

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie (MADI)



Bc. Markéta Blochová

Arteterapeutická složka komplexního programu v ústavní léčbě látkových závislostí

Mapování aktuální situace v ČR

An art therapy constituent of complex institutional program treating substance-related
and addictive disorders

Mapping the current situation in the Czech Republic

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Pavla Doležalová, PhD.

Praha, 2020

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 22. 4. 2020

MARKÉTA BLOCHOVÁ

.....

Podpis

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM

BLOCHOVÁ, Markéta. *Arteterapeutická složka komplexního programu v ústavní léčbě látkových závislostí - Mapování aktuální situace v ČR. [An art therapy constituent of complex institutional program treating substance-related and addictive disorders - Mapping the current situation in the Czech Republic]*. Praha, 2020. 66 s., 5 příloh. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce PhDr. Pavla Doležalová, PhD.

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Pavle Doležalové, PhD. za odborné vedení, podnětné připomínky a cenné rady. Děkuji také všem zúčastněným arteterapeutům a jejich spolupracovníkům za důvěru a ochotu sdílet svou profesní zkušenost. Poděkování patří také mé rodině a přátelům za podporu během celého studia.

ABSTRAKT

Východiska: Arteterapeutické intervence jsou tradiční součástí komplexního léčebného programu v ústavní léčbě závislostí již po dobu několika dekád u nás i v zahraničí. Pojetí arteterapie osciluje mezi výtvarným symbolických vyjádřením, uměním terapie a klinickým pojetím, a také v klinické praxi se rozvíjejí stále nové přístupy dle cílové skupiny či terapeutických východisek.

Cíle: Zmapovat obecně a specificky realizaci a pojetí arteterapeutické složky programu v ústavní léčbě závislostí. Rovněž jsou zpracovány další dílčí cíle.

Metody: V koncepci této kvalitativní studie je uplatněna evaluace přípravy a procesu zaměřená na léčebnou činnost. Do výběrového souboru byla kombinací samovýběru a záměrného výběru získána spolupráce s devíti pracovníky z pěti ústavních zařízení pro léčbu látkových závislostí. Pro získání dat byly využity dostupné písemné dokumenty vztahující se k praxi arteterapie a polostrukturované rozhovory s arteterapeuty a jejich spolupracovníky. Textová data z dokumentů a přepisů rozhovorů byla zpracována metodou obsahové analýzy, důraz byl kladen na etické aspekty zejména v oblasti anonymizace dat.

Výsledky: Arteterapeutický program probíhá většinou jednou týdně povinnou formou, arteterapeuté jsou ve své práci zaměřeni zejména na přímou klinickou praxi, méně na písemné ukotvení této praxe. Někteří uplatňují co nejvěrněji jeden arteterapeutický směr, jiní si vytvářejí vlastní mozaikovitý eklektický přístup. Arteterapeuté vnímají odlišnosti v tvorbě osob se závislostí na alkoholu a na nealkoholových drogách. Spolupráce s kolegy funguje dobře, neboť arteterapeuté jsou ceněni pro svůj úhel klinického náhledu. Vývoj zdravotnické legislativy upravující profesi arteterapeuta byl pro ně zklamáním. Projektová dokumentace pro implementaci arteterapeutického programu nebyla dostupná, takže program byl zaveden nejspíše improvizovaně.

Závěr: Klinická praxe arteterapie prozatím nenásleduje zahraniční trendy vytváření arteterapeutických manuálů. Arteterapeuté využívají jako svůj silný nástroj tvorbu a terapeutický vztah, prvky diagnostiky se uplatňují v rámci týmu. Arteterapie by potřebovala posílit svou akademickou pozici a výzkumnou činnost a současně by oboru prospěl návrat mezi zdravotnické profese.

Klíčová slova: arteterapie - evaluace - ústavní léčba – závislostní poruchy

ABSTRACT

Background: For several decades already, art therapeutic interventions have been part of complex therapeutic programs in institutional treatment of addictive disorders, both domestic and foreign. The concept of the art therapy oscillates between artistic symbolic expression, the art of therapy and clinical practice, where new approaches are being developed on the basis of target groups or therapeutic starting points.

Aims: To map the implementation and concept of the art therapeutic component of the program in institutional treatment of addictions. Other sub-objectives are also addressed.

Methods: In this qualitative study, preparation and process evaluations focused on therapeutic activity are applied. The sample was selected by self-selection and purposive sampling and contains nine workers from five institutions focused on treatment of addictions. Available documents related to the practice of art therapy and semi-structured interviews with art therapists and their collaborators were used to obtain the data. Text data from documents and transcripts of interviews was processed using the content analysis method with emphasis on ethical aspects especially in the field of data anonymization.

Results: The art therapy program usually takes place once a week obligatorily, art therapists are mainly focused on direct clinical practice in their work, minimally on the written anchoring of this practice. Some strictly adhere to one art therapy direction, others create their own mosaic-like eclectic approach. Art therapists perceive differences in artwork / the creative process of people with alcohol addictions versus other drug addictions. Cooperation with colleagues works well, because art therapists are valued for their point of view. They are disappointed by the development of medical legislation regulating the art therapist profession. The project documentation for implementation of the studied art therapy programs was not available, meaning that the programs' implementation was probably improvised.

Conclusion: Domestic clinical practice of art therapy does not follow foreign trends of creating art therapy guidelines. Art therapists use creation and therapeutic relationship as their most powerful tools, elements of diagnostics are applied within the team. Art therapy needs to strengthen its academic position and research activities, art therapists would also benefit from being legislatively classified as health-care workers again.

Key words: art therapy - evaluation - institutional treatment - addictive disorders

OBSAH

1	Úvod	9
2	Závislost na alkoholu a dalších návykových látkách a jejich terapie	11
2.1	Psychoterapie závislostí	12
3	Střednědobá ústavní léčba závislosti na alkoholu a jiných drogách	14
3.1	Historie arteterapeutické složky v ústavní léčbě závislostí	15
4	Evaluace adiktologických programů a služeb	17
5	Arteterapie v kontextu léčby závislostí	19
5.1	Vymezení oboru arteterapie	19
5.2	Teoretické zakotvení arteterapie	20
5.3	Počátky arteterapeutického vnímání	24
5.4	Arteterapie v rámci veřejného zdraví a zdravotnické legislativy v Evropě a v ČR	25
5.5	Neurovědecké studie aplikovatelné do arteterapie	27
5.6	Výzkum v arteterapii	29
5.6.1	Zkoumání efektivity v arteterapii	30
5.6.2	Practice-based evidence	31
5.6.3	Arteterapeutické manuály	32
5.6.4	Aplikované výzkumy arteterapeutických metod v oblasti léčby závislostí	33
5.7	Osobnost arteterapeuta a jeho kompetence	38
5.8	Specifika arteterapeutické práce s pacienty se závislostí dle české praxe	40
5.9	Výtvarné techniky v arteterapii	41
6	Metodika výzkumu	44
6.1	Výzkumný cíl	44
6.2	Výzkumné otázky	44
6.3	Metodologický rámec výzkumu	45
6.4	Výzkumný soubor	46
6.5	Použité metody	47
6.5.1	Metody tvorby a zpracování dat	47
6.5.2	Praktický průběh tvorby a zpracování dat	48
6.5.3	Analýza a interpretace dat	48

6.6	Etické aspekty výzkumu	49
7	Výsledky evaluace	50
7.1	Forma zařazení arteterapie do strukturovaného programu	50
7.2	Ukotvení arteterapie	51
7.2.1	Arte/terapeutické manuály	51
7.2.2	Záznamy z terapií	54
7.2.3	Archivace výtvarných děl	55
7.2.4	Legislativa, status a pracovní zařazení	56
7.3	Aplikace arteterapeutického programu do systému léčby závislostí	56
7.4	Osobnost arteterapeuta, jeho/její vzdělání a východiska k práci arteterapeuta	61
7.5	Spolupráce arteterapeutů v týmu	63
8	Diskuze	68
8.1	Limity práce a metodologické otázky	68
8.2	Interpretace a srovnání výsledků s již proběhlými výzkumy	71
9	Závěr	73
10	Seznam literatury	75
11	Přílohy	80

1 Úvod

Po celou dobu svého studia sleduji vývoj arteterapie v našem českém kontextu a reflektuji, jak se jí daří, osobní zájem o využití kreativního prvku v léčbě duševních poruch mě provází již po delší dobu. V rámci bakalářského i magisterského studia jsem nahlédla do praktického uplatnění výtvarné arteterapie v léčbě závislostí během tří dlouhodobějších praxí a také účasti na krátkodobých vzdělávacích a sebezkušenostních kurzech. Vnímám její přednosti i omezení, domnívám se, že by potřebovala v Česku trochu aktivizovat, vlít novou krev do žil a obohatit se o moderní přístupy, například provázat s dalšími kreativními médii. Pro příznivce silných zážitků a rychlé „transformace“ pravděpodobně zůstane trochu nudnou „sestřičkou“, nicméně považuji ji za poctivý terapeutický přístup za předpokladu respektování etického kodexu a individuality pacienta či klienta.

Postupná aplikace principů medicíny založené na důkazech (evidence-based medicine) i do oblasti psychiatrie a léčby duševních poruch znevýhodňuje některé terapeutické přístupy. K takovým přístupům patří i arteterapie, což je dáno její podstatou, která má přesah do obtížně zkoumatelných oblastí, nicméně rozvoj neurověd přináší naději na rozšiřování spektra nástrojů ke zkoumání procesu vnímání a tvorby vizuálního artefaktu, příkladem může být například rozvoj neuroestetiky. V současné době pracovníci v Národním ústavu duševního zdraví zkoumají afektivní a empatickou odpověď na umělecká díla i neumělecká zobrazení (Kesner & Horáček, 2017; Grygarová et al., 2019). Je to pro arteterapii dobrá zpráva, přestože mezi základním výzkumem a aplikací v terapii je dlouhá cesta, ostatně již dnes je v zahraničí indikována některým pacientům s demencemi receptivní arteterapie formou návštěvy galerie.

Ve svých dřívějších studentských praxích a dalších zkušenostech s arteterapií jsem se setkala s rozdílnými přístupy. Od respektování arteterapeutů v tom, že v interpretaci výtvarného díla dokáží předběhnout terapeutickou rozvahu či osobitě oslovit pacienta v terapeutickém vztahu a tvořivém procesu a na druhé straně s pocitem nedůvěry v arteterapeutickou praxi a diagnostiku ze strany dalších pracovníků i pacientů. Arteterapii považuji v kontextu léčby závislostí v Česku za tradiční přístup, neboť v součinnosti s ústavní léčbou byly v Česku její metody rozvíjeny a v porovnání s dalšími expresivními terapiemi (muzikoterapie, dramaterapie ad.) je její uplatnění v ústavní léčbě rozšířenější. Přeneseme-li se však k aktuální situaci, přála bych oboru překlenutí krize, která souvisí mimo jiné s legislativní změnou, kdy byl arteterapeut v roce 2017 ve zdravotnickém právu vyškrtnut z nelékařského zdravotnického personálu po devíti letech, kdy byl jeho součástí. Jaký to mělo dopad na úlohu arteterapie v oblasti léčby duševního zdraví ve zdravotnictví? I tuto otázku si budu pokládat ve výzkumné části. Na základě vlastních zkušeností věřím, že

arteterapie má své silné stránky a nezastupitelné místo ve škále terapeutických přístupů, avšak aby o tom přesvědčila i ostatní, bude to vyžadovat proměnu přístupu a nejspíše větší příklon k výzkumu.

2 Závislost na alkoholu a dalších návykových látkách a jejich terapie

Pro uvedení do tématu této práce je nezbytné zpracovat téma problematiky závislosti. Pro pochopení jejího rozvoje je nezbytné vnímat komplexitu příčin a zároveň ji zohlednit i při léčbě. Tyto faktory vzniku závislosti popisuje bio-psycho-socio-spirituální model, jenž vystihuje oblasti, které se pojí s rozvojem závislosti. Neexistuje jedna dominantní složka modelu, u některých pacientů/klientů v rozvoji závislosti hrají převážnou roli fyziologické faktory, u jiných sociokulturní vliv, ale většinou jde o různé kombinace. Tento model zároveň vytyčuje i oblasti, kterým je nutné věnovat pozornost při terapii. V léčbě je uplatněna komplexita strukturovaného programu, neboť je známo, že neexistuje jeden univerzální přístup pro účinnou odvykací léčbu a nejlepších výsledků je dosaženo, zohledňuje-li se osobnostní nastavení jednotlivého pacienta a jeho oblasti života, na které se při rehabilitaci potřebuje zaměřit.

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 (2017) se závislosti řadí mezi poruchy ze skupiny F10 neboli poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu, které se dále člení na specifitější typy, v případě alkoholu se jedná především o škodlivé použití neboli abúzus alkoholu F10.1 a syndrom závislosti F10.2. Z nealkoholových látkových závislostí se setkáme v ústavní léčbě především se skupinou F15 neboli s poruchami duševními a poruchami chování způsobenými užíváním jiných stimulancií, včetně kofeinu, v ústavní praxi se jedná především o uživatele amfetaminu. Pro přehlednost uvádím definice z MKN-10, jak se liší abúzus a závislost.

Škodlivé použití neboli abúzus je příkladem užití psychoaktivní látky vedoucí k poruše zdraví. Poškození může být somatické či psychické. Tento stav obvykle předchází rozvoji závislosti, v případě alkoholu trvá obvykle několik let (Popov, 2003).

Syndrom závislosti přináší soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládnutí při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritou v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí. Příklady jsou chronický alkoholismus, dipsomanie (kvartální alkoholismus), toxikomanie.

Vedle klasifikace MKN-10 využívané v Evropě jsem si vyhledala pojetí závislostí také dle amerického Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch DSM-5, který komentuje Martinové (2015). Celá skupina závislostních poruch je shrnuta pod názvem „Látkami podmíněné a návykové poruchy“ (Substance-related and Addictive Disorders),

což je v souladu s tím, že oproti předchozí verzi není oddělena kategorie abúzus a závislost a místo toho se jedná o spojitě kontinuum s různým stupněm závažnosti.

Závislost vymezuje Kudrle (2003) jako chronickou psychickou poruchu s tendencí rozvoje. Navazuje na přirozenou lidskou touhu změny prožívání, jež si lze zajistit na jedné straně vlastním cíleným myšlením či jednáním, které libé emoce může vyvolat, avšak je to většinou postup pracnější a překonávající frustraci. Druhou cestou či zkratkou lze dosáhnout libosti skrze užití psychoaktivní návykové látky. Tento vzorec se postupně posiluje pozitivní zpětnou vazbou a za určitou hranici si daný jedinec již nedokáže zprostředkovat příjemné prožívání přirozenějšími způsoby, ale preferuje jejich dosažení prostřednictvím drog. Tento návyk je nesen prvky nutkavosti, jež je průvodním jevem bažení (craving). Craving je dle Kaliny (2008) klíčovým pro přesmyk do závislosti, ovšem není vždy přítomen při relapsu. Lze na něj nahlížet třemi různými způsoby: jako touhu po odměňujících účincích drog, dále jako touhu utéct z nepříjemných psychických stavů, což se týká zvláště odvykacího stavu a nakonec jako stav s dominujícím obsesivním charakterem.

Kudrle (2003) popisuje přerůstání abúzu v závislost tak, že se postupem času užití návykové látky stává hlavní činností, která má přinést uspokojení. Tato proměna je postupná a mnohdy daným jedincem nereflektovaná. Pozitivní zpětnou vazbou se fixuje očekávání v opětovné příjemné prožívání po užití drogy. Od jistého momentu závislý zaměňuje změnu reality po užití za realitu samotnou a takto začne popírat skutečnost a nepřipouštět si své problémy. Po obvyklém zhoršování situace například v oblasti vztahů v sobě aktivuje nutkavou potřebu opět ovlivnit svou realitu, aby předešel nepříjemným pocitům. Při terapii i arteterapii závislostí se na tyto vybudované obrany nutně naráží, pacient si zoufale brání svojí „realitu“. Jedním z cílů terapie je umění s těmito obranami pracovat, při čemž je nezbytné správné načasování a citlivý přístup.

Rozvoj závislosti je ovlivněn kombinací mnoha faktorů a ovlivňují jej jednak endogenní faktory (biologická a psychologická zranitelnost daného jedince) a také interaktivní složka očekávání pacienta a jeho okolí související s jejich vzájemným vztahováním. Závislost postihuje člověka komplexně v celém jeho bio-psycho-socio-spirituálním rozměru a proto také léčba musí oslovovat jednotlivé složky.

