbát o svůj zevnějšek a hygienu a celkově tělesně chátrá. Dalšími častými důsledky „braní“ je i zvýšená kazivost chrupu, potíže v sexuální oblasti, zvýšené vypadávání vlasů, poruchy vyměšování, apod.

Důsledky psychické

Závislost na psychoaktivních látkách a jejich abúzus mění psychické projevy a v souhrnu celou osobnost jedince. Dlouhodobé užívání drog může v konečném důsledku vést až ke vzniku tzv. **organického psychosyndromu**, to znamená k souboru psychických změn, které jsou vyvolány poškozením mozku.

V *oblasti emocí* bývá prožívání deformováno, jejich intenzita není vždy přiměřená vyvolávajícímu podnětu. Jedinec užívající drogy je afektivně labilnější, dráždivější, se sklonem k extrémním citovým reakcím. Časté bývá vztahovačné až paranoidní ladění, celková anhedonie (neschopnost prožívat potěšení a radost), úzkostná či depresivní nálada.

V *kognitivní oblasti* zhoršuje dlouhodobé užívání psychoaktivních látek schopnost koncentrace, paměťové funkce, mění se i způsob myšlení. Psychotropní látky ovlivňují vnímání a zpracování informací. Je ztížena orientace ve vnější, ale i vnitřní realitě, což má negativní dopad na reakce. Vlivem užívání některých látek, může dojít ke stavu, kdy úbytek kognitivních funkcí nabude takového rozměru, že lze hovořit o demenci.

V *oblasti motivace a hodnot* lze u závislého pozorovat výraznou změnu v hierarchii hodnot a hodnotové stupnici. Do popředí se jasně dostává droga jako prostředek k obstarání si jistých pocitů a úniku z reality. Zpočátku sice bere závislý, do určité míry, ještě ohledy na své okolí a přeje si svůj návyk ovládat a regulovat, později však přestává své chování hodnotit a pociťovat vinu. Přestává pro něho existovat budoucnost, nevnímá ji, neplánuje ji, nechce o ní nic vědět. Žije přítomností.

Sociální důsledky

Česká společnost je kuživatelům nealkoholových drog velmi odmítavá a odsuzující, a to mnohem více než k pijákům alkoholu. Je zde silná tendence drogově závislé stigmatizovat a sociálně izolovat. Okolí (snad vyjma jeho nejbližších) toxikomana

má vesměs negativní očekávání a má malou víru v možnost nápravy. Tyto postoje pramení s omezené zkušenosti se světem drog a z toho plynoucí nejistoty. Toxikoman ztrácí zájem o vztahy s okolím, toto vnímá účelově, pod vlivem drog se stává nespolehlivým, sobeckým a necitlivým k potřebám ostatních. Finanční náročnost závislosti, změny osobnosti a hodnotového systému vedou také k častému důsledku a to k trestné činnosti a kriminalitě. Všechny tyto faktory, izolace a odmítání, přispívají k silné identifikaci jedince s drogovou subkulturou, k přijetí jejich hodnot a norem. Drogová parta je často jediná skupina, která závislého neodmítá.

Osobnost a toxikománie

Je otázkou, zda lze určit typickou osobnostní strukturu drogově závislých, popř. osobnost premorbidní. Psychoanalyticky orientovaný Jean Bergeret tuto možnost výskytu pouze jediného typu osobnosti závislého vylučuje a dodává další zjištění:

- V jakékoli psychické struktuře může být podklad pro vznik závislého chování.
 - Struktura osobnosti není účinkem návykových látek zcela změněna, pouze dochází k zesílení některých osobnostních rysů.
 - Závislost nevzniká pouze kvůli uspokojení potřeby jedince (vědomé či nevědomé), ale i jako kompenzace deficitů („pokus o obranu a o regulaci snížených schopností nebo příležitostných mezer, které vykazuje hluboká struktura v každém jednotlivém případě“).
- 1)

Dále rozděluje Bergeret osobnosti toxikomanů do tří velkých skupin:

1) **Toxikomani s neurotickou strukturou** – jsou výrazně zaměřeni na pohlavní problematiku (oidipický, kastráčnický komplex); charakterizuje je autoagrese (sklony k sebepoškozování) a masochismus, často ústící v sebetrestající chování až v sebevražedných pokusech (předávkování).

1) Bergeret 1995 ,str. 32

2) **Toxikomani s psychotickou strukturou** – tyto charakterizuje chování sloužící k obraně před rizikem návalu nereálných představ (droga paradoxně slouží jako nástroj ke kontaktu s „realitou“ a svérázný prostředek „samoléčby“) a ospravedlňujícího chování. Takový typ toxikomana preferuje názor, že jeho duševní stavy jsou následkem užívání drog, spíše než fakt, že jeho závislost je důsledkem jeho duševní choroby

3) **Depresivní toxikomani** – charakterizuje je značná citová nezralost, nedošlo u nich překonání krize dospívání, jsou labilní, snadno ovlivnitelní, váhaví v emočních vkladech. Často se izolují, chybí u nich oidipké představy a obecně je jakákoli představivost snížena. Dále jsou časté suicidální tendence.

Toto Bergeretovo dělení lze v praxi užít k základní orientaci. Dle mé zkušenosti je mezi klienty terapeutických komunit nejvíce zastoupen třetí typ (typ depresivní; autor u tohoto typu rozlišuje šest podtypů – charakteristikou jednoho z nich je „stav strachu z opuštěnosti“, dle mého je tento stav předvědomý, související s velmi nízkou hladinou sebevědomí, nedůvěrou v sebe i v okolní svět

Charakteristické rysy drogově závislých

Bergeret se snaží, stejně jako mnoho dalších autorů, vytýčit to, co je osobnostem drogově závislých společné, hledá charakteristické znaky, kořeny.

Popisuje společné rysy toxikomanů:

Tělo pro ně není předmětem zvláštní pozornosti, jednání a chování je směřováno k ideálům a fantaziím resp. iluzím. Častý výskyt magického myšlení lze vysvětlit jako pokus uniknout z reality, jejich osobnost je často asociální. Princip reality je podřízen principu libosti (pudová regrese), vývoj pudů tedy není integrován, život je oddělen od smrti (hra se životem a smrtí jako v ruské ruletě). Problémy s vlastní identitou vycházejí jak z nedostatečnosti rodičovských modelů, tak i z točení se v bludném kruhu. Protože mají toxikomani nedostatečnou představivost, či jsou jejich představy blokovány, snaží se tuto schopnost užitím psychoaktivních látek povzbudit. Citově je často tato osobnost infantilní, neschopna být sama, se silnou tendencí k autoagresi. Agresivní pud je

často realizován v tzv. latentní agresivitě (vlastní agresivita není přijata, neagresivnost je vyslána do okolí s latentním účelem vyvolání pocitů viny). 1)

V souvislosti s osobností drogově závislého je často zmiňována tzv. *hraniční porucha osobnosti* – a to proto, že většina jejích symptomů se objevuje ve výčtu kvalit premorbidní osobnosti toxikomanů (neznamená to však, že by u většiny drogově závislých bylo možné diagnostikovat hraniční poruchu osobnosti, však jedné se o diagnózu velmi častou).

Hraniční porucha osobnosti je charakterizována těmito znaky:

- Intenzivní, ale nestálé meziosobní vztahy (závislost, podceňování, manipulativní chování)
- Opakující se sebedestruktivní chování (úmyslné, akutní sebepoškozování; neschopnost ovládat své emoční reakce)
- Chronický strach subjektu, že bude někým opuštěn (kompulsivní sociabilita)
- Poruchy afektivity (deprese; hněv a hostilita; pocity prázdna; nuda; anhedonie; existenciální aspekty deprese)
- Kognitivní poruchy (obranné zkreslené vnímání reality, nebludné paranoidní prožitky)
- Impulsivita (jedna z nejvýraznějších charakteristik, často u osob zneužívajících alkohol a návykové látky, u gamblerů)
- Špatná sociální adaptace (sklon jevit se navenek klamně, porucha vůle, porucha činnosti – časté selhání v sociální oblasti .2)

1) Bergeret 1995, str. 35 – 36

2) Beloloucký 1993, str. 95-107

Zde je několik dalších příspěvků k dané problematice:

Mikota (1995) se k tomu, co spojuje závislé pacienty, vyjadřuje následovně: „...neberou návykové látky, proto, aby uspokojovali své potřeby, ale aby udrželi stav trvalé neúnosné frustrace, k němuž se cítí být odsouzeni. Došli totiž k přesvědčení že to, co si opravdu přejí, se jim nikdy nesplní. Euforie navozená substancí jim pomáhá lépe snášet – podle jejich přesvědčení – jinak nesnesitelný život... Odkud se bere základní dysforický afekt beznaděje? Každý z pozdějších závislých k němu má různé osobní důvody, srozumitelné z hlediska subjektivní kontinuity osobního života, nebo psychodynamicky popsatelné jako výsledek individuálního vývoje. Společným vyústěním různých psychopatologických podmínek je však *nevěra v lidi*.“ 1)

Podle **Mikoty**, který navazuje hlavně na **Wurmsera** je podkladem pro tak intenzivní prožívání beznaděje dispozice k narcistickým konfliktům.