2.1 Psychoterapie závislostí

Dle Frouzové (2003) jsou uplatňovány zejména přístupy psychodynamický, spirituální (u hnutí Anonymních alkoholiků), systemický (rodinné t.) a behaviorální, Dvořáček (2003) zmiňuje navíc humanistické směry terapií. Za hlavní přednost

integrativních přístupů, jež začleňují prvky všech výše uvedených přístupů do jediné terapeutické praxe, je považováno, že se vedle zaměření na příčiny rozvoje závislosti zabývají také faktory, které závislost udržují, brání změně anebo mohou změnu vyvolat a tak najít řešení problémů (Frouzová, 2003). Od 80.let se začaly uplatňovat prvky behaviorálních terapií, které umožňovaly práci i s nemotivovanými klienty, v čemž přispěl koncept Prochasky a DiClementa (1986) a jejich model změny, kdy je vhodné započít intervence dříve než v sobě klient/pacient najde motivaci, popř. zohlednit to, že motivace kolísá. Časné intervence jsou také v souladu s tím, že čím delší je doba užívání, tím je prognóza na vyléčení nepříznivější (Kalina, 2003).

Průběh léčby má určité fáze a v jednotlivých fázích se mohou různě uplatnit terapeutické přístupy. Jak uvádí Frouzová (2003), v první fázi abstinence (detoxifikace) jsou uplatněny zejména přístupy behaviorální, v druhé fázi tzv. podmíněné abstinence lze využít prvky psychodynamické především v oblasti zvědomování potlačeného a pak opět uplatnit při případném relapsu přístupy behaviorální a v závěrečné fázi mezi 2. a 5. rokem abstinence absolvovat psychodynamickou psychoterapii, jež má vést k tomu „unést“ svůj život.

Dále uvádí Dvořáček (2003), že terapeutickým cílem je ve vymezeném času rozvinout oblasti jako je budování náhledu, kdy jsou terapeuti někdy nuceni uplatnit techniky kognitivního sporu až konfrontace, dále bilance důsledků, prevence relapsu a rozumné plány na budoucnost. Zahrnuta je především skupinová, pak také rodinná terapie, individuální terapie nebývá ve střednědobé ústavní léčbě příliš uplatňována, i když zejména v krizi je k dispozici. V rámci pracovní terapie jsou uplatňovány jednak tvořivé činnosti a také pomocné práce nezbytné pro chod zařízení.

Fišerová (2003) zmiňuje jeden z možných holistických pohledů na závislosti, že účinky drog jsou často antidepresivní a že abstinční příznaky depresivní stavy přinášejí, takže lze u části pacientů považovat zneužívání a závislost jako sebemedikaci depresivních poruch. To je možné zohledňovat jako jeden ze směrů při terapeutické rozvaze.

3 Střednědobá ústavní léčba závislosti na alkoholu a jiných drogách

Léčba v psychiatrických léčebnách a nemocnicích má v naší zemi více než staletou tradici, první byla založena v roce 1909 ve Velkých Kunčicích na Moravě (Skála, 2003). Od té doby se již charakter ústavní léčby v České republice ustálil, délka léčebného programu dosahuje obvykle dolní hranice střednědobé léčby (rozpětí 3-6 měsíců). Všeobecně byl v léčebnách přijat apolinářský model režimové léčby s hlavním cílem dosáhnout plné abstinence. Indikací k léčbě může být více typů závislostí, z nichž hlavní skupiny tvoří látkové závislosti (alkohol a nealkoholové drogy) a nelátkové závislosti (gambling). V některých léčebnách nejsou přijímáni pacienti s primární závislostí na nelegálních drogách.

V provozu zařízení pro léčbu závislostí jsou dle Dvořáčka (2003) vyžadovány požadavky pro udržení si akreditace, mezi které patří pravidelný lékařský dohled, multidisciplinarita týmu, nepřetržitě zabezpečený provoz řízený specialistou na psychiatrii či oblast návykových nemocí, stanovení a pravidelné vyhodnocování individuálního léčebného plánu, vytvoření plánu následné péče, hodnocení efektivity střednědobého programu a další. Odborná léčebná péče má být zajištěna v komplexním a strukturovaném programu složeném z nejméně 20 hodin týdně rozložených do minimálně 5 dní. Obsah tvoří skupinová a rodinná terapie, sociální práce, farmakoterapie, program prevence relapsu, rehabilitační aktivity (pracovní terapie, zátěžové programy, trénink sociálních dovedností).

V multidisciplinárním týmu převažují zdravotničtí pracovníci (lékaři, zdravotní sestry, kliničtí psychologové), dále ho tvoří jinak odborně vzdělaní psychoterapeuté, sociální pracovníci, pracovní terapeuti, arteterapeuté a další. Tým by měl mít pravidelně supervizi. Organizace týmu je kompromisem mezi více hierarchickou strukturou uplatňovanou v jiných oblastech zdravotnictví a spíše demokratickým uspořádáním.

Vedle terapie se uplatňují také výchovně-edukativní styly, základem komplexního programu je strukturovaná léčba s režimem – strukturovanost spočívá jednak v členění léčby do fází, ve strukturovanosti programu během týdne a také během dne, režim obnáší dodržování souboru pravidel, jejichž porušení je sankcionováno. Cíle tohoto systému pravidel jsou terapeutické (ve smyslu behaviorálních směrů), výchovné a etické, patří k nim i vytvoření klidného terapeutického prostředí. Tyto vlastnosti léčby mají napomoci proti vybudovaným strategiím dosáhování libosti závislostní zkratkou, tak, že jsou režimem posilovány vzorce chování, jež vedou k získání odměny bezpečněji a nikoliv nutkavě. Cílem je dojít od pravidel vnějších ke zvnitřnění struktury a norem, které si pacient uchová v sobě. Nástrojem k motivování dodržování pravidel je udělování kladných a záporných bodů.

Léčebnou komunitu tvoří cca 20-30 pacientů, tento způsob uspořádání byl převzat z terapeutických komunit, cílem je vytvořit bezpečné a důvěrné prostředí pro terapeutickou práci a také pro interakce a zpětné vazby, které mohou být zdrojem růstu pacienta.

Jak uvádí Popov (2003), léčba závislostí v lůžkových zařízeních uplatňuje převážně dynamicky orientovanou skupinovou psychoterapii, kdy cílem je získání náhledu na svou situaci, který má být v návaznosti přetransformován do činů, tedy cílem je nastavit změny životního stylu vč. abstinence.

Počet hospitalizací z důvodu této skupiny upozorňuje na její význam je závažným problémem veřejného zdraví.

Dle ročenky psychiatrické péče za rok 2017 dosáhl počet hospitalizací v důsledku užívání psychoaktivních látek (dg F10-F19) v daném roce 14,5 tisíc osob, což je přibližně čtvrtina všech hospitalizací v psychiatrické péči. Tato čísla ilustrují skutečnost, že se jedná o závažný problém veřejného zdraví. Zaměříme-li se na hospitalizace spojené s abúzem alkoholu (F10), ročně je z těchto důvodů hospitalizováno v psychiatrických léčebnách a psychiatrických odděleních nemocnic necelých 9 tisíc osob a jedná se o vůbec nejpočetnější skupinu pacientů dle diagnóz MKN-10 v oblasti duševního zdraví (ÚZIS, 2018).

Proč bývá do strukturovaného programu zařazována arteterapie? Vedle respektu k arteterapii jakožto doplňkového nástroje pro vlastní terapii závislostních poruch, jehož síla tkví mimo jiné v tom, že je citlivou metodou pro zvědomování psychologických obran (racionalizace atd.) a že napomáhá navázání kontaktu se sebou a svými vnitřními zdroji skrze výraznější uplatnění emoční a tělesné složky v procesu, je také dle Nešpora (2007) její funkce motivační pro setrvání v léčbě. Arteterapie může být pro pacienty jedním z atraktivních prvků v programu vedle například relaxačních technik, muzikoterapie, jógy, sportu a různorodých volnočasových aktivit. I v tomto kontextu lze na arteterapii nazírat, uvážíme-li, že dokončení celého programu úzce souvisí s úspěšností léčby.

3.1 Historie arteterapeutické složky v ústavní léčbě závislostí

Jako svébytný terapeutický přístup má arteterapie již své tradiční místo, neboť od 60. let se začala v některých psychiatrických léčebnách v ČR uplatňovat i v rámci programů léčby závislostí.

Podíváme-li se do minulosti arteterapeutické praxe v léčebnách, zpočátku se jí věnovali zejména absolventi výtvarných vysokých škol či psychologové, kteří měli vztah k výtvarnému umění, metodám a přístupům arteterapie se věnovali formou samostudia ve

volném čase a v době po listopadovém převratu byly zakládány oficiální vzdělávací obory pro výkon profese arteterapeuta, takže se tím částečně usměrnily předpoklady pro práci arteterapeuta.

Výtvarné arteterapeutické metody bývají zařazeny do strukturovaných léčebných programů léčby závislostí jako součást komplexního přístupu v léčbě. Lze se s nimi setkat mimo jiné v terapeutických komunitách, v denních stacionářích, v následné péči či v ústavní léčbě, tedy tam, kde probíhá dlouhodobý intenzivní strukturovaný terapeutický program (Kalina et al., 2003). Zaměřuji se zde na střednědobý ústavní typ léčby, kde tvoří arteterapie spíše doplněk léčby. Jak uvádí Nešpor (2007), pro setrvání v léčbě je podstatné vydržet a neopustit léčbu předčasně. Jedním z faktorů, který ovlivňuje předčasné odchody je také pestrost a zajímavost programů a právě arteterapie je jedním z atraktivnějších a akceptovanějších prvků strukturované léčby.

Při léčbě závislostí často arteterapeuté používají metody, které lze uplatnit kromě závislostí i u dalších poruch. Musí být seznámeni s přístupy k psychickým obtížím, se kterými jsou závislosti v duálním vztahu, např. deprese, úzkostné poruchy, poruchy příjmu potravy či post-traumatická stresová porucha. Tento univerzální přístup je zvláště vhodný v případě skupinové terapie, kde se setkají lidé s různými psychiatrickými poruchami včetně závislostních, což se týká například zdravotnických zařízení, kam jsou přijímáni akutní psychiatrickí pacienti, zvláště psychiatrické kliniky, které jsou součástí oblastních nemocnic. Jak uvádí Liebmann (2005), arteterapeut nemusí ani znát diagnózy jednotlivých pacientů a volí témata, která nevyžadují přílišnou osobní angažovanost, neboť pacienti jsou často v dosti špatném stavu a zapojení do skupiny pro ně může být obtížné.

Arteterapie je nabízena jako součást komplexních léčebných programů také v zahraničí, kde jsou ústavní léčby závislostí často privátní a s tím souvisí také kratší doba pobytu než ve střednědobé ústavní léčbě v ČR. Nabídka arteterapie je často zdůrazněna v prezentacích britských a amerických soukromých léčebných center, zřejmě je tedy považována za žádoucí pro PR.

4 Evaluace adiktologických programů a služeb

Provádět evaluace služeb je náročný proces, dle Miovského (2008) v něm hraje roli mezioborový charakter a individuální přístup v různých programech, což komplikuje uplatnění jednotných kritérií. Pohled na evaluaci může být v jednom krajním bodě odmítající jednotné standardy a zaměřený pouze na hodnocení dopadů těchto programů a služeb. Nevýhodou tohoto přístupu je obtížnost srovnání a omezenost uchopení složitých fenoménů výzkumnými prostředky. Na druhé straně stojí přístup, kde se vytvoří pomocí různých modelů a přístupů obecná kritéria kvality a ta pak jsou uplatněna pro porovnávání při vyhodnocení daného programu. Tento přístup je snadněji realizovatelný, méně finančně náročný a je na něm postavena současná podoba standardů adiktologických služeb a jejich certifikace. Nevýhodou této cesty je určitá uniformizace služeb a menší schopnost přizpůsobit se měnícím se potřebám cílových skupin.

Mezi evaluacemi adiktologických programů rozlišuje WHO (2000) pět typů: analýzu potřeb, evaluaci procesu, spokojenost klienta, evaluaci výsledku a ekonomickou evaluaci, které na sebe mohou postupně navazovat. Z těchto typů se zaměřuji pouze na evaluaci procesu. Dle WHO (2000) má jako svůj hlavní cíl určit, do jaké míry je program uskutečňován podle plánu. Výzkumník by si měl položit otázky jako Čeho má program dosáhnout? Do jaké míry je léčba realizována podle plánu? Jsou služby kvalitní? Jsou dodržovány ověřené postupy nebo program obsahuje improvizace (a jak je s nimi zacházeno)? Jaké jsou názory a pocity pracovníků programu ohledně přínosu a kvality služby? Jaké jsou charakteristiky klientů dané služby? Kterí klienti léčbu nedokončují? Při evaluaci procesu jsou data získávána formou výpovědi realizátora a jeho spolupracovníků či prostřednictvím výpovědí účastníků programu, případně vlastním pozorováním.

Evaluaci lze dále rozlišit dle fáze, kdy je realizována v průběhu zavedení programu či služby, člení se na evaluaci přípravy, procesu a výsledku. Evaluace přípravy je další postup, který byl ve výzkumné části uplatněn. Hlavním jejím cílem je sledovat, jak kvalitně je daný program připraven předtím, než je spuštěn. Tím je myšleno zejména jak je připravena dokumentace a veškeré přípravné kroky – kvality projektového managementu, finančního a materiálového zajištění projektu a přiměřeného vzdělání všech realizátorů. Otázky pro tento typ evaluace jsou, zda je plánovaná intervence potřebná a zda ji cílová skupina využije? Je dokumentace projektu provedena na adekvátní úrovni? Je dostatečně identifikována cílová skupina?

Dalším hlediskem, jak členit evaluace, je měřítko, v jakém se na ně díváme. Od úrovně jednotlivého případu, po léčebnou činnost, léčebnou službu, léčebné zařízení až po

léčebný systém. Pro tuto práci je stěžejní evaluace léčebné činnosti, neboť se zaměřuji pouze na jednu složku komplexního programu, arteterapii.

5 Arteterapie v kontextu léčby závislostí

5.1 Vymezení oboru arteterapie

V této práci se zaměřuji pouze na arteterapii v užším slova smyslu, jež lze v angličtině vyhledat pod klíčovým slovem „art therapy“ a v němčině „Kunsttherapie“. Pro úplnost uvádím, že pojem arteterapie, je-li vnímán v širším slova smyslu, zahrnuje nejen výtvarnou arteterapii ale i další umělecky zaměřené terapie jako je muzikoterapie, dramaterapie atd., v angličtině je jeho ekvivalentem „creative arts therapy“. Toto vymezení zde neuplatňuji.

Různé zdroje se vesměs shodují, že arteterapie je mezioborový přístup, jež prostřednictvím výtvarného vyjádření dosahuje terapeutických a dalších cílů. Česká arteterapeutická asociace ji vymezuje takto: *„Obor využívající výtvarný projev jako hlavní prostředek poznávání a ovlivňování lidské psychiky ve směru redukce psychických a psychosomatických obtíží a redukce konfliktů v mezilidských vztazích. Výtvarné tvořivé aktivity mají podporovat zdraví a podpořit léčení...“* (ČAA, n.d.).

V zahraničí je arteterapie definována například takto (Americká arteterapeutická asociace, 2016): *„Arteterapie je profese z oblasti duševního zdraví, která využívá kreativní proces umělecké tvorby pro zlepšení a podporu tělesné, mentální a emocionální pohody jedinců každého věku. Je založena na víře, že kreativní proces, který je součástí uměleckého sebevyjádření, pomáhá lidem řešit konflikty a problémy, rozvíjet interpersonální dovednosti, ovlivnit chování, snižovat stres, zvyšovat sebevědomí a sebeuvědomování a dosáhnout vzhledu. Nástrojem práce arteterapeutů jsou znalosti z psychologických teorií uplatňovaných v široké škále léčebných modelů.“*

Další pohled zdůrazňující zejména komunikační složku přináší Britská asociace arteterapeutů (n.d.), jenž *„považuje arteterapii či artpsychoterapii za formu psychoterapie, která využívá výtvarné prostředky jako primární formu komunikace s klienty, kteří nemusí být výtvarně nadáni a mít velké zkušenosti. Ta může v rámci terapie přinést prostor pro vyjádření a komunikaci lidem, pro které je obtížné zprostředkovat své myšlenky a pocity verbálně. Hlavním cílem arteterapie je přinést klientovi skrze práci s terapeutem a výtvarným materiálem pozitivní změnu a osobní růst.“*

V Německu vymezují obor Martius a Marten (2004) jako přístup, který využívá všech dostupných výtvarných forem jako je malování, kreslení, modelování, konstruování, sochání a stavění pro psychoterapeutické cíle. Arteterapie se může uplatnit v každém typu psychoterapeutické a psychiatrické péče a využití najde pro všechny duševní poruchy.

V hledání efektivních složek v arteterapii jsou diskutovány zejména neurovědní studie kreativních procesů a účinek terapeutického vztahu, nicméně výzkum je často v počátcích a je nutné ho dále rozvíjet. Arteterapeutické využití se dělí na dvě větve – terapeutické a diagnostické.