Na ose důvěry se pohybuje i koncepce **Adlerova** – tzv. *teorie sebedůvěry*. Člověk s nízkým sebevědomím (pocitem neschopnosti, méněcennosti) cítí potřebu chránit svou porušenou představu o sobě pomocí kompenzačních mechanismů (tj. drogy). 2)

Droga má moc zastavit čas, je proto vhodným prostředkem k oddálení budoucnosti, kde vzhledem k prožívané méněcennosti čeká pouze úplné životní selhání. 3)

V podobném duchu se vyjadřuje i **Kooyman**: „...závislí mají negativní přístup k sobě samým a ze strachu, že budou odmítnuti, nevyjadřují svou potřebu být milováni. 4)

Závislý není schopen – a nebyl ani předtím, než začal s drogou – žádat ostatní o pomoc přímo. Kontroluje situaci prostřednictvím manipulativního chování a tak chrání sám sebe před odmítnutím. Chová se tak, že směřuje k přímému uspokojení. Závislý nevěří budoucnosti, trpí základní nedůvěrou ve druhé stejně jako absolutní nedůvěrou v sebe sama.

1) Mikota 1995, str. 37

2) Kooyman 1993, str. 14 – 15

3) Procházka, Norcross 1999, str. 71

4) Kooyman 1993, str.5

Destruktivní jednání je motivováno snahou zničit úspěch, kterého se toxikoman bojí (obavy z dočasnosti úspěchu a následné frustrace a bolesti po jeho ztrátě, neudržení), a tak se snaží být znovu dítětem, které je bez odpovědnosti a zcela závislé.

Co však bez rozdílu spojuje osobnost toxikomana a lze říci, že je vlastní každému případu, jsou následující charakteristiky:

1) Na základě projektivních metod lze tvrdit, že osobnost závislého je ve valné většině případů emočně nezralá.

2) V osobnosti toxikomana lze vysledovat, že se v ní odehrává pnutí mezi dvěma věky:

a) emočním regresem na raná stadia vývoje, který stojí za infantilním způsobem uspokojování

b) reálný (skutečný) věk toxikomana, který společnost opravňuje k tomu, aby po něm vyžadovala normu a celkovou adaptaci. Toxikoman má totiž vývojové vakuum v období konkrétních operací (J. Piaget), tj. v období latence, tedy mezi 7.–13. rokem, kdy dítě musí být vystaveno modelovým situacím, v nichž se učí tomu, jak své touhy a potřeby dostat do souladu se svědomím a zároveň s požadavky reality

Dítěti v průběhu jeho vývoje zastupuje realitu ponejprv matka, posléze rodina. Svědomí vzniká jako duševní reprezentace (představa) tvrdé trestající ruky otce v roli autority. Anamnézy toxikomanů však až příliš často odrážejí fakta, že vztah dítěte s matkou je ve své historii velice problematický, rodiny toxikomanů jsou nebo byly buď dysfunkční nebo neúplné a otcové bývali buď fyzicky či emočně nepřítomní a v roli autority selhali.

3) Praxe tedy ukazuje, že závislost je důsledkem symptomatiky především v původním rodinném systému.

4) Osobnost závislého vykazuje rysy psychopatologie. Alespoň suspektně lze uvažovat o hysterii (k níž vnějškově odkazuje tendence osobnosti vyhledávat dráždidla a senzací) a dalších projevech neuroticity a schizoidity. Dalším průvodním jevem jsou poruchy nálady. V každém případě se u toxikomana jedná o emoční regres projevující se ve vztahu k realitě a jejím objektům, které způsobem své existence de facto popírá. Nejen buzením strachu, verbální a fyzickou agresivitou a psychickým terorem dává svému okolí jasně najevo, že ke svému infantilnímu (narcistickému) způsobu uspokojení nepotřebuje

druhého člověka. Realitu však z materiálních, tedy účelových důvodů nemůže popřít totálně. Nejen před jejími sankcemi (internace), ale i před hrozbou svého svědomí (deprese) se brání nezralými ego obrannými mechanismy (popření, projekce apod.).

5) Spatřujeme-li v přístupu toxikomana k okolí prvky účelovosti, zřetelně v něm postrádáme logiku. Toxikoman v abúzu ale rovněž popírá základní východisko zdravého přístupu ke světu, kterým je uznání faktu, že ve vztahu jedince k okolí hraje dominantní roli vnější realita. Ta ale nemá při uspokojování toxikomana funkci objektu, ale pouhého zdroje či prostředku. Objektem uspokojení toxikomana tedy není druhý člověk jako součást reality vnější, objektivní, ale drogou vyvolané pocity, které jsou součástí reality vnitřní, neboli psychické. Toxikoman má při popisování těchto pocitů velký problém. Obvykle říká, že TO nejde popsat, že TO se nedá vysvětlit. Příčinou je skutečnost, že konkrétní představy o zážitcích či fantaziích nad nimi vystavěných, které se k těmto pocitům pojí, má vytěsněné do nevědomí (zapomenuté). Tyto představy se totiž vážou k prožitkům v jeho raných stádiích vývoje. Droga sice povětšinou nedokáže tyto představy vyvolat, je však schopna vybudit pocity a prožitky, které byly s těmito zážitky a představami o nich spojeny (např. je otázkou, zda-li si toxikoman při předávkování pervitinem, při které mimo jiné uvádí i potíže s rozdýcháním, neevokuje pocity ze scény porodní). A právě tímto specifickým způsobem návratů je droga tak nesmírně atraktivní. Docházíme tak k poznatku, že toxikoman není ve skutečnosti závislý na droze, protože ta mu je pouhým prostředkem k dosažení cíle, kterým je vyvolání pocitů a prožitků a s nimi spjaté nálady. Je závislý na svém nevědomí a podléhá specifickému typu myšlení, které je s nevědomím spojeno. V něm není místa pro racionalitu, logiku a časoprostor. Je totiž sférou vlivu dávno odepřených přání včetně přání návratů do minulosti, která se navenek mohou projevit jen ve zkreslené podobě symptomu (symbolu) či obrazu. Vyjádřeno psychoanalytickou terminologií: pro vědomí charakteristické sekundární procesuální myšlení podléhající principu reality, racionality a logiky, které by mělo dominovat v myšlenkách a následných aktivitách dospělého, zcela ustupuje vývojově staršímu a s nevědomím spojenému primárně procesuálnímu myšlení, jehož jediným cílem je okamžitá satisfakce odepřené touhy.

Myšlenkovým procesům zaměřeným na realizaci tužeb a potřeb jsme podléhali my všichni v raném dětství, kdy byl tento typ myšlení vysoce funkční. Jako dospělí jej používáme většinou jen potud, myslíme-li v asociacích nebo obrazech (snění, fantazie, umění). V ostatních případech však akceptujeme společenskou normu, která velí, že

naším vztahovým objektem není nevědomí, ale vnější realita a její objekty (společnost), do nichž své potřeby a přání promítáme. Při svém sebeprosazení využíváme vědomého úsilí a zkušeností včetně těch, které jsme získali při řešení modelových situací v původní rodině. Při komunikaci preferujeme pojmy (slovo, řeč = znaky), které jsou vyjadřovacím jazykem našeho vědomí a tím pádem jsme pro naše okolí srozumitelní a akceptovatelní.

Pokud bychom však ze svého duševního potenciálu pojmy a zkušenost jako atributy vědomí zcela vyřadili, stal by se naším komunikačním prostředkem jazyk nevědomí, kterým je symbol. Objektivita vědomí by pak ustoupila subjektivitě nevědomí. V tom případě bychom podněty z okolí nevnímali adekvátně, v jejich reálné hodnotě, ale prožívali bychom je subjektivně, tedy zkresleně nebo až symptomaticky – např. postupy nadřazených bychom vnímali jen jako projevy chorého mozku nebo útoky agresora. A touto plíživou cestou, aniž bychom to sami registrovali, by se stávaly vnější stimuly pouhou revokací, tedy symbolizací původních (dětských) zranění a odepření. A podobně by to bylo s podněty, které bychom vysílali do prostředí. Pojmová řeč jako prostředek k sebevyjádření a k dorozumění s okolím by byla vystřídána řečí symbolickou, resp. gestickou, která sice byla funkční v dávné historii a v raném vývoji jedince, nicméně pro současnou společnost je téměř nesrozumitelná. Výsledkem takto posunuté komunikace by bylo totální neporozumění a rozpory jedince s jeho okolím.

Právě takto konfliktním člověkem se společností jeví toxikoman v abúzu. Je totiž personifikací toho, co společnost a celou realitu ohrožuje – vyhraněného subjektivismu vedoucího k odtržení od reality a k dezintegraci společenských struktur. 1)

1) Kyzour M., nepublikovaný text



V komunitě a skrze komunitu lze dojít ke spáse světa.

Nic není důležitější. Přesto je téměř nemožné smysluplně popsat někomu, kdo ji nezažil...

M.Scott Peck

Terapeutická komunita

Terapeutická komunita v širším smyslu je systém řízení léčebného oddělení, ve kterém se podporuje všestranně otevřená komunikace a v němž se na rozhodování podílejí všichni členové týmu, i klienti. Významnou složkou této formy organizace jsou schůzky personálu s klienty, při nichž dochází k výměně informací a k projednávání problémů ve vzájemných vztazích. Dále schůzky týmu, ve kterých se usiluje o pochopení interpersonálních procesů v léčebné jednotce a objasnění reakcí členů léčebného týmu vůči klientům a i vůči sobě navzájem. (Kratochvíl,1995)

Terapeutická komunita je strukturované prostředí, ve kterém klient žije a absolvuje program léčení / rehabilitace. Terapeutická komunita nabízí bezpečné a podnětné prostředí pro růst a zrání, které se děje především prostřednictvím sociálního učení v kontextu vymezeném jasnými a srozumitelnými pravidly. Terapeutický potenciál TK se spatřuje ve stálém napětí mezi realitou a terapií, mezi každodenním spolužitím na straně jedné a podporovaným a monitorovaným sociálním učení a nácvikem na druhé straně. (Kalina a kol. 2001)

Na těchto, dnes již klasických definicích, je evidentní jak se filosofie komunity dynamicky rozvíjí a mění. První komunity připomínali spíše společenství prvotních křesťanů, které mělo sice jasnou strukturu a hierarchii, ale kromě víry ve společnou věc bylo vybaveno jen notnou dávkou nadšení. Nicméně *struktura a řád komunity* je velmi důležitý faktor, umožňující poznávat a dobrat se vnitřní svobody, svých limitů a možností. Společenství z členů nesnímá odpovědnost za chování a činy, ale naopak k odpovědnosti volá. Nutná je naprostá *otevřenost* v komunikaci, a to otevřenost obousměrná, mezi všemi členy komunity – klienty i personálem. Tato otevřenost spojená s důvěrou umožňuje dobrat se k celé řadě emocí a existenciálních témat, s nimiž se bojíme jinak setkat. Toto se často děje na poli *konfliktu a konfrontace*. Tlak vrstevníků, terapeutů a skupiny vyvolává napětí mezi jednotlivcem a skupinou ale i mezi jednotlivci navzájem vyvolává napětí a toto přináší konflikt. Konfrontace zde však není cílem, nýbrž nezbytným prostředkem růstu, získání náhledu, uvědomění si hranic. Nesmí se však jednat o konflikty zraňující ale umožňující učení. Bráníme –li konfrontaci, pokoušíme-li se jí eliminovat s tím, že do života společenství nepatří, bráníme tím vývoji, nerespektujeme realitu a připravujeme se o důležitý prostředek růstu.

Nelze opomenout asi ten nejdůležitější terapeutický prostředek uplatňovaný v TK a to je *vztah*. Vztahy v komunitě jsou velmi intenzivní a vycházejí z modelu rodiny. Utvářejí se mezi týmem a klienty, mezi jednotlivými členy a i mezi jednotlivcem a komunitou jako celkem. Díky tomu, jak je komunita svojí filosofií, organizací a metodami nastavena, obsahuje v sobě vyváženost otcovského i mateřského principu. V rovině vztahů hovořím o „tough love“ – drsné lásce. Je to vztah s přijetím, bezpečný, podporující, ale zároveň s pevnými hranicemi, pravidly a strukturou.

Cíle léčby v TK

Primární cíl léčby v TK, v rozporu s očekáváním, není úplná abstinence. Je to mnohem širší komplex psychických a osobnostních změn, které k dobrovolné a trvalé abstinenci mohou vést. Dočasná abstinence je jen nezbytnou podmínkou k naplnění těchto cílů. Léčba v terapeutické komunitě si klade následující cíle:

1. *Přispět k nalezení a přijetí smyslu vlastního života*
2. *Přispět k nalezení vlastní svobody a odpovědnosti*
3. *Přispět k osobnostnímu růstu, rozvoji a víře k sebe*
4. *Přispět k nalezení svého místa v lidské společnosti*
5. *Přispět k tvořivému přístupu k životu, tak se člověk cítil spokojený a šťastný*
6. *Přispět k získání a rozšíření znalostí, schopností a dovedností, jak ostatních individuálních cílů lze dosáhnout*

Terapeutické nástroje uplatňované v TK

Terapeutický tým je pro úspěšné působení na klienta vybaven účinnými nástroji. Ve stručnosti se pokusím uvést ty nejdůležitější.

Režim - režim můžeme v TK zařadit do prvků, které mají za úkol vést klienty k uvědomění si běžné reality a její důležitosti; výhody pravidelnosti; přizpůsobení se oprávněným požadavkům většiny; sounáležitosti s dalšími členy skupiny; odpovědnosti, kterou má klient k ostatním a odpovědnosti na něho apod. Jde tedy primárně o získání

sociálních dovedností, přijetí a pochopení jejich důležitosti pro běžný život. Někdy se též používá termín – terapie režimová.

Pravidla – můžeme obecně charakterizovat jako soubor dohodnutých způsobů jednání, chování a komunikace, vymezující činnost a schopnost spolupráce ve všech sociálních skupinách. Mohou vznikat na základě společného konsensu nebo jako pravidla, která jsou nastavena mocensky. U malých skupin, jejichž nejpřirozenější podoba může být fungující rodina, vznikají pravidla naprosto přirozeně a všichni se je snaží naplnit, aniž by přemýšleli o tom, že jde o pravidla. Většinou jsou vytvářena pod vlivem potřeb všech členů, nejsou neměnná a neustále se snaží přizpůsobovat změnám, které jsou dány vnějšími a vnitřními okolnostmi. TK se snaží vytvořit společenství, které se alespoň v některých aspektech (bezpečí, hranice, kvalita vztahu....) podobá podmínkám fungující rodiny. Podobné jsou i hlavní cíle- kvalitní život, výchova klientů tak, aby byli schopni se v realitě o sebe sami a dobře postarat, uvědomili si a přijali, uvěřili a naučili se používat svou hodnotu. Správné pravidlo by mělo mít svůj jasný důvod, záměr a smysl, mělo by být snadno pochopitelné.

Z mnoha psaných, nepsaných i nevědomých pravidel jsou naprosto klíčová tzv.

kardinální pravidla:

- Naprostá abstinence
- Žádná krádež
- Žádné násilí a vyhrůžky
- Žádný sex a výlučný vztah mezi členy komunity
- Podřízení se rozhodnutí skupiny

Skupinová psychoterapie

Skupinová terapie je hlavní účinnou terapeutickou technikou v TK. Využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku – vztahy a interakce jak mezi členy skupiny a terapeutem tak mezi členy navzájem. Slouží přitom k dosažení náhledu a pochopení postojů, změně maladaptivních vzorců chování, zprostředkování znalostí o

interpersonálních procesech, podpoře zrání osobnosti a k odstranění některých původních symptomů (ať už nácvikem, nebo vyřešení interpersonálních či intrapsychických konfliktů).

Klasická skupinová pravidla jsou v TK podřízena celokomunitním pravidlům a mají tak modifikovanou platnost.

Typy terapeutických skupin:

- Ranní komunita
- Životopisná skupina
- Interakční skupina
- Dynamická skupina
- Mimořádná skupina
- Tématická skupina
- Vzdělávací skupina
- Gender skupiny
- Hodnotící skupiny
- Samořídící skupina
- Interpretační skupina (arteterapie)

Individuální psychoterapie

V počátcích existence TK pro závislé se individuální psychoterapie nerealizovala. Veškerá váha terapeutického procesu probíhala při skupinové terapii. Dnes se v odborně vedených českých terapeutických komunitách klade stále větší důraz i na souběžnou individuální terapii. Tato má kromě své léčebné funkce i funkci podpůrnou a poradenskou. Realizuje se formou tzv. garantské práce, práce s deníkem a individuálním léčebným plánem.

Neverbální techniky v TK

Pojem neverbální techniky zahrnuje širokou škálu činností – počínaje arteterapií, dramaterapií a drobnými technikami při skupinách konče. V podmínkách TK Podcestný Mlýn jsou pravidelnou součástí léčebného programu. Zde jsou uplatňovány : autogenní trénink, dramaterapie, **arteterapie**.

PRAKTICKÁ ČÁST

Arteterapie v terapeutických komunitách

V terapeutických komunitách lze vysledovat různé tendence v přístupu k pojetí arteterapie. Někde je vnímána jako psychoterapie, spojená s verbalizací artefaktu či procesu. Tento přístup klade značné nároky na znalosti a dovednosti arteterapeuta z oblasti jak psychologie a psychoterapie. V některých zařízeních je naopak uplatňována jen jako pouhá doplňková metoda a je používána ve značně zjednodušené formě, bez nároku na specializovaný výcvik nebo vzdělání terapeuta a bez dalšího využití v procesu klientovy léčby a s minimální návazností na další psychoterapeutické intervence. Občas je i vnímána převážně jako umění, její těžiště leží v samotné tvorbě a arteterapeut je spíše výtvarníkem, byť někdy vybaven aspoň základními znalostmi z psychoterapeutické metodiky. V některých komunitách se uplatňuje širší pojetí arteterapie a prostředkem vyjádření není jen výtvarný artefakt ale i tanec, hudba, dramaterapie a další. Jako součást těchto skupinových arteterapeutických aktivit bývají zařazovány i další techniky, např. relaxace a autogenní trénink, tělesná cvičení, apod.





V podmínkách Terapeutické komunity Podcestný Mlýn je arteterapie vnímána jako pevná a plnohodnotná součást léčebného programu. Je zařazována jedenkrát až dvakrát týdně ve formě buď řízeného ateliéru a nebo jako psychodynamicky orientovaných skupin s interpretačním obsahem. Své uplatnění však nalézá i v individuální práci s klientem. Personálně je arte pokryta dvěma zaměstnanci, mnou a kolegyní, naším úkolem je činnosti plánovat, koordinovat a terapeuticky vyhodnocovat. Ve své práci postupujeme dle metodiky tzv. „rožnovské arteterapie“. Tato nám plně umožňuje vést výtvarnou činnost skupiny či jednotlivce, využívat výtvarných projevů. Je postavena na analýze (zaměřená na formu), která je zaměřena na výtvarný záměr a na prostředky (výtvarná řeč – kompozice, barevnost atp.) a interpretaci (zaměřena na obsah, na myšlenku) výtvarného projevu skupiny či jednotlivce. Výtvarný artefakt je používán jako svébytný způsob komunikace, a to edukačně či terapeuticky. Artefakt odráží psychickou realitu jedince. Díky tomu lze poznat problémy a konflikty, které jsou ve

slovní komunikaci jen těžko dosažitelné. Naše arteterapeutické působení vychází z předpokladu, že změnou výtvarného výrazu se změní i ostatní oblasti projevů člověka

Hlavními používanými technikami jsou akvarel, koláž, akční akvarel, KTC (kvintet color test), úhel, okrajově modelování, témata - klasické pohádky, mýty, báje, pověsti, témata spojená s roční dobou (Velikonoce, Vánoce, Masopust ...) i aktuální témata (např. události ke kterým dochází ve světě či v okolí, kde člověk žije apod.)