5.2 Teoretické zakotvení arteterapie

Mezioborovost a komplexitu arteterapie vymezuje Lhotová (2010) tak, že se zde prolínají cíle volnočasových aktivit, vzdělávání, výchovy, léčby, psychoterapie a sociální práce. Ve své teorii uplatňuje poznatky zejména z obecné psychologie, psychologie osobnosti, pedagogické a sociální psychologie, vývojové psychopatologie, psychosomatiky, klinické psychodiagnostiky a psychoterapie, psychologického poradenství, rehabilitace, policejní psychologie a psychologie umění.

Arteterapie se štěpí na různé přístupy, Malchiodi (2005) zmiňuje dva hlavní proudy, na jedné straně rozlišuje arteterapii jako profesi se se specializovaným vzděláním, akreditací a standardy praxe a na druhé straně vidí tzv. výtvarnou expresi, jež je jako intervence široce využívána v poradenství, sociální práci, psychologii, herními terapeuty a dalšími. Podle této klasifikace by část činností označovaných v Česku jako arteterapie spadala do výtvarné exprese (např. arteterapie v domovech pro seniory), nicméně tento pojem se v českém kontextu neujal. V případě arteterapie, se kterou jsem se setkala v ústavních léčbách, je držen standard arteterapie tak, jak je definována v prvním vymezení.

Dle Šickové-Fabrizi (2003) se arteterapeutické přístupy pohybují na škále, kde je na jednom konci artpsychoterapie akcentující hlavně diagnostiku a interpretaci výtvarných produktů klientů. Na opačném konci je „art as therapy“, kdy je uplatněna výtvarná tvorba bez interpretace a diagnostiky pro samotný tvůrčí proces a jeho terapeutický potenciál. V prvním případě je chápána převážně v psychoanalytickém smyslu a jde v ní o důslednou analytickou práci s klientovou osobností. Východiska mají tyto interpretační trendy v dynamické psychologii S. Freuda, C. G. Junga a A. Adlera. Dle Lhotové a Perouta (2010) zde bude dynamicky orientovaný arteterapeut hledat rané i současné konflikty, vztahovou dynamiku, přenosy a paralelní procesy. V druhém případě výtvarná reflexe sice neopomíjí osobnost a prožívání člověka, avšak nemá za cíl analýzu. Východiska lze hledat ve fenomenologii, gestaltismu, rogeriánské psychologii a existenciálním směru V. Frankla. Na škále mezi nimi lze nalézt přístupy eklektické, které využívají různou kombinaci metod podle individuálních potřeb.

Pojmy „art as therapy“ a procesově orientovaná arteterapie navzájem částečně splývají. Procesově orientovaná arteterapie je dle Lhotové a Perouta (2018) založena na

myšlenky respektování a podpory celého procesu tvorby. Cílem je vstoupit do kontaktu se sebou a s druhými prostřednictvím výtvarného artefaktu. Arteterapie má potenciál zkoumat proces tvorby a pomáhat tak hledat a zkoumat problémy prostřednictvím kombinace emocí, kterou klient aktuálně prožívá. Rozvíjením původního artefaktu klient postupně objevuje řešení svých problémů a zmatků. Dle Diamonda a Jonese (2014) je při tom úkolem (arte)terapeuta amplifikovat neboli zesilovat a rozvíjet signály z různých smyslových počitků, zaměřuje se spíše na vnímání pocitů než na jejich interpretaci. Všímá si druhotných zážitků, rozvíjí jejich vyjádření až do té doby, než se objeví nový význam či aspekt identity. Následuje integrace nového zážitku osobního života klienta.

V psychoanalyticky orientovaném přístupu dle Lhotové a Perouta (2018) jsou následovány podněty analytické psychologie, jež při práci uplatňuje koncepty zakladatelů S. Freuda a C. G. Junga, ale také modernějších následovníků, kteří se zaměřovali zejména na terapii poruch osobnosti – H. Kohuta (self-psychologie), O. Kernberga (psychologie objektivních vztahů), H. Hartmanna (egopsychologie) a dále ještě interpersonální teorie citové vazby (teorie attachmentu). Základním přístupem je retrospektivní pohled do minulosti a jejich odraz v prožívání v současnosti.

K psychoanalyticky zaměřené arteterapii se váže projektivně-intervenční styl práce. Projekcí jsou míněny nevědomé obsahy, jež se projeví ve výtvarném vyjádření. Intervenci představuje metodický vstup arteterapeuta do rozpracovaného díla pacienta, jenž může ovlivnit výtvarné řešení a konečnou formu artefaktu, nikoli však obsah sdělení, neboť intervence má napomoci dosáhnout pacientovi kompozičně a barevně vyváženého artefaktu. Tento přístup se zakládá na předpokladu, že posunem výtvarného zpracování dojde i ke změně psychického stavu pacienta (Lhotová, 2010). Psychoanalytický přístup se dotýká nevědomé psychodynamiky, obranných mechanismů, dětských traumat, přenosu a protipřenosu, symboliky obrazů a metaforických popisů. Sebeklamné obranné mechanismy mají v případě závislostních poruch pro jedince ten smysl, že si takto uchová pocitu vlastní hodnoty a integrity v situacích neúspěchu, selhání, při pocitech viny, studu, jež jsou emoce, které se se závislostmi spojují.

Psychologické obrany se ve výtvarném díle projevují v určitých dílčích zábranách v tvoření, např. tendenci vyhnout se používání barev, vynechávání bílých míst, vytváření rámečků pro ohraničení více či méně určitého dění, nebo naopak vytváření obrázků překypujících nahromaděnými drobnými detaily, geometrickými a jinými formálními prvky tvořícími překážky v harmonizování výtvarného projevu (Lhotová & Perout, 2018).

Z těchto teoretických východisek čerpá rožnovská intervenční škola vyučovaná v rámci bakalářského studia arteterapie na Jihočeské univerzitě. Jak přibližuje vzpomínky

syn zakladatele rožnovského směru Kyzour ml. (2016): „*Otec během šedesátých let utváří při práci s neurotiky a pacienty závislími na alkoholu svou originální koncepci interpretační arteterapie a v té době také krystalizuje jeho názor na roli umění a estetické výchovy. Po roce 1990 zakládá při Pedagogické fakultě v Českých Budějovicích Ateliér arteterapie. Z gesta, fyzického rysu či detailu oblečení dovedl odhalit povahu klienta a stereotypy v jeho jednání, z výtvarných náznaků a jejich juxtapozice pak interpretoval dávné rodinné situace, systém příbuzenských vztahů, role jednotlivců v partnerských i běžných komunikačních vztazích a samozřejmě jejich případnou poruchu. Vypracování metodiky stanovení anamnézy, založené na interpretaci akvarelů a koláží, zdokonaloval třicet let.*“

Je zřejmé, že pozice rožnovského pojetí v českém kontextu v léčbě závislostí má pevné kořeny. Pojetí lze charakterizovat jako spíše autoritativní terapeutický styl s psychoanalytickým teoretickým rámcem, který stejně jako psychoanalýza možná trochu vyzdvihuje psychopatologii. Jak píše Kyzour ml. (2016), nejedná se pouze o terapii pacienta, ale také o terapii obrazu. V praxi se to může promítnout například tak, že arteterapeut klade důraz na vývoj formy zpracování obrázku v průběhu léčby, obrázek může být i určen k přepracování dle instrukcí arteterapeuta. Dominantními technikami v tomto pojetí jsou akvarel, koláž, popř. kresba pastelkami, důraz je kladen na konkrétní ztvárnění, abstrakce je upozaděna. Témata jsou často tradiční pohádkové a mytologické motivy jako je Adam a Eva, Šípková Růženka či Betlémská scéna, neboť to přináší dle Kyzoura (2016) menší riziko zapojení psychologických obran a autocenzury. Získat znalosti, interpretační dovednosti a vnímání symboliky v tomto směru arteterapie lze pouze sebezkušeností v přímém kontaktu s pedagogy v bakalářského studijního programu arteterapie na Pedagogické fakultě Jihočeské univerzity, není zpracován v rámci veřejně známé metodiky. Toto opatření má smysl mimo jiné i pro to, aby výklad nebyl znám široké veřejnosti, potažmo pacientům, a metoda neztrácela svou vypovídající hodnotu.

Je možné se zaměřit i na psychosomatické aspekty arteterapie v kontextu závislostí. Někteří pacienti nejsou v kontaktu se svým prožíváním a emocemi, nevnímají to, že jsou například v neustálém stresu, a zároveň se potýkají se somatickými a psychosomatickými potížemi, které odmítají vnímat jako důsledek převážně psychických příčin. Jak uvádí Kajanoja et al. (2019), mezi závislími na alkoholu a drogách jsou problémy s regulací emocí časté a jednou z jejich specifických forem je alexithymie, což je psychosomatický konstrukt, jež zahrnuje neschopnost číst a případně pojmenovat emoce, zároveň ho provází pragmatické myšlení a nízký stupeň introspekce. Jedná se o vnitřní potlačení zraňujících negativních pocitů, avšak na rozdíl od disociační poruchy nejsou zcela odděleny od vědomí. Tento fenomén odpojení se od emocí se zkoumal také ve psychodynamicky orientovaných modelech závislosti, aby se dotýčný vyhnul bolestivým emocím (Procházka, 2009).

Jednou z úloh arteterapie je právě zvědomování emocí přes výtvarný artefakt. Výhodou díla je jeho trvalost, je možné se u něj zastavit a hledat pojmenování u zobrazených emocí. Prvky ztvárňující emoce jsou celková výtvarná forma artefaktu, například mimika a tělesné držení znázorněných postav, volba barev a další.

Terapeutický vztah je silným nástrojem pro proměnu pacienta. Arteterapeuté mohou navázat vztah vedle přímého kontaktu s pacientem obvyklého ve verbálně vedené psychoterapii také prostřednictvím tvorby a výtvarného díla. Výrazným příkladem dokumentujícím potenciál vztahové dynamiky skrze výtvarné dílo je společná tvorba arteterapeutické skupiny, kde dochází k vymezování si hranic a ke zviditelňování vztahových vzorců jednotlivých členů. Pokud takto společně tvoří arteterapeut a pacient při individuální arteterapii, jak uvádí Lhotová a Perout (2018), je možné takto prohlubovat terapeutický vztah skrze zvědomování si vlastních hranic, prožitkového vnímání osy blízkost-vzdálenost, otevřenost-uzavřenost, důvěra-nedůvěra a prožitek „zrovnoprávnění“. Posledně jmenované rozpracovává Teoli (2020), která ve své studii mapující společnou tvorbu arteterapeuta spolu se skupinou, potvrzuje pozitiva jako je vytváření rovnostářské skupinové atmosféry, dosažení autentického vůdcovství arteterapeuta a potvrzení smyslu přítomnosti v době procesu tvorby a zvýšení nasazení pacientů ve skupině.

Vymezení hranice mezi arteterapií a příbuznými obory

Arteterapie vs. psychoterapie

Při zkoumání rozhraní arteterapie a psychoterapie obě spojuje využití verbální a nonverbální komunikace, vizualizačních projektivních metod, relaxačních vizualizačních přístupů či skupinových rituálů. Společný mají také důraz na terapeutický vztah (v některých směrech je méně významný) a rozlišení na individuální, skupinovou, párovou a rodinnou formu (Babyrádová, 2016). Naopak liší se v tom, že u psychoterapie se jedná o vztah dvou a v arteterapii o vztah tří – neboť vedle arteterapeuta a klienta vztahově působí ještě výtvarné dílo jakožto třetí prvek v trojúhelníku. Dynamika vztahu tří je komplexnější, rozdmýchá emoce, uzemňuje či jinak formuje daný rozhovor a terapeutický vztah.

Arteterapie vs. výtvarná tvorba

Babyrádová (2013) hranici mezi výtvarnou tvorbou a arteterapií nachází v tom, že arteterapeutické aktivity mají navíc terapeutický ráz a jde v nich o snahu uskutečnit a reflektovat změny v psychice jejich autorů a účastníků. Výjimky z tohoto představují výtvarní tvůrci akcentujících terapeutický efekt tvorby na sebe či na diváky, těmito příklady

jsou jednak někteří renomovaní umělci a také neškolení, svérázní laici často s psychickými poruchami a jinými odlišnostmi tvořící ve směru tzv. art brute (z francouzštiny „syrové umění“). U arteterapeutického tvoření je kladen větší důraz na autenticitu, na výpověď odrážející psychické procesy, je posuzováno, co znamená dílo pro daného autora v kontextu jeho biografie a jeho aktuálního duševního stavu. Výtvarné dílo je prostředkem komunikace, avšak může být také katalyzátorem uvolnění emocí, což se projevuje v průběhu tvorby. Někdy může být dokonce terapeutickým cílem zničit dané dílo. U výtvarného uměleckého artefaktu se výše klade estetická laťka a více se soustředí na společenské sdělení.

Arteterapie vs. činnostní terapie

V ústavní praxi jsem se setkala s hledáním hranice mezi arteterapií a činnostními terapiemi ve formě rukodělných dílen v Centrální terapii (takto se nazývá agenda sdružující řemeslné dílny ve velkých léčebnách a nabízí širokou nabídku – keramickou, řezbářskou, košíkářskou, knihařskou, šperkařskou, textilní, drátenickou dílnu atd.). Společným znakem obou je, že v sobě obsahují určitou míru tvořivosti. Rozdílnými charakteristikami je, že arteterapie má své založení na psychoterapeutickém základě, kdežto činnostní terapie mají blíže k psychiatrické rehabilitaci a pracovním terapiím, jež mají za cíl socializovat pacienta a rozvinout jeho pracovní návyky.

5.3 Počátky arteterapeutického vnímání

Původ terapeutické aplikace výtvarné tvorby vychází z dlouhodobých léčebných programů v psychiatrických institucích, kde byla výtvarná tvorba zprvu uplatňována spíše jako činnostní terapie. Ovšem postupně začali někteří autoři na tvorbu pacientů uplatňovat prvky psychoanalýzy. Prvním užitím arteterapie v současném pojetí je datováno rokem 1917 a uplatnila ho psycholožka M. Naumburgová z USA pracující s dětmi s poruchami chování, která si povšimla, že ve výtvarné expresi se mohou projíkat nevědomé představy. Za další průkopnice, které také vycházely z hlubinné psychologie, lze považovat E. Kramerovou, jež užívala arteterapii jako způsob vyjádření aktuální zkušenosti a hledání řešení pro životní problémy, a dále E. Ulmanovou nebo H. Y. Kwiatkovskou (Kantor, 2016).

Dalším průkopníkem v interpretaci a terapeutickém vnímání výtvarné tvorby byl C. G. Jung, který zpočátku experimentoval a zkoumal vztah vnitřních psychických stavů a vizuálních obrazů sám na sobě tak, že výtvarně znázorňoval vnitřní obrazy, které mu vyplynuly z aktivních imaginací, a posléze klinicky pracoval se symbolickým výtvarným ztvárněním snů a obrazů z aktivní imaginace se svými pacienty a pacientkami.

Rozvíjení terapie výtvarnou tvorbou popisuje C. G. Jung (2014, s. 322) takto: „Proč ale vůbec mám vést pacienty k tomu, aby se v určitém vývojovém stadiu vyjadřovali štětcem, tužkou či perem? Děje se to především proto, aby se dosáhlo účinku. V psychologickém stavu dětství zůstává pacient pasivní. Nyní přechází do aktivity. Nejdřív znázorní, co pasivně viděl, a tím se to stane jeho vlastním činem.“ Této pasáži z Jungových Cílů psychoterapie Ammann et al. (2018, s. 108) rozumí takto: „Mluvit nám připadá snadné, často nám to mluví takřka samo. Zato dodat svým dosud nezformovaným vnitřní obrazům viditelnou, hmatatelnou formu, která má opravdu význam, to už vyžaduje velkou tvůrčí námahu.“ Tímto lze vystihnout další aspekt arteterapeutické práce – je nutné pro ni vynaložit určité úsilí, což je zjevné například při skupinové arteterapii, neboť při ní se musí zapojit všichni současně, což nutně neplatí ve verbálně vedené skupinové terapii.

C. G. Jung obrazům přikládal symbolický význam, který vycházel z archetypů, jež vyplývaly z kolektivního nevědomí. Takto dospěl k pohledu, že existuje univerzální výkladový rámec symbolů a obrazů. Dalším vizuálním prvkem, který přinesl pro naši kulturu, byly mandaly. Sám se mnoho let denně věnoval náčrtkům mandal reprezentujících jeho aktuální rozpoležení. Tímto si pro sebe ověřoval, jaký má potenciál zobrazit aktuální duševní stav a intrapsychické procesy. Jung se k mandalám dostal skrze svá studia světové mytologie, mysticismu a symbolismu. Vliv C. G. Junga přetrvává dodnes v arteterapeutických školách ve způsobu výkladu symbolů a ve volbě námětů z mýtů, Bible či pohádek, neboť se v nich mohou zachytit archetypální prvky z dob, kdy byly významy věcí zjevněji univerzálně platné a společensky jednotné.