Arte skupina – charakteristika

- Počet klientů na skupinách 10-15 klientů.
- Muži a ženy v poměru cca 1:1
- Věkové rozmezí 18-45 let
- Závislost na pervitinu, heroinu (většinou podáváno nitrožilně), problémy s alkoholem či jinou formou závislosti
- Častý výskyt toxických psychóz, schizofrenie či jiných duševních poruch (bipolární afektivní porucha, hraniční porucha osobnosti), nevyhraněná sexuální identita.
- Nízký sociální statut, problémy se zákonem
- Nízké vzdělání

Shrnutí

Samozřejmě vyvstává otázka vhodnosti využití rožnovské arteterapie při léčbě závislých v podmínkách terapeutické komunity. Na základě zkušeností lze prohlásit, že tato je k tomuto účelu velmi vhodná. Své tvrzení se pokusím podložit několika argumenty:

Klienty je dobře přijímána a oblíbena. V rámci programu koncipovaném jako skladba fyzické práce, režimu a většinových „verbálních“ terapií představuje příjemné vybočení a změnu. Tomuto faktu přispívá i podoba sezení, kdy je možno pouštět si hudbu, konzumovat občerstvení apod. Arteterapie je klienty vnímána jako metoda ohleduplná, ale účinná.

Je **efektivní**. Jak jsem již uvedl, klienti se občas cítí zahlceni klasickou tzv. „verbální“ terapií. Naráží zde na svou malou schopnost umění komunikace, vyjadřování a verbalizace problému. Klient využívá obrany (projekce, racionalizace, emoční bloky, atd.). Nesmíme také opominout přirozenou schopnost lhát.

Soustavnost a kontinuita. Pobyt klienta v podmínkách TK umožňuje arteterapeutovi soustavně a cílevědomé působení na jeho psychiku. Za dobu svého pobytu absolvuje klient, včetně individuální práce při garantských rozhovorech, asi 150 hodin přímé arteterapeutické intervence. Tento obsah tato časová dotace zaručuje dostatečnou dobu pro možnost klientovy změny.

Další výhodou, kterou je nutno zmínit, je **zastupitelnost**. Terapeutický tým je záměrně tvořen různorodě. Je to jak z hlediska věku, pohlaví ale i uplatňovaného terapeutického přístupu. Podle stejného principu je tvořen i léčebný program, tak aby obsahoval co nejpestřejší a nejširší směsici metod. Dostane – li se klient ve svém terapeutickém procesu do krize, některou metodu (např. arte) vytrvale odmítá apod., výsledkem nemusí být přerušeni či konec terapie, ale vhodnou změnou přístupu lze na dosavadní léčbu kontinuálně navázat. Arteterapeutovi tato pestrost umožňuje konzultovat v rámci porad a supervizí své poznatky, tyto rozšiřovat o nové pohledy a lépe předcházet omylům a chybám.

Kazuistiky

Klient Marek (31 let)

Zdravotní anamnéza

Marek byl v dětství často nemocný, kromě běžných dětských chorob- časté úrazy (zlomeniny). Alergie na pyly, roztoče, paracetamol, prach, ropné produkty – oleje. Ve dvanácti letech těžký úraz ledvin, dodnes omezená funkce. Dále prodělal operaci hemeroidů, ve dvaceti letech absces na páteři. Diagnostikovaný dyslektik, dysgrafik. Trpěl častými depresemi a úzkostmi, prezentuje strach z mužů, několikrát navštěvoval psychologa. Časté suicidální myšlenky a fantazie, pokusy neguje. Je velmi inteligentní, čte psychologickou literaturu, považuje to za práci na sobě samém. Hepatitida a virus HIV negativní. Heterosexuál, dlouhodobě bez vztahu. V minulosti několik vztahů, ženy ho ale po nějaké době opouštěly, chtěly ho jen za kamaráda.

Sociální anamnéza

Pochází z neúplné rodiny. Otec voják s povolání se s matkou rozvedl v jeho šesti letech. Klient si z té doby pamatuje časté násilné scény. Po dobu dětství měl s otcem jen minimální, převážně telefonický a písemný kontakt, v době nástupu do léčby prakticky bez kontaktu. Matka často střídala partnery. Marek si s některými i dost rozuměl, o to hůře nesl matčiny rozchody. Matka (56 let) závislá na lécích navštěvuje psychiatra. O rodinu se málo zajímala, rodinné prostředí Marek hodnotí jako chladné, nepřijímající. V dětství byl ve škole šikanován, nikoho to prý nezajímalo. Má dva bratry - polovlastního staršího a vlastního mladšího. Vztah k nim označuje za dobrý, staršího dokonce označuje za nejbližší osobu. S mladším teď moc nevychází. On za něho zaplatil 250 000 Kč dluhů, Marek neví, jak mu je vrátí. Je vyučeným zedníkem, obráběče kovů (3 ročníky) nedokončil. Pracoval nárazově, většinou načerno (skladník, prodavač..). V osmnácti letech dělal bílého koně, trest mu byl vymazán.

Drogová kariéra

Od 15 let kouří cigarety, od 20 do 24 let pervitin užívá nosem. Od 24 do 28 let od tvrdých drog abstinovat (občasně jen marihuana a pivo). Od 28 let opět pervitin i.v. Jednou ho údajně záměrně předávkoval dealer, aby si zvykl na větší dávku drogy.

Průběh léčby

Zpočátku léčby působil jako bezkonfliktní, s tendencí vyhýbat se konfrontaci. Později až úzkostně lpěl na pravidlech a dodržování řádu. Improvizace ho zúzkostňovala, neměl-li se o co opřít, propadal panice. Měl však problémy vyžadovat dodržování pravidel na ostatních členech komunity. Na skupinách byl spíše uzavřený, bez iniciativy. Toto se postupem času změnilo, stal se aktivním a pro komunitu nosným. Jakékoliv vybočení ze zaběhaného režimu ho však znejišťovalo po celou dobu pobytu u nás, obtížně akceptoval změny. Jak se blížilo období jeho odchodu, se svou úzkostí se vypořádával pomocí intelektualizace a verbální agrese. Léčbu dokončil a odešel na doléčovací centrum Sananim Praha.

Analýza výtvarného projevu.

Marek zpočátku odmítal pracovat s barvami. Preferoval kresbu tužkou, maximálně pastelkami. Umožňovaly mu kontrolu výtvarného projevu, co nejvyšší míru jasného, popisného výtvarného sdělení. Zaměřoval se na detail, jeho tvorba měla někdy až obsedantní charakter. Náhoda neměla v jeho obrazech prostor. Později začal používat vodové barvy, stále s nimi spíše kreslil. Naše instrukce zněla používat vlhký podklad a větší štětce, barvy pak byly velmi lomené, vznikaly tzv. „špíny“. Z barev se vyhýbal fialové, žluté, oranžové, často se objevovala růžová a tzv. „caput mortum“. Preferoval hnědou. Hodně nefunkční bílé barvy nasvědčuje míře vytěsněného materiálu, sklon k manipulaci, narcismus.

Interpretace

Mořská panna (obr.č.1)

Nedokončený obrázek kreslený tužkou. Klient se nutkavě snažil zaplnit prostor (dlažba, šupiny, apod.). Víla má výrazně starší mužský obličej, ucpává si nos. Tento výraz byl pro Marka typický, hodně o sebe dbal, spousta věcí mu „nevoněla“. Motiv ňader se opakuje v kamenné, studené dlažbě. Odkazují pravděpodobně do orálního stadia, období kojení. Mohou vyjadřovat klientův vztah ženám, matce.. Suky na dřevě připomínají ženské genitálie, proto si víla ucpává nos? Na pravé straně kůl zaražený do dlažby, falický symbol, touha ukotvit se, stabilizovat? Žádná loď není uvázaná, symbolizace touhy po vztahu, sexu?

Volné téma (obr.č.2)

Marek namaloval sám sebe. Téměř do detailu okopíroval některé předměty z prostor TK. Černo– rudá kombinace napovídá o značném agresivním potenciálu. Marek byl v tomto období velmi verbálně agresivní, komunitu a program vystavoval těžké kritice, na všem hledal chyby. Prázdňá židle na identifikačním místě nastoluje otázku „Kdo jsem?“ Police za jeho zády působí jako žebřík s chybějícími příčkami, svědčí o pocitech sexuální nedostatečnosti.

Matka a dítě (obr.č.3)

Způsob výtvarného vyjadřování se změnil. Klientův výtvarný projev povolil, do obrazu se dostal pohyb, dynamika. Dosavadní obrané mechanismy přestávají plnit svou funkci, klient je schopen akceptovat instrukci- prostor pro změnu. Bohužel Marek zanedlouho odešel do DC a arteterapeutická intervence u něho skončila. Prostor na obraze je znázorněn překrývajícími se objekty a stínováním. Letící postava dítěte je reprezentantem touhy být schopen sexuální aktivity, jejím zprostředkovatelem má být ženská postava (klientem označená za vlastní matku). Dětská prolézačka (spíše klec) může být symbolickým vyobrazením sil, naplnění tohoto přání bránící (normy, řád...apod.) Také se může jednat o symbolizaci vagíny, která zde plní funkci pasti.

Klientka Marta (28 let)

Zdravotní anamnéza

V dětství časté potíže, nejspíše psychosomatického původu. Několikrát hospitalizována, důvody potíží nezjištěny. Ve třech letech přestala chodit. Silné bolesti kolen. Od pěti do jedenácti let opakované bolesti břicha. Ve třinácti letech rodinu opustil otec, Martu to velmi zasáhlo, téměř rok léčena na mononukleózu a salmoneózu s recidivou. Alergická na pyl, aspirin a NSA, trpí astmatem. V době nástupu do komunity opakované silné křeče břicha, nepřetržitá menstruace. Potíže byly odstraněny hormonální antikoncepcí, nastoupily problémy s příjmem potravy anorektické povahy (klientka odmítala potravu). Dvě těhotenství, během obou Martu brala nárazově pervitin, kouřila marihuanu. V psychické oblasti byl, před nástupem do léčby, diagnostikován paranoidní syndrom, stav stabilizován pomocí psychofarmak. Časté deprese, labilita daná osobnostními rysy. Na drogách několikrát stavy toxické psychózy (vždy při předávkování), sebepoškozování (řezala se do obličeje). Při rozchodu s otcem staršího dítěte suicidální pokus, vzala si vysokou dávku léků. Udělala to před svým partnerem, ten přivolal pomoc.

Marta je heterosexuální. První styk měla ve třinácti letech, velmi často střídala sexuální partnery, sex má oddělen od emoce. Často zažívala sexuální ponižování, vynucený sex, bití. Její poslední partner, otec druhého dítěte a manžel, si liboval v bizarních sexuálních praktikách, sledoval dětskou pornografii. Oboustranná nevěra byla normou, manžel si domů vodil hodně mladé partnerky a měl s nimi sex i za přítomnosti své partnerky. Ona tomu nebyla schopná čelit, nosil jí drogy.

Sociální anamnéza

Marta je z rozvedené rodiny, dětství hodnotí kladně. Otec neúspěšně léčený etylik, rodinu opustil v jejích třinácti letech, předcházelo tomu období těžkých hádek. Marta k němu měla silný citový vztah, dodnes se s tím nevyrovnala, nestýkají se. Matku

hodnotí jako chladnou, racionální. K sestře (29 let) pociťuje pocit viny. Sestra proděla v osmnácti letech rakovinu lymfatických uzlin. Marta v tu dobu už brala, o stav sestry nejevila zájem. Manžel (34 let) 8 let užívá pervitin. Marta s ním má velmi komplikovaný vztah, on ji vydírá a pokouší se s ní manipulovat. V minulosti ji fyzicky týral, ponižoval a sex. zneužíval.

Děti – dcera 5 let a syn 2 roky ji byly odebrány pro zanedbání péče, v současnosti jsou v péči babiček. Netrestána, nejvyšší dosažené vzdělání je základní, obor – textilní návrhář nedokončila. Dluhy cca 25 000 Kč má u rodičů, chce splácet po léčbě.

Drogová kariéra

Od třinácti let alkohol, min. 3x týdně. Od šestnácti let kombinace s farmaky (Rohypnol). V šestnácti poprvé marihuana, dostala se až na frekvenci tři a až čtyři cigarety týdně. Mezi osmnáctým a dvacátým rokem užívala víkendově kokain, LSD, extázi. Několikrát experimenty s lysohlávkami (došlo k předávkování). Ve dvaceti poprvé pervitin, zprvu nosem, od třidvaceti intravenózně. Postupně se dostala asi na 1g denně. V současnosti 10 měsíců abstinuje.

Průběh léčby

Po nástupu byla klientka velmi nátlaková a manipulativní. Časté hrozby odchodem, záchvaty vzteku a pláče. Opakovaná psychosomatická onemocnění: dýchací obtíže, neschopnost pozřít jídlo, bolesti břicha, nekontrolované menstruační krvácení. Časté bolesti dolních končetin, citlivá kolena. Na léčbu se nedokázala soustředit, terapii odmítala. Panické stavy v souvislosti s dětmi, musela mít jistotu, že jsou v pořádku, pak se uklidnila. V pozdějším období se stabilizovala, dokázala akceptovat realitu a navázala dobrý terapeutický vztah se svou garantkou. Jak si sama postupně začínala více věřit, zmírňovaly se i její obtíže. Navázala vztah s rodinou, hlavně s matkou a sestrou a také se začala stýkat s oběma dětmi. Styk s manželem a jeho matkou byl problematický pro jeho trvající závislost. Po osmi měsících léčby její stav už umožnil i krátkodobý pobyt syna v prostorách TK, později i jejich transfer do TK Karlov na oddělení pro matky s dětmi, kde pokračuje v léčbě.

Analýza výtvarného projevu

Barvy používá klientka čisté, nelomené. Často je zastoupena oranžová, žlutá, zelená. Z počátku téměř chyběla fialová (ve větší míře se objevila jen při zpracování tématu „Ledová královna“), funkční černá. První obrázky byly jen dvourozměrné, bez perspektivy. Později začala klientka používat jednoduchou diagonální perspektivu, začala stínovat, objekty se začali překrývat. Postavy zjednodušené, abstrahované, v pozdější fázi nabyly na objemu a proporcích. Svou schematičností připomínaly spíše loutky či panenky. Marta měla problém se zobrazováním tváře, objevují se masky. Objevovala se převážně protestantská úhlopříčka, čas byl zastaven. Později projev nabyl na určité dynamice, stal se volnějším, začaly se uplatňovat drobné skvrny (puntíky, girlandy), nutkavě rozeseté po papíře.

Interpretace

Koláž – Rodina (obr.č.4)

Klientka se identifikuje s postavou svého syna . Na obrázku je v pravém dolním rohu, v podobě bruselské sochy „Čůrajícího chlapečka“. Mluví o něm jako „..o mém zlatém hošíčkovi..“. Soška vedle je její dcera, nasedá na... ? Za hlavou má pyramidu. Obě děti mají okolo sebe „motýlí barvy“, tento je zobrazením jejího manžela. On má zálibu v dětské pornografii, bizarním sexu. Marta ho podezírala ze sexuálního vztahu s její dcerou, dnes sedmiletou. Trpěla pocitem, že ona ho sváděla, žárlila na ní, zaujala k ní hostilní postoj. Postava spící, rusovlasé dívky je sestra Marty. Do jejího manžela byla zamilovaná (na pokrývce jsou stejné oči jako na motýlích křídlech). Měli spolu poměr, sestra ho údajně svedla už během Martiny svatby. Menší Panna Marie je klientčina matka. Je to, dle jejích slov, emočně chladná, manipulativní osoba. Měla to v životě těžké, stejně jako Marta. Postava s pilou, kastročím ale i orálně agresivním nástrojem, je babička, matka matky. Dle Marty vládne v rodině matriarchát, babička je autoritou. Její muž se upil, alkoholik byl i Martin otec. Ten je znázorněn jako netvor se sekerou. K dceři měl velmi blízko, hodně pil, přesto Marta tvrdí, že jí uměl jako jediný

projevovat lásku. S jeho odchodem se nikdy nesmířila, dle svých slov ho v sobě „zabila“. Znázornění otce, sekajícího sekerou, může být symbolickým vyjádřením klientčiny touhy po sexuálním styku s otcovskou postavou. Během jedné z interpretačních skupin si vzpomněla na hrůzný zážitek (v jejích cca. 7 letech), kdy otec dostal v opilosti jakýsi záchvat. Byli spolu stanovat a on padl na záda, se stejně zdviženýma rukama a znetvořeným obličejem. Marta se tehdy velmi bála, od této skupiny se jí zážitek vrací ve snech.

Maškarní bál (obr.č.5)

Ústřední postava v oranžových šatech, představuje klientčinu sestru. První co nás zaujme, jsou zježené vlasy a nasazená maska. Oba tyto atributy se v klientčině produkci objevují opakovaně. Postavě chybí dlaně, zaujme gesto rukou. Jednou z nich si nadzvedává sukni. Sestru Marta vnímá jako málo čitelnou, svým způsobem se jí bojí, měla pocit, že jí sestra chce zničit. Stejně nečitelná se jevila ve své léčbě i Marta, střídala role, bylo obtížné se dobrat jejích autentických pocitů, objevit její „pravou tvář“. Stejně jako její sestra je Marta impulsivní se sklony k afektivitě. Sdílely spolu jednoho muže (manžela), stejně jako spolu kdysi sdílely (soupeřily) otce? Zježené vlasy mohou odkazovat na pichlavost ve vztazích, případně na zkušenost s psychotickou atakou. Girlandy vířící vzduchem mohou být výtvarným znázorněním obsese. Pudové síly, jejíchž zdrojem je nevědomí, narážejí na formaci cenzury a způsobují pocit nelibosti. Nutkání k opakování umožňuje nelibý zážitek lépe zvládnout.