5.4 Arteterapie v rámci veřejného zdraví a zdravotnické legislativy v Evropě a v ČR

Diskuze v rámci WHO ohledně faktorů prevence a účinné léčby duševních poruch dospěla k tématu vlivu umění. Při konferenci uspořádané v Helsinkách v listopadu 2019 byl reflektován stav výzkumu dokládající pozitivní vliv umění na lidské zdraví (WHO, 2019). Při té příležitosti byla vydána také první WHO zpráva o evidence-based přístupech týkajících se uplatnění umění ve zdravotnických intervencích. Tato souborná práce mapuje celosvětovou vědeckou literaturu na toto téma v počtu 900 publikací. Zpráva má široký záběr a poskytuje informace o významu a užitečnosti umění politikům a expertům na veřejné zdraví. Uvádí se zde, že metody založené na umění mohou být v konkrétních případech méně finančně nákladné než jiná léčba, hodnocena je také kvalita studií z jednotlivých kreativních terapií, jež je však kolísavá, nejvíce je studií o hudbě a muzikoterapii. V oblasti studií o závislostech jsou zvláště zmíněny dramaterapie a muzikoterapie a preferovaná je věková skupina adolescentů, studie vztahující se k výtvarné

arteterapii a závislostem v tomto výběru chybí, nicméně v praxi léčby závislostí je výtvarná arteterapie alespoň v českém kontextu z expresivních terapií uplatňována nejčastěji.

V rámci Evropy jsou arteterapeuté sdruženi v Evropské arteterapeutické federaci (EFAT - European Federation of Art Therapy), která si klade za cíl sjednotit arteterapeuty a také jednotlivé arteterapeutické asociace v evropských zemích a podpořit další rozvoj praxe a prosazení oficiálního uznání profese. S ní spolupracují také představitelé České arteterapeutické asociace, např. předsedkyně B. Albrich. Regulace a veřejnoprávní uznání arteterapie se v jednotlivých zemích Evropy liší. Nejvíce státem podpořenou pozici v Evropě mají arteterapeuté ve Velké Británii a v pobaltských zemích Estonsku, Lotyšsku a Litvě. Nižší stupeň státní opory je v případě Itálie, kde je arteterapeut orgány státu rozpoznán jako profese, avšak ne pro oblast zdravotnictví, arteterapeuté jsou povinni splnit určité standardy. Dalším pojetím je situace v Nizozemsku, kde profese není regulována státem, avšak kvalita je chráněna systémem povinné registrace a splnění standardů. Česká republika a také všechny naše sousední země nemají arteterapii uznánu a regulovanu státem.

Oborová asociace působící u nás od počátku devadesátých let je Česká arteterapeutická asociace (ČAA). Asociace si klade za cíl podporovat zájmy profesionálních arteterapeutů, nastavuje standardy v oboru, zaštiťuje odborné konference a do roku 2016 vydávala časopis Arteterapie. Má zprostředkovávat vzájemnou odbornou diskuzi v rámci oboru, udržovat kontakt se zahraničními specialisty i s domácími představiteli jiných kreativních terapií, svou činnost koordinuje s vývojem oboru v zahraničí. Asociace se dlouhodobě snaží o emancipaci arteterapie jako plně akreditované profese.

Vývoj v ukotvení arteterapie v českém kontextu jde bohužel jiným směrem, než jsou emancipační cíle, neboť z profese, která byla mezi lety 2008 a 2017 ve zdravotnickém právu uznána jako jiný odborný pracovník ve zdravotních službách, přišla novelou zákona o nelékařských zdravotnických povoláních (zák. č. 96/2004 Sb.) o tento status. Jak uvádí Telec (2018), v našem kulturním okruhu je arteterapie řazena do léčebné pedagogiky (z němčiny Heilpädagogik), což platilo i v Česku do změny v 2017. Tehdy existovala léčebná část speciální pedagogiky, resp. část léčebné pedagogiky i ve zdravotních službách a to právě formou dílčího povolání arteterapeuta. V dnešní době je v českém právním prostředí léčebná pedagogika pojímána pouze mimo zdravotní služby a zůstává jako součást speciální pedagogiky, popř. psychologie ve školství. V současné době je možné používat arteterapii jako „pouhou“ metodu i ve zdravotnictví, avšak je postrádán požadavek na odbornou způsobilost akreditovanou Ministerstvem zdravotnictví, jež byla před změnou v 2017 legislativně garantována ustanovením § 43 odst. 2 písm. e) cit. zák. č. 96/2004 Sb. *„absolvování studijního oboru vyšší nebo vysoké školy pedagogického, sociálního,*

zdravotnického, psychologického nebo uměleckého zaměření“. Diskuze ohledně toho, zda byl tento krok správný, neustává, kritici změnu vnímají jako oslabení integrativního směru v medicíně a neoprávněnou v tom, že byla arteterapie v praxi klinicky zavedená a pracuje na psychoterapeutickém základě. Jaké má praktické dopady tato změna v praxi arteterapie v ústavní léčbě bude také součástí výzkumné části práce. Jak uvádí Albrich (Kšajt, 2015), proces legalizace odbornosti arteterapeuta je dlouhý proces nejen v Čechách, ale v celé Evropě. Cílem profesní asociace je vypracovat standardy, vymezit rozdíl mezi klinickým arteterapeutem a arteterapeutem a dále rozpracovat etické normy, celý proces zatím není ukončen. V rámci Evropské arteterapeutické asociace (EFAT) se koordinuje definování curricula arteterapeuta a standardizace profese.

Pro zlepšení situace na národní i nadnárodní úrovni navrhuje Lhotová a Perout (2018), aby byla arteterapie prezentována směrem k ministerstvům, k příbuzným profesním institucím a také k pacientům či klientům jako účinná metoda, s čímž souvisí výzva k průběžné evaluaci s dobře nastavenými kritérii shrnuté do těchto tří bodů:

1. Výsledky léčby – zdali a v jakém rozsahu arteterapeutický program naplňuje očekávané cíle léčby a jaký dopad léčba měla, resp. k jakým změnám došlo u pacienta, který léčbu dokončil

2. Vzdělání arteterapeutů – stanovení profesionálních kompetencí, existence komplexního vzdělávacího programu pro arteterapeuty

3. Etické požadavky v arteterapii – jsou upřesněny v Etickém kodexu České arteterapeutické asociace a jsou závazné pro všechny členy

5.5 Neurovědecké studie aplikovatelné do arteterapie

Jak působí percepce vizuálních stimulů na mozkovou činnost lze zkoumat pomocí rychle se rozvíjejících zobrazovacích technik jako je funkční magnetická rezonance (velká citlivost v prostorové lokalizaci aktivních mozkových struktur, nízká citlivost v čase záznamu), elektroencefalograf (vysoká citlivost v čase záznamu, omezenější lokalizace aktivních neuronů) a další. Základem vnitřní validity těchto studií je především vhodně nastavený design experimentu, ovšem přesto interpretace výsledků může narážet na to, že komplexní procesy v mozku nelze jednoduše redukovat na výstupy změřené aktivity mozkových center a konektivity drah.

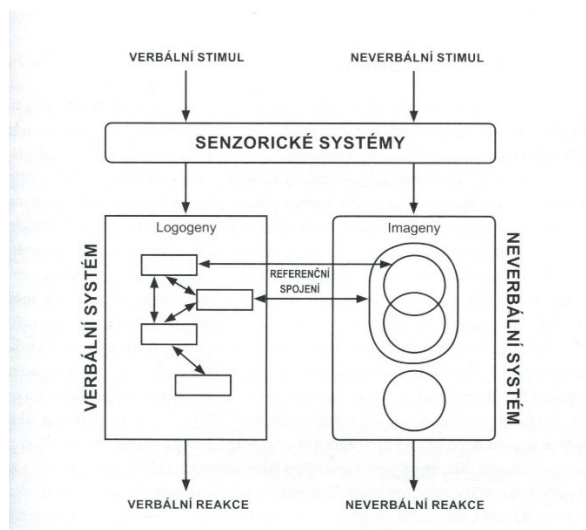
Dle Grygarové et al. (2016) se v posledních letech rozvíjí výzkum kognitivního zpracování vizuální informace, který může pomoci rozšířit znalosti o konkrétních psychických poruchách. Někteří pacienti, např. s bipolární poruchou či specifickou sémantickou demencí, jsou více vnitřně motivováni k tvorbě, což je dááno do souvislosti s lepšími vizuálními a pozornostními procesy, které vyvažují degeneraci části frontotemporálního laloku. Tento předpoklad potvrdily experimenty dočasného vyřazení levé frontotemporální kůry u dobrovolníků, kteří v důsledku toho dokázali zručněji vyjádřit kresbou prostor a perspektivu. Zevšeobecňujícím závěrem studie je, že schopnost jazykového vyjádření může blokovat schopnost zachycení prostorových vztahů v tvorbě a obráceně.

Studie se zabývají percepcí umění, zatímco arteterapie, jak je uchopena v psychiatrické léčbě, je převážně produktivní, tedy činnostní terapie, avšak v průběhu tvorby je percepce také její součástí, neboť artefakt je zároveň vnímán. Autoři uvádí, že v budoucnu se možná bude uplatňovat percepce umění a třeba i návštěvy galerií jako postup v neuropsychologické rehabilitaci některých duševních poruch, již nyní se zkouší pro mírnění Alzheimerovy demence.

Dalším pro arteterapii významným směrem je výzkum kreativity. Jak dále uvádí Grygarová et al. (2016), klinické studie prokazují, že kreativní jedinci vykazují podobné odchylky jako psychiatričtí pacienti. Neurozobrazovací metody dokládají strukturní změny či zvýšenou konektivitu v určitých oblastech mozku u umělecky činných lidí. Zdá se, že abnormality v distribuci neurotransmiteru dopaminu jsou podkladem pro kreativitu a zároveň např. pro bipolární poruchou, ve stádiu zkoumání jsou i u závislostních poruch. Jak uvádí Linden (2011), osoby, které tíhnou ke drogám, mají menší subjektivní prožitky uspokojení, a proto jsou více motivovány tohoto pocitu dosáhnout, jak lze usuzovat podle testování na laboratorních potkanech a opicích. Na neurochemické úrovni mají geneticky podmíněnou specifickou variantu dopaminového receptoru D2, který má nižší funkčnost, což přináší riskantnější a impulzivnější chování a vede k vyhledávání nových podnětů. Žádná z těchto vlastností sama o sobě není kreativitou samou, avšak pokud jsou přítomny další podmínky, jsou předpokladem pro to dovolit si tvořivý přístup.

Další koncept podpořený neurobiologickými studiemi je teorie duálního kódu, jehož autorem je Paivio (2013). Tato teorie podporuje arteterapii v její účinnosti při vybavování biografických vzpomínek, což vysvětlím dále. Teorie vysvětluje přecházení mezi verbální a neverbální složkou kognitivních procesů a synergickou součinnost verbálních a neverbálních systémů. Převody mezi nimi úzce souvisí s kognitivními procesy paměti, myšlením a představivostí. Autor teorie vytyčil dva subsystemy – první je specializován na zpracování neverbálních stimulů (imageny), druhý na zpracování psaného či mluveného

slova (logogeny). Schopnost jedince zapamatovat si informaci je závislá na stimulu, jedinec přijímá verbální a neverbální stimuly smyslovými orgány. Spojením verbální a neverbální reprezentace stimulů podporuje proces zapamatování i proces vybavování, neboť logogeny a imageny jsou v paměti uchovávány nezávisle a existují mezi nimi referenční spojení, díky nimž je uchovávání informace v paměti mnohem silnější než když jsou uloženy pouze v jednom subsystému. A právě znovuvybavování je důležitým cílem terapeutického procesu, neboť je žádoucí rozpomenout si na konkrétní události v životě pacienta a hledat paralely, které se vztahují k současnému dění či k současným obtížím. Tato teorie podporuje arteterapii v tom, že když jsou informace prezentovány verbálně a neverbálně zároveň, tak jsou snáze vybavitelné z paměti, což napomáhá k propojení do smysluplného celku se současnými obtížemi, integrovat je do celistvého a kontinuálního pohledu na životní události (Lhotová & Perout, 2018).



Obr. č. 1: Teorie duálního kódu Paivio (2013) - převzato z Lhotové a Perouta (2018)

5.6 Výzkum v arteterapii

V posledních několika letech se masivně rozvíjí výzkum v oblasti kreativních terapií včetně arteterapie, úsilí uplatnit v něm přísná kritéria medicínského výzkumu vycházející z evidence-based praxis (EBD) se naplňují zejména v USA a V. Británii, vedle rigoróznějších přístupů se rozvíjejí také aplikovanější studie ve směru practice-based evidence (PBE) vycházející z každodenních klinických zkušeností arteterapeutů, které se rozvíjejí vedle USA a V. Británie v Nizozemí, pobaltských zemích a Německu. Příkladem geograficky nejbližším

je např. založení v r. 2017 německé vědecké asociace pro výzkum arteterapie v širším pojetí (WFKT – Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien), který je úzce provázán s akademickým prostředím v oblasti arteterapií (Evropská arteterapeutická federace, n.d.)

Publikované práce z oblasti arteterapie aplikované pouze do oblasti závislostí jsou především z oblasti metodik konkrétních postupů a technik pro danou cílovou skupinu a teoretická pojednání o analytických směrech arteterapie ve službě léčby závislostí.

5.6.1 Zkoumání efektivity v arteterapii

V současných podmínkách nelze pominout otázku efektivity terapeutických metod, jež jistě zajímají nejen autory konceptů léčebných plánů, ale také plátce zdravotních výkonů, socioterapeutických intervencí apod. Arteterapeuté ve světě nyní více reflektují nutnost podpořit svou praxi výzkumem efektivity léčby a neopomíjet požadavky evidence-based přístupu, který je hlavním paradigmatem ve zdravotnictví v euroamerickém prostoru. Jak uvádějí Regev a Cohen-Yatziv (2018), Americká arteterapeutická asociace v roce 1999 vyhlásila výzvu zaměřit se na výzkum, který dostojí standardům evidence-based přístupů. O několik let později byla publikována monografie Anrey Gilroy „Art therapy, research and evidence-based praxis“ (2006). V této knize jsou výhradně pro arteterapeuty popsány podoby výzkumu v kvalitativním a kvantitativním přístupu, od randomizovaných kontrolovaných studií a systematických review až po výzkumné práce na lokální úrovni, zejména pokyny pro tvorbu arteterapeutických manuálů, které jsou předpokladem pro standardizaci praxe. Zároveň upozorňuje na důvody, proč ze své podstaty nelze arteterapii zachytit v co nejkontrolovanějších designech výzkumu, které jsou realizovány v biomedicině. Ovšem Gilroy (2006) zmiňuje také danou věc, že dopad arteterapeutického procesu nespočívá jen v samotném metodickém pojetí tvořivého procesu, ale i v síle navázaného terapeutického vztahu a důvěře mezi pacientem a arteterapeutem.

Na počátku tisíciletí jen malý podíl ze studií zahrnoval znáhodněnou experimentální i kontrolní skupinu, a tím splnil požadavky pro randomizovanou kontrolovanou studii (RCT-randomized control trial). Od té doby se evaluační výzkum arteterapie nejen v USA rozrostl do šíře. Avšak autoři zmiňují, že je obtížné realizovat výzkumně respektovanou evaluační kvantitativní metaanalýzu, neboť jsou evaluace v dílčích studiích založeny na několika terapeutických metodách, které jsou využívány souběžně, což není metodologicky akceptováno.

V posledních dvou dekádách proběhlo více studií, které zkoumají účinnost arteterapie na větších vzorcích s různými cílovými skupinami a v posledních letech se tyto poznatky začaly třídit do systematických review evaluujících účinnost a nákladovou

efektivitu arteterapie (Uttley et al., 2015; Regev & Cohen-Yatziv, 2018). U první studie Uttley et al. se vybralo do nejužšího výběru 11 studií publikovaných od roku 2001 do 2012, kde byl splněn požadavek na přítomnost kontrolní skupiny (z nichž některé byly bez léčby, některé měly KBT, relaxaci, či psychodynamickou verbální psychoterapii). V závěru review se předpokládá pozitivního efektu arteterapie oproti kontrolním skupinám, nicméně tento závěr je opatrný z důvodu nedostatečné metodologické kvality zahrnutých studií (velká část studií nesplňovala přísná kritéria randomizovaného kontrolovaného experimentu a podléhá riziku zkreslení). Závěry pro porovnání arteterapeutické a verbálně vedené skupiny jsou nedostatečně průkazné. Pro druhou studii od Regev a Cohen-Yatziv (2018) bylo zpracováno 27 studií publikovaných od 2004 do 2014 zabývajících se efektivitou arteterapie s dospělými v sedmi klinických kategoriích, vedle somatických obtíží i duševně nemocní. Závěry studií zdůrazňují význam komplexnosti terapeutických přístupů v léčbě duševních poruch, jako nejvíce efektivní terapeutický přístup se prokázala KBT, doporučením pro arteterapii bylo více uplatňovat ve svém teoretickém základu KBT principy, arteterapie se neosvědčila pro pacienty se schizofrenií. Do budoucna je nutné získat podrobnější údaje pro jednotlivé specifitější oblasti duševních poruch, například závislostních poruch, které se bohužel mezi profilové cílové skupiny nedostaly.

5.6.2 Practice-based evidence

V oblasti evaluace sociálních, resp. zdravotnických služeb je dle autorek Ammerman, Smith a Calancie (2014) stále otevřeněji přijímán přístup practice-based evidence neboli přístup uplatňující důkazy vycházející z praxe; jedná se o evaluace, kde nelze nastavit kontrolované podmínky a posuzovatel musí pružně vyhodnocovat užitečnost svých zjištění. Cílem evaluačního výzkumu je zodpovědět otázky proč a jak program funguje nebo nefunguje a jak může být vylepšen spíše než se zaměřit na izolované příčiny událostí či výstupů, jak je tomu u evidence-based výzkumů. Avšak dosud je v akademickém prostředí ve výzkumu preferována vnitřní validita, jež značí dle Hendla (2005) míru důvěry v odhalené příčinné vztahy ve výzkumu před vnější validitou, jež značí míru přenositelnosti výsledků mimo kontext výzkumu – tedy charakteristiky practice-based evidence. Jak uvádějí Ammerman et al. (2014), practice-based evidence není v rámci akademického výzkumu podporován, avšak v oblasti veřejného zdraví mohou být kritéria nastavena jinak, neboť zde je důležitější, aby byly výsledky přísně navržených experimentů uplatnitelné v praxi. Tímto autorky povzbuzují akademické výzkumníky a praktiky ke spolupráci pro přizpůsobení zjištěných teoretických poznatků do praktických intervencí.

5.6.3 Arteterapeutické manuály

Terapeutické manuály jsou vnímány nejednotně. Jak uvádějí TaylorBuck a Dent-Brown (2014), v oblasti tvorby psychoterapeutických (resp. arteterapeutických) manuálů se tříští názory na ty, kteří je vyzdvihují pro jejich užitečnost v klinické praxi vnímají je jako účinný nástroj ve výzkumu a výuce, naopak jiní je kritizují pro jejich redukci informací do rigidního postupu ubíjejícího kreativitu a individualitu. Autoři nabízejí citlivé a flexibilní zpracování, které manuály o tvořivý a individuální aspekt neochudí.

Dle Gilroy (2006) je cílem manuálů klinické praxe napomoci identifikovat vhodný postup, který povede k optimálnímu výstupu léčby. Vypracování klinického manuálu je komplexní proces skládající se z více kroků, nejprve autorka doporučuje uspořádat konference či focus group se zkušenými klinickými arteterapeuty, jehož výstupem by byl klinický konsensus ohledně praxe v daném kontextu, ke kterému by se měli vyjádřit i řadoví klinici. Vzorek arteterapeutů by se měl skládat z představitelů různých arteterapeutických směrů. Dalším krokem je porovnat shromážděné informace s odbornou literaturou a posléze vrátit k připomínkování před zavedením do praxe. Takto se lze vypracovat manuály od lokálních úrovní až k národním standardům, jež by dále sloužily klinikům, pacientům i zaměstnavatelům.

Dle Parryho (2001) by užitečný manuál měl zpracovávat frekventovaná témata, která mají velký dopad na pacienta, dále by měl zmínit postupy pro specifické situace. Nejčastěji používané manuály ve zdravotnictví jsou: 1. prospektivní (výhledové), jež se zaměřují na podmínky, tedy jak postupovat s konkrétními skupinami pacientů, jaké konkrétní terapeutické postupy volit u kterých typů poruch a také které postupy vyloučit. 2. situační, jež radí, jak se zachovat v určité situaci, například jak pracovat s agresí při sezení.

Výhodou manuálů je, že je možné se v praxi k něčemu vztahovat, případně upravovat podle zažité praxe. Dále zachycují rozpory mezi teorií a klinickou praxí různých terapeutických směrů. Je pravděpodobné, že mnozí výhradně kliničtí arteterapeuti jsou k výzkumu nedůvěřiví a raději opakují osvědčené vyzkoušené postupy, které však již mohou být zastaralé. Manuály transformují implicitní procesy arteterapeuta v explicitní. Tímto lze dále identifikovat silné a slabé stránky konkrétních postupů, jakým klientům pomáhají atd.

Příklad arteterapeutického manuálu (Hackett et al., 2017)

Pro větší názornost a konkrétnost uvedu příklad arteterapeutického manuálu, který zpracovali Hackett et al. (2017), jež se zaměřuje na cílovou skupinu osob s poruchami učení. Cílem tohoto manuálu je být klinickým konsenzem aktuálně nejlepší praxe. Vychází z přístupu „practise-based evidence“, tedy důkazech založených na praxi a byl sepsán

v součinnosti s Britskou arteterapeutickou asociací (BAAT-British Association of Art Therapists). Tento dokument může být inspirací také pro arteterapii závislostních poruch. Autoři při sestavování tohoto manuálu postupovali v těchto krocích:

1. Prostudovali dostupnou literaturu
2. Vybrali témata důležitá pro klinickou praxi
3. Vytvořili pracovní skupiny pro každé téma
4. Shromáždili klíčová doporučení z výstupů pracovních skupin
5. Sháněli zpětnou vazbu od osob z cílové skupiny, které měly zkušenost s arteterapií – v této části se ve výstupu objevuje cenná reflexe klientů, které techniky považovali za nápomocné
6. Konzultovali výstupy s arteterapeuty se zkušeností s danou cílovou skupinou v celé Británii prostřednictvím jejich členství v asociaci BAAT (British Association of Art Therapists)

Jaká je podoba daného manuálu? V rozsahu 12 stran zahrnuje soustavu doporučení spíše než pevně daný postup, jsou zde uvedeny terapeutické přístupy související s etickou stránkou arteterapie, například o bezpečném terapeutickém vztahu. Jsou zde naznačena doporučení pro arteterapeutický přístup, specifika dané cílové skupiny v arteterapeutické praxi, v čem právě jim může být právě arteterapie užitečná. Kreativní a flexibilní styl terapie může přinést této skupině pomoc v terapeutickém procesu při jejich obtížích v komunikaci. Arteterapeut má širokou škálu kreativních technik, zároveň se jeho práce má zakládat na aktuálních poznatcích z psychologie v souladu s evidence-based přístupem, v této oblasti se má stále vzdělávat a také být v kontaktu s oborovými organizacemi sdružujícími terapeuty obecně Health and Care Professions Council (HCPC) a zvláště je jim doporučeno být členem BAAT kvůli přístupu k aktuálním informacím výzkumného, organizačního a vzdělávacího charakteru v oboru. Součástí je také zmínka o prevenci syndromu vyhoření a supervizích. Celkové vyznění daného manuálu apeluje na pokračování v transformaci oboru arteterapie, zejména ve smyslu opodstatnění postupů klinické praxe evidence-based výzkumem a vytvořením široké základny systematických studií a evaluací, jež je stěžejní pro emancipaci oboru bez ohledu na geografický kontext.

5.6.4 Aplikované výzkumy arteterapeutických metod v oblasti léčby závislostí

Nyní se již dostávám k publikovaným článkům, jež jsou přímo cíleny na léčbu závislostí. Cílem této kapitoly je přinést ukázky zahraničních trendů arteterapeutické praxe a metod přímo pro danou cílovou skupinu.

Pro uplatňování arteterapie v raných fázích léčby závislostních poruch je kladen velký důraz na získávání motivace ke změně (Holt & Kaiser, 2009). Autorky popisují svou praxi arteterapeutických intervencí, které cílí v počáteční fázi léčby na zvědomění

ambivalence v motivaci, kdy pacienti váhají, zda budou akceptovat úpravu životního stylu nezbytného pro uzdravu, motivace pro změnu není vůbec samozřejmá. Autorky uplatňují nejen arteterapeutické postupy, ale také motivační rozhovory dle Millera a Rollnicka (2002) uplatňující rogeriánský přístup (PCA – Person-Centred Approach), jejich praxe může napomoci překlenout fázi mezi motivačními rozhovory s principy kognitivně-behaviorálními a pozdější fázi terapie založené na psychodynamickém základu zaměřeném na klinický narcismus. Kroků a zároveň i témat tvorby je celkem pět, například Most vedoucí k uzdravě, koláž Ztráty a zisky závislosti a Překážky uzdravy. Výtvarné dílo se může stát bezpečným „kontejnerem“ pro zkoumání svých emocí, myšlenek, pocitů, přesvědčení a zkušeností. Arteterapie skrze svou aktivní a tvořivou povahu katalyzuje psychické procesy vedoucí k větší propojenosti ve skupině a posílení motivace.

Příspěvek, který se také dotýká témat motivace a ambivalence v arteterapeutické intervenci především v rané fázi léčby, přináší Fernandez (2009). Autorka vychází ze své zkušenosti v ústavní léčbě závislostí v USA, kde se již více než půlstoletí uplatňuje koncept 12 kroků Anonymních alkoholiků (AA) ovlivňující také práci arteterapeutů, kteří dle daných východisek konfrontují pacienty či klienty s jejich popřením svého problému, přičemž cílem je prolomit jejich psychologické obrany a sdělit jim, že mohou své návyky změnit až poté, co připustí svou bezmoc v ovládnutí svého problému vůlí. Dle psychoanalytických směrů je kořenem abúsu naučený narcistický odvykací stav, který je reakcí na strach a nepříjemné pocity. Pokud narcismus stojí za obsesivně-kompulzivním prvkem vyvolávajícím abúsus, pak prvek nadpřirozeného či existence Boha dle 12 kroků může naplnit absolutní kontrolu nad tímto mechanismem. Jedním z uplatňovaných námětů pro tyto účely je autoportrét, který evokuje v pacientech potřebu postavit se čelem k něčemu, co lze jen obtížně přijmout.

Fernandez (2009) uvádí, že arteterapie závislostí v USA vycházející z jiného konceptu než z 12 kroků AA jsou v menšině. Mezi těmito alternativami lze najít přístupy zaměřující se na přítomný okamžik, emoční uvolnění, pocit úspěchu, výhled osobnostního růstu skrze vydržení fáze frustrace. Určitě jedna ze základních otázek léčby závislostí je, v jakém poměru se mají osoby v léčbě v arteterapii zabývat svými démony spojenými s bažením a životními prohrami na jedné straně a představami zobrazující pozitivní osobnostní transformace na straně druhé.

Autorka Fernandez (2009) se ve své práci zaměřuje na ambivalenci během léčby. Dle ní je převážná část pacientů vstupujících do léčby ve fázi prekontemplace či kontemplace, tedy jsou motivováni jen málo nebo vůbec. Osoby, jež prochází ústavní léčbou se chtějí a zároveň nechtějí vzdát své drogy, popírají a vzápětí přijímají svou závislost. V léčbě je dle autorky nutné mít tuto ambivalenci v popředí, neboť bez ní nejsou pacienti v léčbě

v kontaktu s vnímáním svých limitů, bezmoci a přijetí své viny, studu a ztráty. Autorka vnímá ambivalenci jako přirozenou součást nekomfortu a nejistoty, kterou přináší každá velká změna v životě. Stává se, že v těchto emočně vypjatých stavech pacient i uvízne. V těchto případech se v institucionální léčbě využívá motivačního rozhovoru (Miller & Rolnick, 2002). Vychází z možnosti ovlivnit „uvízlého“ díky empatickému kontaktu s pracovníkem, jehož cílem je více pracovat s vnitřním rozporem, než je na pozadí možnosti změny. Z tohoto rámce vychází navrhovaná technika arteterapeutky.

Fernandez (2009) navrhuje jako námět pracující s ambivalentními postoji vytvořit dvě komiksově postavy s autobiografickými prvky, z nichž jedna vystihuje osobu pod vlivem drogy s jejím každodenním kontextem a druhá uzdravenou složku. Uplatnění humoru a nadsázky v arteterapeutické metodě přináší inspiraci pro arteterapii v Česku. Jelikož si humor pohrává s rozpory a zachází s mnohoznačností, jeví se jako vhodný nástroj, jak zacházet s ambivalencí i ve vážných tématech, která se pojí s životem se závislostí, zároveň je to i způsob navázání mezilidského kontaktu tak potřebného ve skupinové terapeutické práci. Ovšem nesmí se jednat o humor jízlivý a agresivní. Hlubší cit pro humor v terapii je podmínkou pro aplikaci do praxe. Autorka metody apeluje, že kreslíř by neměl postavičky ztotožňovat sama se sebou, ale odosobnit se a vnímat je jako vyjádření principů. Zároveň se ale dotýká hledání symbolického vyjádření, neboť si zvědomuje nepříjemné situace spojené s užíváním drog a své působení na druhé – jedná se o znázornění zveličené reprezentace pijáckého/fetujícího self, tedy složku charakteru, nejedná se o realistický autoportrét. Je upřednostňováno symbolické zpodobnění, např. zvíře, slovo či tvar v určitém kontextu, např. hnědá hora uprostřed růžového mlžného oparu, liška v bludném kruhu v lese apod. Dokončením kresby proces nekončí, s touto postavou se dále pracuje, cílem je prozkoumávat obtížné emoce, avšak nedostat se do stavu konfrontace. Dotknout se vlastní zraněnosti, ale zároveň si zachovat určitý odstup. Druhou postavou komiksu vytvořenou v dalším terapeutickém setkání je postava „uzdravení“. V těchto vyobrazeních se často vyskytují stereotypní témata jako duha, květiny a úsměvy.

Další autorka Matto (2002) vychází z krátkodobé ústavní léčby závislostí a popisuje tuto aplikaci arteterapii v obecnější rovině. V těchto bodech formuluje uplatnění oboru pro závislé pacienty:

- Arteterapie je součástí komplexního terapeutického programu a její role je v něm podpůrná. Komplexní program je opodstatněný v tom, že závislost je mnohazměrný problém a právě arteterapie dokáže oslovit i sociální a spirituální rovinu onemocnění.
- Arteterapie se může uplatnit jako nástroj pro pomocné posouzení stavu pacienta, neboť v některých případech napomůže pacienta rychleji poznat než ve verbální projevu, což je účelné zejména v kratších terapeutických programech. Do tvorby se promítá prožívání a

vnímání světa. Zároveň arteterapeut může přinést nějakou novou hypotézu ohledně klienta kolegům, protože na něj nahlíží skrze jiný způsob komunikace.

- Její práce s touto cílovou skupinou vychází z teoretického základu kognitivně behaviorální terapie a psychodynamického směru, jež lze propojit do integrativních metod. Takto lze efektivním způsobem dospět k vyjádření emocí a dále i jejich regulaci a tak se učit zdravé copingové („zvládací“) strategie v mezilidské komunikaci. Tvořivý proces může zároveň napomoci zpochybnit nefunkční vzorce myšlení.
- Tvůrčí aktivita může zvýšit dynamiku v terapeutické skupině a prohloubit vzájemné vztahy, jež jsou podmínkou pro využití silných stránek skupinové terapie jako je pocit sounáležitosti a podpory a posílení emočního dopadu sděleného. Tímto je naplněn podpurný efekt skupiny na jednotlivce, jež může napomoci získat silnější vztah k celému procesu léčby.
- Dalším aspektem je práce s bažením. Vizuální podněty (např. obrázky z časopisů, ze kterých se tvoří koláže) ho může vyvolat, s těmito stavy se potom v chráněném prostředí dále terapeuticky pracuje. V případě úspěšného zvládnutí situace vede zkušenost k posílení pocitu sebeúčinnosti (self-efficacy).
- Umožňuje vzácnou kombinaci nahlédnout na svou zranitelnost a zároveň si ponechat určitou míru kontroly, tedy vyjádřit emoce, aniž dotyčného paralyzují. Lze to popsat i tak, že pacienti mohou skrze tvořivý proces a v sobě zároveň pociťovat ovládnutí výtvarného materiálu a zároveň se konfrontovat a smířovat se svými limity.

Matto nabízí pojetí arteterapie přijímající a přinášející naději, posiluje spirituální rozměr v pacientovi a zaměřuje se spíše na zcelování a učení se zútulnit si své vnitřní psychické prostředí a naplnit své často potlačené potřeby. Je na opačném pólu pojetí oproti konfrontačnímu stylu.

K tématu spirituality a jejímu vlivu na arteterapii se zabývá autorka Farrelly-Hansen (2013). Ve své stati vychází z aplikace buddhismu do arteterapie. Uplatnění spirituální složky v arteterapii rozvíjí v pacientech schopnost relaxovat, odpočinout si od nepříjemných stresorů, např. častých pocitů viny, jež zaplavují osoby léčící se se závislostmi a kalí jejich vztahy k sobě a druhým. Autorka zdůrazňuje potřebu vzájemnosti a empatie pro bezpečné odhalení pacienta ve své zranitelnosti. Posiluje sebedůvěru, pocit kontaktu se sebou a také zvýšení empatie. Dalšími stupni spirituální úrovně mohou posilovat pocity vděčnosti a úcty k životu a Bytí.