Klient Pavel (23 let)

Zdravotní anamnéza

Pavel v dětství prodělal běžné dětské choroby. V 10 – ti letech týdenní hospitalizace po úrazu hlavy (při sportu). Další potíže či nemoci neguje. Hepatitidy a virus HIV negativní. V průběhu školní docházky výchovné problémy, navštěvoval

školního psychologa. Na drogách těžké toxické psychózy, tento stav u něho trval cca 3 měsíce. Převezen do PL Červený Dvůr, nekomunikoval, choval se až bázlivě (spal ve skříni). Nekuřák. Klient je heterosexuálního zaměření, ve vztahu se ženou si však nevěří. Problémy v sexuální oblasti. Občas zřejmé residuální homosexuální ladění.

Sociální anamnéza

Pavel se narodil do úplné rodiny, má o rok mladší sestru. Otec alkoholik, v ebrietách agresivní. Do šesti let si Pavel nic nepamatuje, později vnímal doma napětí, byl často svědkem násilí. Matka podnikatelka, majitelka prosperujícího obchodu, měla na rodinu minimum času. V deseti letech věku klienta matka se sestrou odchází, Pavel zůstal sám s otcem. Otec pokračoval v pití, střídal partnerky, Pavel tím dost trpěl. Zároveň mu později tato situace začala vyhovovat, přestal chodit do školy, experimentoval s alkoholem. Hodně času trávil u matky otce, zde mu byly velmi nepříjemné slovní impertinence na matku, nedokázal to ale zarazit. Po dvou letech se stěhuje zpět k matce, zde má těžké konflikty nejen s ní, ale i se sestrou. Kvůli potížím klienta se matka dočasně vrátila k manželovi, ale konflikty pokračovali a rodina se definitivně rozpadá, rodiče se rozvádí. Klient zůstává sám v bytě po otci, seznamuje se s o šest let starší, duševně nemocnou ženou. Nevyvážený vztah trval dva roky. Ona často vyhledávala paralelní vztahy, Pavel na ni byl závislý, nedokázal se s ní rozejít. Toto učinil až po zjištění faktu, že má poměr s jeho otcem. Ona ho dodnes vyhledává, téměř pronásleduje, on není schopen se od ní plně oprostít. Po tomto incidentu se uzavřel do sebe, přestal komunikovat, desítky hodin denně trávil u počítače. V tuto dobu naplno propukla jeho závislost. Bez dluhů, netrestán. Nejvyšší dosažené vzdělání – elektrikář.

Drogová kariéra

Ve dvanácti a třinácti letech alkohol. Od patnácti THC, postupně denní užívání. Mezi sedmnáctým a devatenáctým rokem experimenty s halucinogeny. V šestnácti poprvé pervitin, zprvu nosem jednou za měsíc, později víkendově a nakonec skončil na 0,5g denně, intravenózně. Nikdy nekouřil.

Průběh léčby

Po svém nástupu do léčby v našem zařízení, se Pavel jevil jako velmi tichý a uzavřený. Hodně času trávil sám, bližšímu kontaktu se vyhýbal. Trpěl úzkostmi a nespavostí. Nedařilo se s ním vstoupit do bližšího vztahu, poté co jeho garant vystupňoval svou snahu, Pavel žádal jeho výměnu. Svou žádost podepřel tvrzením, že se mu o kolegovi zdají sny, kde ten vystupuje jako homosexuál, pedofil a deviant. To mu údajně brání v kontaktu s ním, i když se velmi snaží. Vůči ostatním klientům se vymezil podobným způsobem. Oblíbeného člena komunity, schizofrenního klienta, vyzval veřejně, ať se k němu nepřibližuje, neboť ho psychicky „rozjíždí“ a on pociťuje ataky psychózy. Tyto stavy se podařilo stabilizovat za pomoci rozumné medikace psychofarmaky. Postupně se Pavel zapojil do života komunity a jeho stav se zlepšil na tolik, že bylo možno vysadit i medikaci. Přetrvaly jen občasné prudké změny nálad a tendence k samotářskému chování. Pavlovi se vlivem vnějších okolností změnil garant, tentokrát to byla kolegyně, uplatňující citlivý až opatrovnický přístup. Kvalitní vztah navázal i s mou osobou. V průběhu času dokázal otvírat i citlivá a těžká témata, normalizovat své vztahy s rodinou. Také v kolektivu se plně integroval. Ke konci léčby se stal jedním z pilířů komunity a fungoval jako autorita a vzor pro mladší klienty.

Analýza výtvarného projevu

Pavlův výtvarný projev prošel výrazným vývojem. Do komunity nastoupil s doznívajícími příznaky psychózy. Jeho produkce byla chaotická, hrající všemi barvami. Jediná barva, se kterou měl viditelný problém, byla fialová. Nebyl schopen konkrétního zobrazení, stejně jako velmi malé dítě si s barvou spíš hrál. Absolutně nezvládal znázornění postav, ani se nepokoušel o zachycení perspektivy. Postupem času, jak se v programu začínal stabilizovat, tuto „bezstarostnou“ polohu opustil. Silně zredukoval paletu, začal uplatňovat úzkostnou kombinaci světle zelené, světle modré, černé a červené. Tato byla hodně lomená, měla charakter starorůžové. Začaly se objevovat fragmenty postav. Jeho poslední obrázky jsou už kompaktní, postavy mu sice stále dělaly problém, pokud se uplatňují, působí dětsky. Osvojil si principy lineární perspektivy. Okolí začalo být pro Pavla podstatné, ve výtvarném projevu se uplatnil princip reality. V barvách přetrvává obliba v symptomatické růžové.

Interpretace

Příslovní (obr.č.6)

Jeden z prvních obrázků, které klient v léčbě namaloval. Zadání znělo: Přijít s příslovím odpovídajícím ročnímu období a toto ztvárnit. Pavel tento obrázek nazval: „S kosou brousí..“. Na pravé straně červené skvrny a velká plocha žluté- možná snaha o kontrolu pudových, agresivních tlaků. Na straně levé v dolním rohu symptomatická růžová, nad ní kombinace světle zelené, světle modré, černé. Výraznou červenou je vyvedena rudá šipka, směřující k růžové. Zdá se, že Pavla arteterapie velmi zúzkostňovala, považoval ji za ohrožující (rudá agresivně „vbodnuta“ do levé strany obrázku). Je možné, že tyto pocity patřily mé osobě. Klient se obával obvinění, odhalení své nemoci?

Slavnost (obr.č.7)

Barevnost je potlačena, působí úzkostně. Objevila se diagonála, pokus o zachycení reality. Poměrně zdařilý pokus o perspektivní zobrazení budovy. V popředí fragmentované postavy odkazují na Pavlovu psychickou poruchu. V jeho produkci v tomto období postavy buď chyběly, nebo byly v poměru k formátu malé. Toto je pravděpodobně také výrazem úzkosti, nejistoty a pocitu nedostatečnosti. Na obrázku výrazně zaujmou dva stejné stromy. Tato dualita může svědčit o klientově sexuální nevyhraněnosti (toto se později potvrdilo). V pravém dolním rohu je situována hlava (maska?) se velikýma, zelenýma očima (afekt) a naddimenzovanou lebeční oblastí. Pavel si uvědomoval svou nemoc, také správně lokalizoval její původ.

Loučení (obr.č.8)

Tento obrázek je jeden z posledních a jako by symbolizoval nevyřešená témata, která si klient odnesl na doléčovací centrum. Ve znázornění oblohy se objevily prvky připomínající barevností produkci z počátku léčby. Tento regres odcházejících klientů (zde výtvarně vyjádřený) je pro ně typický. Pavel si velmi dobře osvojil pravidla geometrické i barevné perspektivy, ve znázornění reality uplatňuje logiku. Problém mu

stále působí znázornění postav, jsou disproporční, nelze jednoznačně určit pohlaví, věk. Ve scéně loučení a odchodu znázornil sebe a svou sestru. On měl být ten odcházející, později osoby přeobsadil. Oba mají rudá ústa, to může odkazovat k orálnímu stadiu, případně zastupovat ženské genitálie. Pavel měl se sestrou v 16-ti letech v průběhu asi čtrnácti dnů několik sexuálních zážitků. Později se svého činů lekli, slíbili si mlčenlivost. Žluté vlasy (oba jsou spíše tmavovlasí) mohou symbolicky reprezentovat toto společně sdílené tajemství, šílenství.

Výtvarný projev závislých

Výtvarný projev aktivního uživatele

Na rozdíl od typického výtvarného projevu klienta již delší dobu abstinujícího, první, co nás zaujme, je vysoká míra spontaneity a i jisté „tvořivosti“. Artefakty nesou vysokou míru expresivity a abstrakce. Reálné tvary jsou zredukovány nebo metamorfovány. Závislý pod přímým účinkem drogy se vyznačuje neschopností zobrazit lidskou postavu, tělo a tělesno bývá popíráno, spíše se uplatňuje antropomorfismus (polidštěné domy, stromy apod.). Barevnost je také nereálná, osciluje někde mezi pestrou paletou plnou zářivých barev a naopak utlumenou, mnohokrát lámanou a nevábnou směsicí převážně studených a neutrálních odstínů. Tato dvojtvárnost se projevuje i v produkci jednoho autora a pravděpodobně tak kopíruje způsob jeho prožívání různých stadií účinku drogy. Sklon ke kresebnosti a ornamentálnímu, častá dualita a obliba ve znázorňování některých motivů (spirály, oči, vesmírná tělesa, mozek...) jsou charakteristiky připomínající výtvarný projev psychotiků. Je patrná redukce vnímání emocí, vnitřní realita a její výtvarný odraz je zúžen na stále se snižující počet zkratkovitých symbolů, znaků a značek. Stejně jako u výtvarného projevu duševně nemocných pacientů, vykazují některé artefakty jedinců pod přímým abúzem drogy jistou výtvarnou a uměleckou hodnotu. Jako by droga byla prostředkem k ponoření se do hlubokých vrstev psychických struktur a k objevení zapomenutých, či nikdy nenalezených zdrojů tvořivosti a inspirace. Však stejně tak jako u psychicky postižených autorů i zde, po odeznění účinků látky, dochází k rychlému úbytku těchto schopností. Ukázka z produkce aktivně užívajících klientů je v obrazové příloze, obr.č.9 – 12.

Výtvarný projev abstinujícího uživatele

Mám-li vycházet z výše zmíněného Bergeretova dělení osobnostních typů toxikomanů, tak v terapeutických komunitách se v poměrně hojné míře objevují všechny tři typy. Poměr se mění, převažují typy neurotické a depresivní, i když poslední dobou prudce stoupá počet klientů s tzv. „duální diagnózou“ (psychické onemocnění + závislost). Dá-li se u aktivních uživatelů poměrně snadno vyjmenovat charakteristické znaky výtvarného projevu, zde už se tak jednoznačně toto určit nedaří. Výtvarný projev se už více strukturuje a dělí, jeho charakteristiky více kopírují typ primárního zatížení a osobnostní rysy s ním související. Do tvorby klienta se také v nemalé míře promítá i celkové ladění v komunitě. Přesto se pokusím vyjmenovat některé společné rysy, které bývají majoritně zastoupeny, ale zároveň musím upozornit, že se jedná spíše o trendy a nelze tyto údaje paušalizovat.

Potlačená barevnost

Klient preferuje převážně černou, odstíny hnědé, modré a zelené barvy. Artefakty vykazují až depresivní ladění, jako by byly vyjádřením smutku a truchlení po milované droze. Převažuje v počátečních fázích léčby, bývá však obvyklé, že se klient k této barevnosti v průběhu léčby občas vrací.

Neurotický klient poměrně snadno akceptuje terapeutickou intervenci volající po jiných odstínech a ke slovu většinou přichází červená. Projev získává spíše úzkostný charakter a klient v této fázi jeví tendence opustit terapii a komunitu.

Depresivní klient se tohoto výtvarného způsobu drží. Teplým, energií obsazeným barvám se vyhýbají, snad ze strachu ze své potlačované agresivity. Závislost na droze bývá často nahrazena závislostí na vztahu (např. na garantovi), resp. závislém vztahu (častěji než u ostatních typů), který však nemůže být zdrojem uspokojení.

U psychotického typu klienta se tento výtvarný projev objevuje v úzké souvislosti s typem a stadiem psychického zatížení (např. u klientů s poruchou emoční preference).

Celkově lze tvrdit, že se bez rozdílu klienti barvám obecně vyhýbají, upřednostňují grafický způsob znázornění (tužka, propisovací pero, apod.), způsob takový, který jim umožňuje jasnou kontrolu výtvarného projevu a případnou jeho korekci.

Kompozice

Jedním s typických kompozičních znaků u závislých je tématická chudost a kompoziční bezradnost. Na obraze jsou zastoupeny, vysokou měrou, buď úplně prázdné nebo jen bezúčelně zaplněné plochy. Obraz většinou zcela postrádá perspektivu, zobrazená realita je chudá, „vyjedená“. Tento stav je znázorněním vnitřní prázdnoty a pocitu nenaplněnosti po odejmutí drogy. Toxikoman má značně redukováný představový aparát. Představa je blokována, je nahrazována pocitem, ke kterému představa chybí. Bez využití imaginačních možností chemické látky se v plné míře zobrazí chudost výrazového rejstříku toxikomana.

Častá je středová kompozice (někdy dokonce omezená pouze na obsazení středu), s posunem pod střed formátu, nebo naopak zastoupení tzv. „lavoru“. Čerstvě abstinující toxikoman je bytostí s velmi podlomeným sebevědomím, často trpící sebestředností a nereálnou představou o jedinečnosti svého problému. Opakem tohoto přístupu je jeho bagatelizace, popírání a nedostatek odvahy cokoliiv řešit.

Postavy

Se zobrazením postav mívá toxikoman potíže. Vyhýbá se mu nebo používá symbolickou, schematickou zkratku. Zobrazené postavy často bývají neurčitého věku a pohlaví. Bývají geometrizované, nerespektující tělesné schéma, jsou disproporční. Ze základních témat je pro naše klienty obzvláště obtížné zobrazit téma Adama a Evy.

Specifika arteterapeutické práce se závislými

Pokud jsem v předchozí části zmínil fakt, že nelze jasně definovat pojem „výtvarný projev závislých“, toto už tak v plné míře neplatí o způsobu práce s touto skupinou klientů. Je třeba ve zvýšené míře dbát na některá hlediska (ne snad, že u jiného typu klientely je možno je zcela opomíjet). V první řadě je nutné uplatňovat **důslednost** - závislý klient, více než kterýkoli jiný, má tendence se vyhnout tématům a situacím, jenž jsou pro něho zatěžující a strastiplná. Je nutné dbát na dokončení díla, na účasti v ateliéru

nebo interpretaci. Toto je třeba důsledně kontrolovat, pokud se na tento fakt nezaměříme, můžeme si být jisti, že závislý klient si najde spoustu jasných a „logických“ důvodů jak se strasti vyhnout.

Další důležitá zásada, na kterou musíme dbát, je trvat na uplatnění *pokusů o konkrétní způsob znázornění* v tvorbě. Závislý klient se bude vyhýbat úzkosti z pocitu nedostatečnosti plynoucího z neschopnosti tvořit, z demaskování jeho skutečných zobrazovacích schopností. Místo toho nám bude předkládat spoustu pokusů o pseudosymbolické, abstrahované výtvarné sdělení, které sám považuje za to správné umění a které zcela určitě doplní o verbální vysvětlení, většinou o hlubokém psychologickém, filozofickém a duchovním obsahu jeho díla. Absenci obsahu nahrazuje verbalizace. Tuto snahu je dobré eliminovat již v počátku, klienta zároveň povzbudit a nenásilně dovést k efektivnímu způsobu zobrazení, který by klient sám nepovažuje za takzvaný „školkový“. Tento moment je jedním z krizových, arteterapie ztrácí v klientových očích na magickém obsahu a přitažlivosti. Velmi se osvědčuje malování podle modelu nebo v plenéru. Klient zde získává vizuální zkušenost, která mu chybí. Dále může uplatnit principy logiky, přírodních zákonitostí apod.

Vhodná témata

Při své práci využívám výhradně témata rožnovské arteterapie. Lze častěji uplatňovat témata tzv. *aktuální*, kopírující významné události dějící se v okolním světě, případně témata pranostická nebo vztahující se k významným svátkům. Tato kopírují rytmus roku, jak přírodní tak kulturní, a přispívají k uvědomění si reálného času, periodicity života. Nepotvrdilo se mi výjimečné postavení tématu „loutkové divadlo“, jako zvlášť vhodného pro problematiku závislostí. Ve svých textech PaedDr. Milan Kyzour zmiňuje nechť závislých klientů ke zpracování tohoto tématu, toto se nepotvrdilo. Také výrazné znázornění vodících šňůrek, jako symbolické vyjádření závislosti, touhy po manipulaci, či potřebě být ovládán, se neobjevilo v nijak významné míře. Pokud ano, lze uvažovat o symbolicky znázorněné závislosti na matce, která je jako problém primární. Se znázorněním zúžených, „špendlíkových“ zorniček u postav, jako dalšího signifikantního znaku závislého výtvarného projevu, jsem se za tři roky své praxe

nesetkal ani jednou (s výrazným zobrazením očí, včetně zorniček ale i řas, se lze naopak často setkat u klientek, jejichž osobnost nese znaky hysterického ladění).

Shrnutí

Shrneme-li výše uvedené zjistíme, že nelze s určitostí prohlásit fakt, že existuje nějaký jedinečný a typický výtvarný projev abstinujícího toxikomana. Jak jsem již zmínil, symptomatická vrstva obsažená ve výtvarném artefaktu spíše kopíruje prvky příslušející jejich primárnímu zatížení. Ať se již jedná o různé typy neurotických poruch, hraniční poruchu osobnosti, schizofrenii a další vážnější typy psychických poruch. Na základě interpretace a analýzy artefaktu lze vystopovat jejich příčiny, a to až do raného věku klienta. Ovšem tvrdit, že takový klient je ke své závislosti predisponován, je poněkud odvážné. Muselo by totiž nutně existovat něco jako osobnost s toxikomanskou, či drogovou strukturou. Mnozí autoři se sice snaží specifikovat typ osobnosti, strukturovaný podle typicky toxikomanského modelu, ale problém tím jen velmi zjednodušují a jen zdánlivě vyjasňují. V praxi se závislými se lze setkat přeci s klienty všech možných základních struktur. Je-li takový subjekt k něčemu predisponován, tak je to (s ohledem na jeho historii) možnost stát se *osobností k závislosti inklinující*. Zabývat se léčbou závislostí znamená nikdy nezapomínat, že máme co činit jen se symptomem vyjadřujícím poruchy mnohem hlubšího rázu, a svou snahu tedy musíme zaměřit právě tímto směrem. Rozmanitost v zastoupení různých forem patologie ve výtvarném projevu závislých klientů to potvrzuje. Nelze tedy jednoznačně určit osobnost či charakter toxikomana ani jasně definovat výtvarný projev závislého klienta.