Specifickým arteterapeutickým rysem u osob v léčbě alkoholismu je kognitivní deficit, který se projevuje i ve výtvarném vyjádření. Dle Mandić-Gajić (2018) je nutná nejméně roční abstinence od alkoholu, aby se kognitivní funkce optimalizovaly. Jelikož obvyklým znakem závislosti na alkoholu je popírání tohoto problému, jedním ze způsobů, jak klienta konfrontovat a posléze motivovat, že již má na něj užívání dopad v kognitivní

oblasti, je nabídnout mu důkaz. Jednou z cest jsou komplexní psychologické a neurologické testy, avšak ne vždy se v nich dané deficity promítnou tak, aby klienta přesvědčily. Dalším způsobem je požádat pacienta ve skupinové arteterapii, zda si je vědom nějakých nepřesností ve své kresbě. Jak se v případě kazuistik Mandić-Gajić (2018) stalo, spolupacienti upozornili daného popírače, že jeho kresba domu odporuje základním předpokladům prostorového vyjádření, což ho uvedlo ve zmatek a pozdější sebereflexi a připustil, že může trpět alkoholismem. Lze si na tomto příkladu uvědomit, jakou sílu má pro pacienta se závislostí hlas skupiny a že v případě psychologických obran je právě názor skupiny nápomocný. Nicméně pro terapeuta je důležité zvláště citlivě s psychologickými obranami zacházet zejména u pacientů, kteří se vyrovnávají s traumatem. Dále tato kazuistika reflektuje to, že výtvarný artefakt závislého pacienta může přinést arteterapeutovi nové hypotézy, které dále uplatní při diskuzi se spolupracovníky. V prvním zhledu může být arteterapie zásadní, ale v komplexní léčbě je vhodné ji uplatnit zejména jako poradní hlas, který může usměrnit tým, vždy však je potřeba své hypotézy dále potvrzovat.

Příspěvek autorek Ranganathan a Malick (2013) se věnuje arteterapeutické práci se závislými a jejich rodinnými příslušníky. Z výsledků jejich studie provedené v roce 2010 týkající se programu, který zahrnoval terapeutické složky KBT a arteterapii (jež byla také na KBT základě), vyšlo, že u zkoumaných osob je po arteterapeutické léčbě nižší míra stresu a zvýšení pocitu smyslu jejich života. Autorky se zaměřují na myšlenky během tvorby více než na výsledné dílo. Zmiňují u závislých riziko relapsu při používání pomůcek vyvolávající vzpomínky na abúzus – lepidla, ostré předměty a rozpouštědla, která mohou také vyvolat nevolnost u osob užívajících Antabus. Kulturním specifikem dané práce je, že ženy tvoří jen cca 0,3-0,4 % všech pacientů v ústavní léčbě závislostí, neboť v Indii není žena alkoholička společností ani vlastní rodinou přijímána.

Inspirovat se zahraničními zdroji může být pro arteterapii v léčbě závislostí podnětné, avšak zároveň se setkávám s přesvědčením a pravidlem, že pro to, aby arteterapeut mohl nějakou metodu uplatnit v praxi, je nutné, aby si ji formou sebezkušenosti zažil. Z tohoto důvodu nelze snadno aplikovat zahraniční inspiraci bez přímého kontaktu se zahraničním autorem. Snad právě proto se terapeutický styl drží konzervativních postupů rozvinutých v dané arteterapeutické komunitě a je kulturně a historicky podmíněný vývojem arteterapie v dané zemi a názorovými směry, které v ní zakotvily. Takto zakotvenost přináší určitou jistotu, co lze od metody očekávat.

5.7 Osobnost arteterapeuta a jeho kompetence

Arteterapie byla nejprve zařazována do studijních plánů pedagogických oborů – do výtvarné výchovy a speciální pedagogiky a postupně se prosadila i jako samostatný bakalářský studijní obor, jež byl založen v roce 1990 na Pedagogické fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích M. Kyzourem, který byl zároveň zakladatelem rožnovské intervenční arteterapeutické školy zmíněné výše na str. 21-22. Toto studium je kombinované a jeho součástí je také sebezkušenostní arteterapeutický výcvik. Teoretickou náplň tvoří průřez současnými arteterapeutickými směry, dějiny výtvarného umění a psychologie umění, psychologie a interpretace díla. Studium je profilováno především jako rozšiřující vzdělání pro ty, kteří již pracují v pedagogických anebo pomáhajících profesích. Toto vzdělání vede nejpřímočařeji k výkonu profese arteterapeut, alternativou výuky arteterapie na akademické půdě, jež ovšem nepřináší akademický titul z arteterapie, jsou kurzy na některých pedagogických fakultách, např. čtyřsemestrální studium Expresivní terapie se zaměřením na arteterapii v rámci Pedagogické fakulty MU Brno, jež jsou rozšířením odborné kvalifikace. Nicméně ke vzdělání arteterapeuta lze dospět také kombinací vzdělání v pomáhajících profesích (pedagog, speciální pedagog, psycholog, psychiatr, adiktolog, sociální pracovník), či výtvarném umění a sebezkušenostního arteterapeutického výcviku, například pětiletého výcviku ve skupinové psychoterapii SUR s arteterapeutickým zaměřením (ARTE SUR).

Ve vymezeních profese arteterapeuta na dle České arteterapeutické asociace (2020) jsou požadovány tyto předpoklady:

1. Obsáhnout teoretických znalostí z oblasti psychologie, psychopatologie, psychodiagnostiky, vývojové psychologie, sociální psychologie a psychoterapie
2. Měl by disponovat osobnostními, manuálními a intelektovými dovednostmi (skupinová práce, dovednosti a návyky potřebné pro výkon povolání v rozsahu kompetencí arteterapeuta, znalost a dodržování etických pravidel). Tyto dovednosti vyplývají a jsou prohloubeny absolvováním arteterapeutického sebezkušenostního výcviku, seberozvojem a životními zkušenostmi, vlastním terapeutickým nadáním a schopností vnímat obrazově výtvarné produkce. Na etické regule je kladen vysoký důraz.
3. Měl by naplňovat praktické dovednosti (vytvoření nosného terapeutického vztahu, vedení výtvarné tvorby klientů a aplikace znalostí v terapeutické práci).

Různí autoři navrhují, jak by bylo možné sjednotit rozdílné výchozí vzdělání arteterapeutů. Strnadlová (2015, Kšajt) přinesla návrh řešení formou akreditovaného kurzu, který by formou tematických modulů umožnil flexibilně si doplnit určitou oblast a pro získání kompletního vzdělání by vyžadovalo splnění všech modulů.

Garance standardů vzdělání arteterapeutů přináší také Česká arteterapeutická asociace (2020) formou požadovaných kritérií pro vstup do členství. Požadavky se podobají nárokům na úplné psychoterapeutické vzdělání, týkají se vstupního vzdělání, vzdělání v arteterapii, supervize a praxi. Členství se rozlišuje na dva typy garantované s nižšími nároky a profesní s vyššími nároky na přijetí.

Blíže zmíním požadavky pro vstup do garantovaného (základního) členství, kdy je nutné dosáhnout ukončeného VŠ vzdělání vymezeného směru (psychologické, zdravotnické, sociální, pedagogické či umělecké), arteterapeutického vzdělání je možné dosáhnout buď sebezkušenostním výcvikem v rozsahu 500 hodin garantovaným ČAA, ukončeným bakalářským arteterapeutickým vzděláním nebo vzděláním v rámci kratších arteterapeutických kurzů garantovaných ČAA v rozsahu 150 hodin. Je požadována supervize zaměřena převážně arteterapeuticky v rozsahu 50 hodin, z toho 20 hodin skupinové arteterapeutické a 20 hodin individuální arteterapeutické supervize. Posledním požadavkem je alespoň 2 roky přímé arteterapeutické praxe (500 hodin arteterapie).

Mezi arteterapeuty se objevují názory, že některá původní vzdělání je vhodnější pro výkon arteterapie. Například Rudolfová (Kšajt, 2015) tvrdí, že by arteterapie měla zůstat v rukou psychiatrů, psychoterapeutů a klinických psychologů s výtvarným přesahem. Jiní jsou názoru, že předností arteterapeuta je, když se sám aktivně věnuje výtvarné tvorbě, což může mít dvě hlediska – jednak může sám tvořit vedle skupiny a jednak má rozvinutý praktický cit pro vnímání výtvarné techniky. Současné jediné akademické bakalářské vzdělání je zaštitěno pedagogickou fakultou JU, což rezonuje s tradicí arteterapie vycházející ze speciální pedagogiky, která je vedle učitelství výtvarné výchovy jedním z pedagogických východisek oboru.

Dalším faktorem ovlivňující arteterapii kromě kritérií pro vzdělání a praxi arteterapeuta představuje samotná jeho osobnost. Babyrádová (2016) si klade otevřené otázky: kdo může být arteterapeut a jaké by měl splňovat předpoklady? Je možné naučit se být arteterapeutem? Pokud ano, jaké by mělo být výchozí vzdělání a skladba studijního programu či náplň kurzů a výcviků? Je účinek léčby psychických problémů uměním ovlivněn ve velké míře charismatem daného arteterapeuta? Jaká je složka talentu a jaká je složka vzdělání?

5.8 Specifika arteterapeutické práce s pacienty se závislostí dle české praxe

Ze své praxe arteterapeuta v terapeutické komunitě přináší Holub (2008) zkušenost, že výtvarný projev klienta krátce abstinujícího od drog nese vysokou míru spontaneity a i jisté „tvořivosti“, uplatňuje expresivní a abstraktní vyjádření, reálné tvary jsou zredukovány nebo metamorfovány. Tyto rysy s postupující dobou abstinence ustupují, později je expresivita a barevnost utlumená až do depresivního ladění, lze to vnímat jako ztrátu oblíbené drogy (obvykle v počátcích léčby). Déle abstinující volí tužku, propisku a jinak se vyhýbá barvám, což lze vidět jako možnost kontroly a případné korekce, ostýchá se u kresby postavy. Na ploše papíru se vyskytují prázdná místa. Autor při práci s klienty klade důraz na důslednost a dokončování artefaktu, apelovat na konkrétní způsob vyjádření.

Pro úspěšný průběh arteterapie upřednostňuje autor vyšší počet setkání, aby byl prostor pro navázání vztahu. Pokud přijde pacient v ústavní léčbě poprvé do arteterapeutického ateliéru až krátce před propuštěním, není možné s ním rozpracovat citlivá témata. V tomto ohledu jsou lepší podmínky pro arteterapii v terapeutických komunitách, neboť program zde probíhá dostatečně intenzivně a dlouho pro navázání bezpečného vztahu, čemuž napomáhá také důvěra mezi klienty ve skupině, neboť se složení skupiny nemění tak často. Arteterapeut má více času na zmírnění úzkosti z výtvarné nedokonalosti a tak si může dovolit později pracovat i s náročnějšími technikami. Zpočátku je úloha arteterapeuta hodně podpurná a otupující sebekritiku u pacientů, později arteterapeut poukazuje na „omyly“ či nevědomé formy, které jsou projekcí osobnostních a vztahových charakteristik.

Arteterapeut Blažek (Kšajt, 2015) vnímá závislost jako protiklad svobody. Právě osoby se závislostmi potřebují posílit vědomí svobody, jež přináší prostor pro tvořivou změnu a přerušeni navykklých vzorců se závislostí spjatých. Úlohou arteterapie může být iniciace tvořivého přístupu při řešení problémů. Charakteristikou arteateliérů v ústavní léčbě bývá často větší míra svobody, která je v kontrastu s režimovou léčbou a s tímto rozporem se vědomě pracuje. Toto uvolnění může vést k tomu, že pacienti nyní mohou být ti aktivní, kteří si zvolí svou cestu.

O silných psychologických obranách se zmiňuje Rudolfová (2005, 2015). Tito pacienti hledají příčinu svých problémů mimo sama sebe obelhávají sebe i ostatní tak, že mají stále plno argumentů, co a proč nemohou dělat jinak. Vytvářejí si v monologu rituály, které ovládají výborně a dál je pilují, aby dosáhli dokonalosti, protože jejich cílem v nemoci je, aby bylo vše tak, jak oni potřebují. Já jim na to reaguji tak, že jim opakovaně nabízím bílou plochu, ke které začínají přistupovat s větším a větším respektem. S důsledností jim nabízím znamení STOP ve škodlivých postojích, chování a vedu je ke smysluplným změnám.

Změnu v jejich postojích přináší pouze poctivost a sebepoznání, které může napomoci oslabit jejich sebestřednost a dále i nové vnímání věcí v souvislostech a ústup ubližování sobě a druhým.

Témata, která jsou zpracovávána mohou souviset s osobnostním zráním. Vhodné náměty čerpá Babyrádová (2016) z životních hodnot a preferencí. Takto lze přispívat také k nalezení motivace pro změnu.

Pohled na arteterapii v týmové spolupráci v ústavní léčbě přinesla Voráčková (2007) z pozice vedoucí lékařky na otevřeném psychoterapeutickém oddělení: „*Arteterapie působí v několika momentech: zpřesňuje, podporuje (nebo někdy zpochybňuje) klinicky stanovenou diagnózu (někdy je to právě kresba, v níž je poprvé zachycena plíživě se rozvíjející patologie). Dále je tato metoda projevu pro některé pacienty (velmi úzkostné, traumatizované, depresivní) v prvním období jediným únosným způsobem komunikace – slovně se vyjadřovat jim ještě nejde. Pro některé pacienty zůstává kresba snadnějším sebevyjádřením po celou dobu jejich pobytu. Arteterapie umožňuje posuzovat dle chronologicky seřazených prací dynamiku potíží a tím i efekt léčby. Pacienti s problémem s emocemi či impulzivitou mohou cestou arteterapie prožitky bezpečně ventilovat. Kromě povinné skupinové arteterapie pacienti hojně využívají individuálních sezení s arteterapeutem, kdy mohou – chránění a bezpečně – jít i dále pod povrch načrtnutého. V současné době si bez arteterapie nelze kvalitní chod psychoterapeutického oddělení představit.*“ Přestože se tato reflexe netýká přímo arteterapie pracující se závislými pacienty, vymezuje tato lékařka oblasti, se kterými se posléze blíže setkávám ve výzkumné části u výzkumné otázky týkající se týmové spolupráce arteterapeutů.

5.9 Výtvarné techniky v arteterapii

Výsledný efekt arteterapeutické intervence ovlivňuje také zvolená výtvarná technika. Jednotlivé techniky působí na člověka různě a je vhodné to zohledňovat. Spektrum výtvarných technik je široké, takto členění materiály užívané v arteterapii rozlišuje sochařka a arteterapeutka Šicková-Fabricsi (2005):

1. Měkké dvojdimenzionální: prstové barvy, vodové barvy, temperové barvy, olejové barvy, pastel
2. Tvrdé dvojdimenzionální: tužka, pastelky
3. Měkké trojdimenzionální: hlína, písek, plastelína, modurit, drát
4. Křehké materiály: sklo, pálená hlína-keramika, papír, sádra
5. Tvrdé trojdimenzionální materiály: dřevo, kámen
6. Multimediální techniky: koláž, asambláž, fotografie, instalace, happening, jiný objekt

V ústavní léčbě se uplatňují zejména běžnější výtvarné techniky jako je kresba a malba. Dle Babyrádové (2016) pokud má pacient možnost výběru výtvarného materiálu, odkryje tak o sobě něco ze své povahy a rozpoložení, takže například dle praxe upřednostnění měkkých a křehkých materiálů může poukazovat na sklon k depresím, sebedestrukci a úzkosti. Naopak volba tvrdých a pevných materiálů může být výrazem koncepčnosti a vyrovnanosti osobnosti. Práce s hlínou může přinést uzemnění pacienta, dát mu možnost kontaktu s materiálem, efekt techniky spočívá i v zapojení více smyslů, hmatové vjemy oslovují pocitovou rovinu a napomáhají dostat se tzv. do těla, vystoupit z hlavy, dostat se do kontaktu se svými emocemi, což je často součástí práce s osobami léčenými se závislostmi. Jak píše Šicková-Fabrici (2005), hlína dokáže uzemnit silné emoce, zejména agresi, je tedy prostředkem abreakce. Je možné do ní odevzdat negativní pocity, hněv, výčitky, konflikty a dojít vnitřní úlevy. Práce s hlínou je zároveň i prostředkem regulace autoagrese, která je součástí závislostních poruch. A tak například u intravenózních uživatelů drog, mohou tyto autoagresivní impulsy spojené s aplikací ventilovat jinou formou. Hlína souvisí s dotekem a ten s nejranějším dětstvím, což je také téma psychoterapie závislostí. Zajímavostí je, že hlína je také vhodným materiálem pro osoby se sklony k digitálním závislostem a krátce abstinujících od látkových závislostí, neboť znovu obnoví rozvolňující se hranici mezi virtuální realitou resp. psychologickými obranami a nezakresleným náhledem na reálný život.

Babyrádová (2006) zmiňuje, že přechod do tvorby v prostoru je náročnější na materiál a vyžaduje větší přípravu. Také je náročnější na výtvarnou a arteterapeutickou zkušenost a má menší oporu v literatuře. Nicméně vytváření objektů může přinést v rámci arteterapie zajímavé přínosy.

Výzkumná část

„On ten arteterapeut vždycky má jinou pozici, protože já nejsem ten, kterej vydává léky, já nejsem ten, kterej jim dovoluje povolenky, občas lidi pracujou s tím, že já jsem ten, kterej vidí za roh a dává testy. Řekne si: Já to udělám, on mi z toho potom něco vyčte a on to potom řekne támhle a oni mi pak... takový to paranoidní, že arteterapeut je vlastně nastrčená osoba, výslech beze slov... bude testík... a tady udělám tu větev takhle a hned ti naskočí nějaký baumtest, to, s čím se kolikrát i setkaj, nakreslete mi postavy a já kolikrát když přijdu a řeknu, hele nemusí to být pořád jen abstraktní, ale mohly by se tam objevit i nějaký končetiny, jak roste strom. Když okomentujou, jak někdo nakreslí strom, tak to tam kolikrát i naskočí, no jo, má moc odhalený kořeny a hned čekaj, jestli já na to nastoupím jako expert a co bude.“

Arteterapeut Šimon

6 Metodika výzkumu

6.1 Výzkumný cíl

Hlavním cílem práce je zjistit, jak probíhá arteterapeutický program v ústavní léčbě závislostí.

Díličními cíli jsou:

Zjistit, jak je arteterapeutický program ukotven a standardizován.

Zjistit charakteristiky a specifika programu arteterapie s touto cílovou skupinou.

Zjistit charakteristiky arteterapeutů dle vzdělání a zkušeností.

Zjistit, jak funguje týmová spolupráce s arteterapeuty z pohledu arteterapeutů a jejich kolegů.

Budu mapovat tato dílčí témata:

- jak je arteterapeutický program začleněn v časovém plánu léčby
- jak jsou v rámci oddělení závislostí arteterapeutické skupiny rozděleny a zda je účast součástí povinného programu
- jak jsou uplatňovány v arteterapeutické klinické praxi terapeutické manuály, dokumentována skupinová sezení a archivována díla
- jak je dokumentována implementace arteterapeutického programu
- jak je formálně označena pracovní pozice arteterapeuta a kdo je její nadřízený
- z jakých arteterapeutických směrů arteterapeuté vycházejí a jaké osobní přístupy uplatňují
- jaké jsou uplatňovány arteterapeuté postupy, metody a techniky specificky v léčbě závislostí
- jaké mají další pracovní funkce v rámci svého úvazku v zařízení a zda to má vliv na spolupráci v týmu
- jak vypadá spolupráce arteterapeuta v týmu a jak vnímají spolupracovníci úlohu arteterapeutické složky programu a osobní přístup kolegy arteterapeuta

6.2 Výzkumné otázky

1. V jaké podobě je zařazena arteterapie do strukturovaného programu léčby závislosti z hlediska časové dotace, členění skupin a volitelnosti programu?
2. Jak je písemně ukotvena a dokumentována arteterapie a jak je formálně vymezena pracovní pozice arteterapeuta?

3. Jak probíhá arteterapie závislostí a jaká má specifika v rámci různých typů závislostí?
4. Jaký mají arteterapeuté osobní přístup ve výkonu své profese s ohledem na jejich vzdělání a zkušenosti?
5. Jak vnímají týmovou spolupráci arteterapeuté a jak jejich kolegové?

6.3 Metodologický rámec výzkumu

Pro zpracování výzkumu jsem zvolila evaluační studii, neboť mým cílem bylo zmapovat arteterapeutickou složku programu. Postupovala jsem podle doporučení v Mezinárodně platných pokynech k evaluaci služeb a systémů zaměřených na léčbu poruch souvisejících s užíváním psychoaktivních látek vydaných WHO (2000). Dle daných cílů blíže poznat léčebnou činnost arteterapii jsem zvolila specifitější postupy evaluace přípravy a evaluace procesu.

Evaluace přípravy se zaměřuje na vytváření konceptu služby. Dle Miovského se evaluace přípravy zaměřuje na zodpovězení otázek, zda zvolené metody odpovídají potřebám cílové skupiny či zda je dokumentace projektu provedena na adekvátní úrovni (Miovský et al., 2004). Přestože se ve vybraných zařízeních nejedná většinou o nově vznikající terapeutický program, ale již v praxi realizovaný, domnívám se, že je potřeba stále aktualizovat nové poznatky a vyhodnocovat to, jak je léčba nastavena. Evaluace přípravy má napomoci lépe poznat službu či program, který je v praxi realizován a s tím zlepšit jeho fungování.

Dalším přístupem, jež nelze často od předchozího zcela oddělit, je evaluace procesu, jejímž cílem je dle WHO (2000) lépe poznat svůj stávající program a tím přispět ke zvýšení kvality. Zkoumám službu na úrovni léčebné činnosti, tedy dílčí složky komplexního léčebného programu a ne na úrovni celého zařízení. Zaměřuji se na činnosti v rámci programu z pohledu pracovníků – arteterapeutů a spolupracovníků arteterapeutů, nezískávám data týkající se zpětné vazby od pacientů, neboť by bylo nad časový rámec této studie. V ideálním případě evaluace procesu napomáhá při identifikaci „účinných složek“ léčby a určuje, zda program splňuje přijaté standardy péče.

Tyto evaluační postupy se vztahují ke specifické arteterapeutické složce léčby, na niž se zaměřím z perspektivy arteterapeutů a jejich spolupracovníků. Protože z důvodů omezeného časového rámce této studie nebylo možné získat zpětnou vazbu od pacientů, nebylo možné naplnit cíle evaluace komplexně.

6.4 Výzkumný soubor

Základním souborem jsou zdravotnická zařízení s lůžkovým oddělením střednědobé léčby závislostí, tedy psychiatrická oddělení nemocnic a psychiatrické léčebny či nemocnice, které mají jako součást strukturovaného programu arteterapie se závislými.

Výběrový soubor jsem získala jednak samovýběrem, kdy mi aktivně někteří arteterapeuté odpověděli na hromadný email oddělení (znění viz Příloha č. 1) a jednak záměrným stratifikovaným výběrem, kterým jsem chtěla docílit rozmanitého vzorku zařízení dle velikosti, neboť jsem se velikost považovala za parametr ovlivňující celkové pojetí léčby i v rámci arteterapeutické složky programu. Jelikož jsem nenašla žádné standardizované členění psychiatrických zařízení, nastavila jsem si členění na velká zařízení (více než 500 lůžek), střední (100-500 lůžek) a malá (méně než 100 lůžek). Nakonec jsem navázala spolupráci s devíti respondenty z celkem pěti ústavních zařízení, z toho pěti arteterapeuty, z nichž každý působil v jednom zařízení a byl hlavní kontaktní osobou pro mou studii a čtyřmi spolupracovníky arteterapeutů ze třech různých zařízení. Jednalo se konkrétně o jednu psychiatrickou kliniku nemocnice a další čtyři lůžková psychiatrická zařízení, jejichž součástí byla také oddělení léčby závislostí. Forma léčby závislosti v těchto zařízeních probíhala jako režimová léčba s využitím komunitního přístupu a skupinové terapie, jednalo se zde o péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění a v zařízení byly léčeny ještě další psychiatrické diagnózy vedle oddělení závislosti, nejednalo se tedy o výhradní léčbu závislostí. Léčba byla převážně střednědobá, v některých případech (např. opakovací léčby) krátkodobá. Většina zařízení měla specializovaná detoxifikační oddělení, jedno mělo možnosti detoxifikace omezenější. Daná zařízení se nachází na území Čech a Moravy, jejich návštěvy pro sběr dat jsem realizovala v časovém rozmezí od listopadu 2019 do února 2020.

Tab. č. 1: Obecné charakteristiky vybraných zdravotnických zařízení, ze kterých jsem získala respondenty

	Velikost zařízení	Délka léčby závislostí	Možnost detoxifikace
1	velké	střednědobá	plná
2	velké	střednědobá	plná
3	střední	střednědobá (výjimečně krátkodobá)	plná
4	malé	střednědobá (popř. krátkodobá)	omezená
5	malé	střednědobá (popř. krátkodobá)	plná

Arteterapeutická složka programu probíhá převážně skupinovou formou a v rámci strukturovaného programu doplňuje převážně verbálně zaměřený terapeutický program. Náplň a uchopení arteterapie v zařízeních vychází z individuálního pojetí konkrétního arteterapeuta, nastavení léčby vedením zařízení a je dána také historickým kontextem

zařízení. Konkrétnější údaje ohledně charakteristik zařízení nelze uvést s ohledem na anonymní zpracování dat.

6.5 Použité metody

6.5.1 Metody tvorby a zpracování dat

Těžištěm získaných dat byly mnou provedené polostrukturované rozhovory s pracovníky. Tato metoda hojně využívaná v kvalitativním přístupu se jevila v tomto případě jako vhodný způsob proniknutí do tématu, který mohlo přinést nové podněty. Polostrukturovaný rozhovor využívá dle Miovského (2006) výhody strukturovaného i nestrukturovaného rozhovoru, umožňuje flexibilitu pořadí kladení a formulace otázek, avšak okruhy témat zůstávají dané dle výzkumných otázek. Vzhledem k rozmanitému komunikačnímu stylu respondentů polostrukturovaný rozhovor umožňuje přizpůsobit formu a způsob komunikace danému jedinci. Avšak základní okruhy výzkumných otázek a tudíž i jádro rozhovoru byly dány, a proto jsem se volně následovala předem připravenou osnovou.

Jako pomocné zdroje dat jsem využila textové dokumenty oficiálního či neformálního charakteru. O nahlédnutí do nich jsem požádala arteterapeuty. Dokumenty, na které jsem se je dotazovala, byly rozvrhy strukturovaného programu léčby, terapeutické manuály a další písemné podklady, např. zápisy ze skupinové arteterapie. Jedná se tedy zejména o dokumenty, které ukotvují úlohu arteterapeutického programu a arteterapeuta ve strukturované léčbě v daných zařízeních (terapeutické metodiky, formální vymezení pracovní náplně arteterapeuta), vymezují její časový rozsah v rámci týdenního strukturovaného programu (rozvrhy týdenních léčebných plánů), dokumentují konkrétní průběh skupinového či individuálního arteterapeutického sezení (terapeutické zápisy průběhu sezení). Dalším krokem bude pečlivé prostudování těchto materiálů a pořízení kopie či výpisků z nich s tím, že jsem měla schváleno respondenty uplatnění dokumentů pro svou práci.

Polostrukturované rozhovory jsem se souhlasem pracovníků nahrávala a posléze převedla do textové podoby. Ve dvou případech jsem rozhovory provedla a současně jsem si dělala poznámky, neboť jsem respektovala nesouhlas s audiozáznamem, s těmito poznámkami jsem dále pracovala jako s textovými daty. S textovými daty jsem dále analyticky pracovala. Jelikož je přepis provázen redukcí dat, znovu jsem si nahrávky poslechla, abych se snažila zachytit celkový význam i spolu s nonverbálními prvky komunikace a zaznamenala si doplňující poznámky.

6.5.2 Praktický průběh tvorby a zpracování dat

Nejprve jsem oslovila emailem osoby z vedení daných oddělení závislostí a arteterapeuty ze základního souboru. Po vyselektování výběrového souboru a splnění formálních náležitostí jsem osobně navštívila vybraná zařízení a provedla rozhovory s arteterapeuty a jejich spolupracovníky, arteterapeuté mi často umožnili nahlédnout do procesu skupinové arteterapie s pacienty léčícími se se závislostmi, navštívila jsem během svých návštěv dohromady 4 skupiny s pacienty ve 3 zařízeních, v jednom zařízení jsem dostala příležitost pozorovat skupinové sezení s osobami léčícími se s alkoholovou a nealkoholovou závislostí zvláště a sama si vytvořit prvotní vhled do rozdílů mezi těmito skupinami pacientů. Skupinová sezení mi posloužila jako pomocný materiál, který jsem dále výzkumně nezpracovávala, i když mi pomohla lépe propojit data získaná z rozhovorů s praxí arteterapie.

Mezi čtyřmi respondenty z řad spolupracovníků byli tři psychologové a jeden adiktolog. Všichni byli blíže seznámeni s procesem a výstupy práce arteterapeutů a jejich úhlem pohledu na arteterapeutickou intervenci s pacienty se závislostí.

6.5.3 Analýza a interpretace dat

Pro další zpracování dat jsem zvolila obsahovou analýzu, kterou jsem mohla zachytit tematické části textu dotýkající se položených výzkumných otázek. Specifičtější metodou obsahové analýzy, kterou jsem použila, byla metoda zachycení vzorců, spočívá ve vyhledávání opakujících se struktur, vzorců či témat v datech. Tyto opakující se vzorce jsem zaznamenávala a dále jimi induktivně pojmenovávala obecnější vzorce či témata, jež se vztahovala k vytyčeným cílům výzkumu a výzkumným otázkám (Miovský, 2006).

Postup uplatňovaný v interpretaci v kvalitativním výzkumu od získávání až po analýzu dat vystihuje pojem hermeneutický kruh či spirála (Hendl, 2005). Tímto označením je uchopen pomyslný kruhový pohyb při výkladu, kdy se od prvního vnímání obsahu textu pokračuje k analýze, která pak zpětně napomáhá pochopit původní nezpracovaná data a tento krok se může několikrát zopakovat. Takto může probíhat zároveň proces získávání, zpracování a analýzy dat.

Jak jsou data zpracována ovlivňuje také autor, který s daty pracuje. Na jeho úlohu poukázal mimo jiných také Heideggerův žák Gadamer (2011) v tom, že při interpretaci v hermeneutického kruhu se v jednotlivých krocích uplatňují předsudky autora, které vytváří tzv. předporozumění, jež přináší nový typ předsudku, který je méně omezený. Takto

se postupuje mezi jednotlivými úrovněmi hermeneutického kruhu, ovšem nelze dosáhnout plně objektivního poznání textu, člověka ani společnosti.

V postupu analýzy v jednotlivých krocích se nelze vyhnout redukci dat, jež probíhá na více úrovních a do níž se promítá subjektivní vnímání autorky. Již v samotném přepisu rozhovoru dochází k redukci informací, neboť nejkompaktnějším zdrojem dat je přímá komunikace se všemi neverbálními složkami, avšak data je potřeba pro další práci fixovat do textového záznamu. Redukce dat probíhá i v průběhu opakovaného poslechu záznamu z důvodu lepší srozumitelnosti a plynulosti při zpracování dat. A další redukce dat je součástí procesu kódování dat, kdy se postupuje od konkrétních výroků k obecnějším či abstraktnějším kódům (tématům).

Konkrétně jsem s přepisem pracovala tak, že jsem si úryvky barevně označovala do datových jednotek (segmentů), jež jsem dále třídila do tematických celků, které jsem si upřesňovala v průběhu své práce a hledala širší rámce, které jsem si do textu doplňovala vlastními poznámkami. Jelikož jsem v rozhovorech vedle témat z osnovy narazila i na individuální témata jednotlivých arteterapeutů, pokud měla tato informace význam v kontextu výsledné zprávy, tyto specifické zajímavosti jsem také zaznamenala.

6.6 Etické aspekty výzkumu

Nezbytným předpokladem pro započítí spolupráce v daném zařízení bylo schválení výzkumu vedoucími pracovníky a získání písemného informovaného souhlasu od všech respondentů.

Předpokladem k publikování dat v mé práci je anonymního zpracování dat, jež zahrnuje dodržení závazku anonymizace všech účastníků a všech zařízení, ve kterých pracují. Kladu důraz na to, aby nebyly zveřejněny informace jednoznačně identifikující konkrétní zařízení či osoby. Jména všech arteterapeutů jsem změnila a označuji je jako Olgu, Ladu, Václava, Viktora a Šimona. V některých případech ve společných výčtech užívám sjednocení do mužského rodu „arteterapeuté“ (tedy u žen respondentek výrok převádím do mužského rodu) a jména ve vybraných citlivých výrocích opomím. Také respondenti spolupracovníci mají jména pozměněna na Ivanu, Kláru, Martu a Pavlínu a nezveřejňuji, ke kterému konkrétnímu arteterapeutovi mají pracovní vazbu.

Zveřejnění všech anonymizovaných dokumentů, které jsem uplatnila v této práci, jsem publikovala s písemným souhlasem osob, které mi je poskytly. Informovaný souhlas s využitím informací získaných během návštěvy jsem získala od všech účastníků studie a jejich originály s vlastními podpisy dokumentuji ve svém archivu. Konkrétní znění daného informovaného souhlasu přikládám v Příloze č. 2.