Závěr

V úvodu své práce jsem si položil tři otázky. Otázka první zněla: „Existuje výtvarný projev, který by bylo možno označit za typický pro drogově závislé klienty?“ Pokusil jsem se dokázat, že v případě aktivního uživatele to tak určitě je. Jiná situace je v případě klienta, u kterého už účinek drogy, vlivem abstinence, pominul ale jeho závislost trvá. Zde se ve výtvarném projevu plně projeví symptomy jeho primárního zatížení.

Druhá otázka se týkala možností využití rožnovské arteterapie v léčbě závislosti. Myslím, že jsem ve výše uvedeném textu předložil dostatek argumentů, abych dokázal, že vhodná určitě je. Existují zde jistě limity. Je to např. nízká inteligence klienta, možná vysoký věk a s ním související míra rigidity (nechuti ke změně), narcistické poruchy apod. ale nepatří mezi ně závislost obecně. Naopak zkušenost hovoří, že rožnovská arteterapie je klienty akceptována, velmi dobře přijímána a lze s její pomocí dosáhnout rovnocenných výsledků v porovnání s ostatními přístupy a metodami.

Poslední otázka směřovala k možnostem využití tohoto arteterapeutického směru v systému léčby terapeutické komunity. Prostředí terapeutické komunity nabízí takřka ideální podmínky pro jeho aplikaci. Ať je to dostatek času, možnost práce pod supervizí nebo příležitost ke konfrontaci a porovnání výsledků s ostatními, různě zaměřenými kolegy.

Seznam odborné literatury:

BERGERET, Jean. *Toxikomanie a osobnost*. 1. vydání. Praha: Victoria Publishing, 1995. 94 s. ISBN 80-7187-003-X.

CHAUSSEGUETOVÁ – SMIRGELOVÁ, Janine. *Kreativita a perverze: psychoanalýza lidské tendence posouvat hranice reality*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 200 s. ISBN 80-7178-509-1.

KALINA, Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády české republiky, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády české republiky, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

KOOYMAN, Martien. *Terapeutická komunita pro závislé*. 1. vydání. Praha: Středočeský kraj, 2004.

PROCHASKA, James O., NORCROSS, John C. *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1999. 480 s. ISBN 80-7169-766-4.

YALOM, Irvin D. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. 2. vydání. Praha: Portál, 2007. 648 s. ISBN 978-80-7367-304-8.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 2. vydání. Praha: Portál, 1998. 400 s. ISBN 80-7178-280-7.

KYZOUR, Milan. *Nepublikovaný text*.

ČESKÁ ARTETERAPEUTICKÁ ASOCIACE. Časopis arteterapie 9/2005. Praha.

HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. 312 s.

ISBN 80-71-78-803-1.

FROMM, Erich. *Umění milovat*. 1. vydání. Praha: Český klub, 2006. ISBN 80-85637-94-4.

FROMM, Erich. *Mít nebo být*. 1. vydání. Praha: Aurora, 2001. ISBN 80-7299-036-5

PECHAR, Jiří. *Prostor imaginace*. 1.vydání. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1992.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost stáří*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 528 s. ISBN 80-7178-308-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3.vydání. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.

FREUD, Sigmund. *Výklad snů, o snu*. 1.vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J.Kocourek, 1998. 711 s. ISBN 80-8612-308-1.

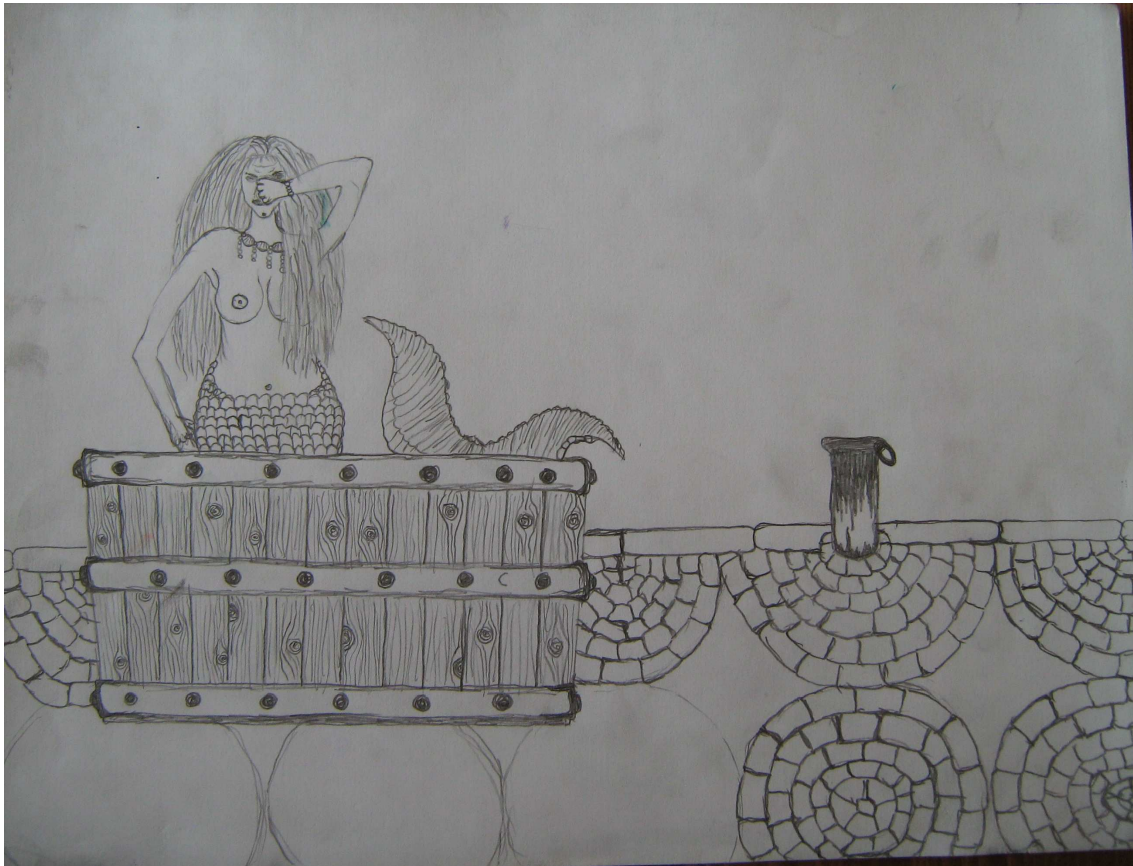
RYCROFT, Charles. *Kritický slovník psychoanalýzy*. 1.vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1993. 156 s. ISBN 80-9016-011-5 .

MIKOTA, Václav. *O ovlivňování duševních chorob*. 1.vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1995.

BOLELOUCKÝ, Zdeněk a kol. *Hraniční stavy v psychiatrii*. Praha: Grada Avicem, 1995. 230 s. ISBN 80-7169-029-5.

SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: Průvodce klasifikací*. Praha: Maxdorf, 1996. 504 s. ISBN 80-8580-033-0.

Obrazová příloha



Obrázek č.1 – *Mořská panna*, klient Marek



Obrázek č.2 – *Volné téma*, klient Marek



Obrázek č.3 – *Matka a dítě*, klient Marek



Obrázek č.4 – Rodinná koláž, klientka Marta



Obrázek č.5 – Maškarní bál, klientka Marta



Obrázek č.6 – *S kosou brousí*, klient Pavel

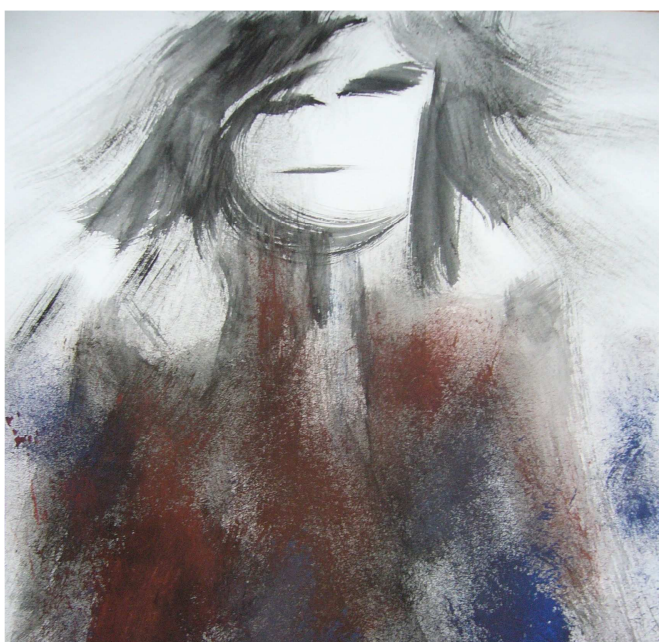


Obrázek č.7- *Slavnost*, klient Pavel



Obrázek č.8 – *Loučení*, klient Pavel

Několik ukázek z tvorby aktivních uživatelů z K-centra v Brně



Obr.č.9 - Muž, 28 let (opiáty, pervitin)



Obr.č.10 - Muž, 35 let (pervitin)



Obr.č.11 - Žena, 24 let (pervitin)



Obr.č.12 - Muž, 30 let (pervitin,alkohol)



Obr.č.13 – Muž, 35 let (pervitin)

Loutkové divadlo

Ukázka různého přístupu ke zpracování tématu „Loutkové divadlo“. Jedná se o práce přibližně stejně starých klientů, léčících se v Terapeutické komunitě Podcestný Mlýn ze závislosti na pervitinu.





Dvě polohy tvorby schizofrenního klienta, dle momentálního stavu jeho choroby. Jedná se o muže, 30 let (pervitin).



Klient je stabilizován, choroba v reziduální fázi.



Klient ve fázi nastupující ataky.