7 Výsledky evaluace

V této části jsem se věnovala výsledkům z analýzy dat. Pro větší přehlednost jsem je rozdělila do podkapitol vycházejících z výzkumných otázek. Pro podložení daných tvrzení jsem připojila úryvky z rozhovorů, jež jsou v přímých citacích graficky odlišeny kurzívou, formulace respondentů jsem až na výjimky ponechala bez úprav pro větší autenticitu. Druhou možností bylo, že jsem některé výroky zestručnila či parafrázovala a ty pak nejsou graficky odlišné.

7.1 Forma zařazení arteterapie do strukturovaného programu

Arteterapie je zařazena do strukturovaných programů jako její součást na základě výběru terapeutických složek v komplexním léčebném programu v minulosti, ne vždy je zahrnuta na odděleních léčby závislostí. V některých ústavních léčbách je nabízena arteterapie, ale pro jiné než adiktologické pacienty. Mezi zařízeními, která se účastní mé studie, je frekvence arteterapeutických skupinových sezení nejčastěji 1x týdně, setkání trvalo většinou 1,5 h a ve vztahu k režimové léčbě byla převážně povinnou formou. Během jednoho setkání se převážně stihla tvorba a také slovní sdílení či interpretace. Pro přiblížení podoby týdenního programu přikládám v Příloze č. 3 ukázkou z jednoho zařízení se zvýrazněním arteterapeutické složky.

Tab. č. 2: Formy zařazení arteterapie na odděleních závislostí do strukturovaného programu

Ústavní zařízení/oddělení závislostí	frekvence skupinového arteterapeutického sezení	Povinnost/volitelnost	Arte. skupiny alko a toxo
1	1x týdně 1,5 h	povinně	Alko a Toxo zvlášť
2	Oddělení A až 5x týdně 2 h Oddělení B 1x týdně 1,5 h	povinně volitelný (alternativou ergoterapie) povinně	Alko a Toxo dohromady
3	1x týdně 1,5 h	volitelný v rámci širší nabídky činností terapie	Alko a Toxo dohromady
4	Oddělení A Oddělení B 1x týdně 1,5 h 1x 2 týdny (střídá se s keramickou dílnou)	povinně povinně	Alko a Toxo dohromady
5	2x týdně á 1,5 h	povinně	Pouze Alko

Otázka povinnosti či volitelnosti arteterapie může vyvolat diskuzi, zda je program vhodný pro všechny pacienty, kteří jsou v léčbě. Jak uvádí arteterapeutka Olga, přestože se na arteterapii mnozí mohou zpočátku cítit nekomfortně kvůli svým pochybám o svých výtvarných schopnostech ze školní docházky, cílem arteterapeuta je zprostředkovat jim bezpečné prostředí, které tyto pocity utlumí a pak již lze uplatňovat silné stránky arteterapie. Tedy lze s pomocí vhodného přístupu dosáhnout toho, aby intervence oslovila co nejširší okruh pacientů. Pokud se snažili respondenti vymezit skupinu, kteří v průměru z arteterapií profitují v menší míře, zmínili alkoholiky s výraznějšími organickými poškozením, kterým se ulevuje i v rámci dalšího terapeutického programu, avšak i mezi nimi se najdou výjimky.

7.2 Ukotvení arteterapie

Dokumenty ukotvující arteterapeutickou praxi v ústavních zařízeních jsem získala ve fragmentech. V následujících podkapitolách zmiňuji, s jakými dokumenty jsem se setkala během šetření a jaká byla případně argumentace respondentů, proč dokumenty nejsou dostupné.

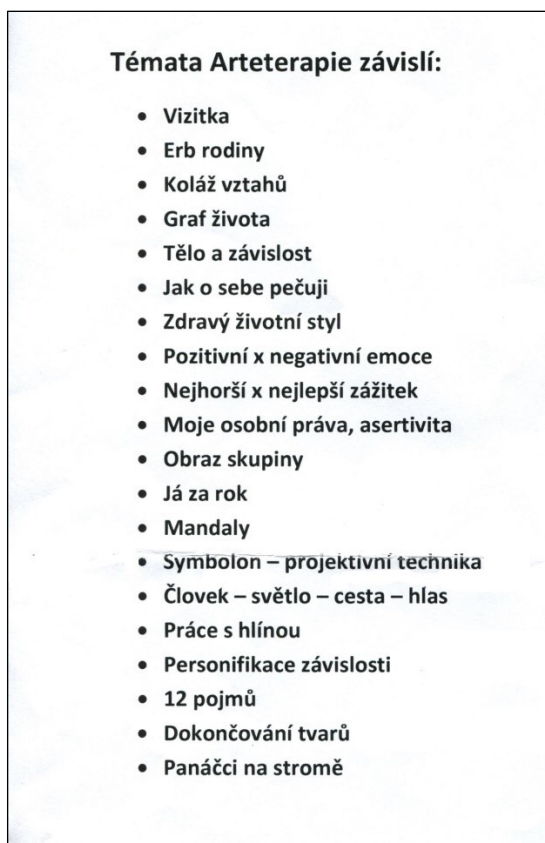
7.2.1 Arte/terapeutické manuály

U respondentů jsem šáhla, zda mají vytvořený interní či veřejně publikovaný arteterapeutický či terapeutický manuál, který by ukotvoval arteterapeutickou praxi. Někteří téma terapeutických manuálů vnímali v širším rámci jako hledání koncepce a vize oddělení, jež dokresluje fungování instituce.

Výsledkem tohoto šetření bylo, že v žádném případě nebyl na pracovišti respondentů vypracován manuál v plném textu, kde by bylo zmíněno vše o průběhu arteterapeutických setkání. Pokud je to na místě vzhledem k pracovní zkušenosti daného arteterapeuta, zkoumám také postoj k terapeutickým manuálům, zda by bylo vhodné je mít sepsány. V konkrétních případech připustili arteterapeuté, že by mohl být daný dokument užitečný. Na institucionální úrovni ani úrovni oborové asociace však tento dokument není vyžadován a to může být jeden z důvodů, proč dané dokumenty prozatím nevznikají.

Nejvíce ucelený rámec pro arteterapii se závislými zejména na alkoholu mi zprostředkovala Olga: *„Za mnoho let praxe jsem si vytvořila seznam témat, která se mi při práci se závislými osvědčila. Mám jich ve svém ustáleném seznamu celkem dvacet, nicméně v praxi jich užívám obvykle dvanáct. Tento počet odpovídá právě dvanácti sezením, která se během cyklu tříměsíční léčby stihnou.“*

Obr. č. 2: Manuál témat



Dovolila jsem si témata rozdělit do několika skupin. Některá považuji za více seberozvojová a sebezobrazovací, např. Jak o sebe pečuji, Zdravý životní styl, Mandalý, Pozitivní x negativní emoce, Člověk – světlo – cesta – hlas (tuto originální techniku vytvořila arteterapeutka Fabrici-Šicková (2005), jež má vedle cvičení představitosti i diagnostický rozměr v tom, že mapuje schopnost poskládat prvky do příběhu a tím subjektivizovat realitu). Jako převážně projektivní techniky vnímám Graf života, Panáči na stromě, 12 pojmů (abstraktní pojmy týkající se emocí a lidských vlastností), Dokončování tvarů, Symbolon; mezi témata zobrazující vztahové vzorce pramenící z rodinného prostředí a sebezobrazovací řadím témata Vizitka, Erb rodiny, Koláž vztahů a Obraz skupiny. S některými zmíněnými tématy jsem se setkala s větší četností i v dalších institucionálních léčbách závislosti, jedná se o Koláž vztahů, Nejhorší x nejlepší zážitek, Já za rok a Personifikace závislosti.

Některá témata arteterapeutka Olga uplatňuje v úzké spolupráci s kolegyní, jež vede edukační přednášky, jedná se například o Tělo a závislost, Zdravý životní styl. Propojování mezi arteterapií a edukačními přednáškami přispívá k tomu, že pacienti se nechají více „vtáhnout“ do tématu při arteterapeutickém zpracování a posléze jsou otevřenější aktivní diskuzi na dané téma v edukačním programu.

Současná podoba manuálu je seznam témat, ale Olgu v minulosti napadlo, že by mohla komplexněji popsat vytyčování si vlastní cesty v léčbě, nicméně zatím se k realizaci nedostala.

V teoretické rovině se nad manuály zamýšlí arteterapeut Šimon, který ve své další úloze vedoucího pracovníka dohlíží na nároky na dodržování provozu pracoviště, která jsou kontrolována: *„Dost nás zaměstnává, že jsme oddělení nemocnice, které jako taková má nějaké povinnosti – dokumentační atd. Z toho vyplývá poměrně velké množství práce, kterou je potřeba udělat, protože by to bylo postižitelný jako třeba zanedbání péče.“* Ohledně případného zavedení terapeutických manuálů uvažuje takto: *„Že bysme si nějak rýsovali, proč máme skupiny rozdělené zrovna daným způsobem a ne jinak, to nemáme, že by tam byl nějaký správce terapeutického uchopení, třeba vize oddělení, proč to oddělení je uspořádaný tak, jak je, tak to tam není. (...) Já se potkávám s pohledem pacientů, kteří se s modely jinde na předchozích léčbách setkali, protože někteří mají bohatší zkušenost i z různých dalších zařízení a pak to srovnávají. Ale vždycky mi v porovnávání přístupů vyznělo, že vše má něco pro a něco proti. Že by to někdy vyznělo opravdu ostře ve prospěch zcela strukturovaného oddělení s manuálem a léčebného pobytu přesně ohraničeného, s tím jsem se nikdy neseťkal.“*

Václav se zmínil, že se s žádnými sepsanými manuály ve své arteterapeutické praxi neseťkal, neboť ve směru rožnovské školy nejsou žádné manuály veřejně dostupné. Jedním z vysvětlení může být, že by se tím znehodnotil arteterapeutický proces, protože by se tím poodkryly postupy a výklady symbolů pro pacienty a ovlivnilo by to autenticitu tvorby, navíc manuály nikdy nelze sepsat do rigidních forem, neboť arteterapeutická intervence načerpaná studiem a sebezkušeností na studijním oboru arteterapie na Jihočeské univerzitě je vždy ovlivněna také osobním přístupem arteterapeuta. V podobném vyznění je také v § 4 bodu 7) kodexu České arteterapeutické asociace (2004): *„Arteterapeut je povinen zabránit zneužití arteterapeutických metod nebo jejich zveřejnění tam, kde by mohlo dojít k jejich používání bez odborných předpokladů, mimo míst pro výcvik a odborná vzdělávání.“*

Arteterapeuté na druhé straně zmiňují, že by v určité chvíli manuál uplatnili. Lada popisuje, jak by ji pomohl případný manuál v jejich začátcích v klinické praxi: *„Rozhodně by mi to pomohlo v tom, jak se zorientovat v rytmu a místním provozu zařízení, co se s jakou skupinou dá dělat, konkrétní přístupy už si ale musí každý arteterapeut najít sám.“* Zde se tedy dá vnímat vyzdvížení významu manuálu pro začínající či nově přichodící arteterapeuty.

Obohacení pohledu přinesla také spolupracovnice psycholožka Pavlína, která je vedle svého kmenového psychoterapeutického výcviku vzdělána také v arteterapeutickém dvouletém sebezkušenostním výcviku M. Huptycha. Pavlína zastává názor, že univerzální arteterapeutický manuál nelze vytvořit, neboť neexistuje jednotná arteterapie, ale teoretickým zakotvením je vždycky psychoterapeutický směr, ve kterém je frekventant vzdělán vedle arteterapeutického výcviku. Tedy dle tohoto pohledu je arteterapie formou či technikou v rámci psychoterapeutického směru. Zajímala jsem se, jak se to projevuje v její praxi arteterapeutky na psychoterapeutickém oddělení? Vede skupinovou terapii v duchu jejího kmenového výcviku daseinsanalýzy a k tomu využívá výtvarné prvky. Vnímá to tak, že výtvarný projev a existenciály, jež jsou stavební kameny praxe jejího směru vycházejícího z existenciální filosofie, se spolu pěkně setkávají. Uvedla konkrétní situaci, kdy bylo účelné zvolit místo verbálně vedené psychoterapie arteterapeutickou formu. Napětí v dané skupině se mohlo krájet, tak zadala pacientům nakreslit pastelem téma Moře – bouře – loď tak, aby se tam zobrazily všechny tyto prvky. Po abreakci nevybouřených emocí bylo možné již se skupinou lépe pracovat.

7.2.2 Záznamy z terapií

Ohledně dokumentace arteterapeutických sezení jsem se u jednotlivých respondentů setkala s tím, že většinou byly záznamy stručné. Forma byla buď elektronicky nebo vlastní rukou.

Lada: „Pro každého pacienta píšou takový plán, popis činnosti. Udělám mu krátký záznam do formuláře. Krátce zapíšu, co proběhlo, nějaký postřeh. Dokumentuji si to spíše pro sebe, kolegové to ode mne nevyžadují. Ještě s pacienty podepisují souhlas s použitím děl, která se vytvoří v rámci arteterapie.“

Obr. č. 3: Záznam z arteterapeutického sezení

Den v týdnu:	Datum	Začátek aktivity	Konec aktivity
ČTVRTEK	28. 11. 2019	13 ⁰⁰	14 ³⁰
Téma: zampřek			
Páral malou abstraktní povyk z celého příběhu. Přitahuje ho svou pohledy - blízkost mezi hl. hrdinou a princeznou, malými prsty lásky. Vozáky a míchání světlých barvy. Značce oddělení, kompozitív a kanonizace světlých, napřechal, zrcadli Davidova, emolvíte, která může být zahrnutí a chůstička.			
			Podpis

Arteterapeut Šimon zmiňuje, jak individuálně hodnotí pacienta na arteterapii a také přechod dokumentace od papírové formy k elektronické: „Zaznamenávám tu činnost ve čtyřech nebo pěti kategoriích, které jsou hodnoceny známkami jedna, dva, tři a k tomu slovní doplněk, co ta známka znamená. To se pak zanesse i formou elektronický dokumentace, protože jsme se zbavili těch papírů, už je pacienti nenosí.“

Olga zaznamenává do elektronického systému průběh skupinového sezení formou
Téma – technika – seznam zúčastněných.

Viktor provádí zápisy tímto způsobem: „Záznam si dělám do svého osobního poznámkového bloku, zmíním zde u každého skupinového sezení v bodech Téma – Technika - Seznam jmen přítomných, zároveň krátce zapíšu každému pacientovi do jeho papírové karty, kterou si přinese s sebou. Elektronicky nic neeviduji. Není podmínkou, aby byl veden elektronický záznam, nevyžaduje ho ode mě lékař ani psycholog, protože se to do chorobopisu nedává.“ Jak dále uvádí Viktor, rozsáhlejší dokumentace naráží také na kapacitní možnosti, tlak na další administrativu atd. Rozumím jeho situaci tak, že je pro něj přínosnější přímé sdílení informací s kolegy, neboť to udržuje dobré vztahy na pracovišti a komunikace je efektivnější přímým kontaktem.

Václav si průběh každého skupinového sezení dokumentuje do formuláře na vlastním počítači a kolegové do této dokumentace mohou nahlédnout, ale neposílá nic dále.

7.2.3 Archivace výtvarných děl

Arteterapeuté si obvykle uchovávají v archivu vytvořené obrázky a další výtvarná díla, délka archivace se může lišit, tuto dobu ovlivňují například velikost volných prostor daného arteterapeuta a prostorové nároky daného artefaktu. Někteří arteterapeuté si průběžně obrázky selektují a ponechávají si jen některé. Pacienti podepisují souhlas s použitím děl.

Viktor zmiňuje, že si obrázky uchovává po dobu asi dvou let, pak je probere a ponechá si ty arteterapeuticky či výtvarně zajímavé. Elektronicky obrázky nearchivuje. Občas zpětně vyhledává obrázek pacienta pro psychologa, který zpracovává kazuistiku a chce ji doplnit výtvarným projevem pacienta.

Václav si obrázky archivuje pouze po určitou dobu. Systematicky je v elektronické podobě neuchovává, kromě těch, u kterých zvažuje pozdější využití pro účely přednášek apod. (má od autorů těchto obrázků souhlas se zveřejněním bez uvedení jména).

Olga si uchovává práce, které ji něčím zaujaly, má je v archivu členěny dle témat.

7.2.4 Legislativa, status a pracovní zařazení

Arteterapeuté ztratili status odborného pracovníka ve zdravotních službách, jež platil v letech 2008 až 2017 (viz str. 26-27). Jaký to mělo dopad na jednotlivé arteterapeuty? A jak je oficiálně označována pracovní pozice arteterapeutů?

Tab č. 3: Výroky vztahující se k pracovní pozici arteterapeutů a legislativní změně v r. 2017

„Legislativní změna v roce 2017 mě osobně mrzela jakožto otřesení suverenity oboru, ale neměla dopad na mou pozici v léčebném zařízení. Arteterapie je na mém pracovišti pevně zakotvena a má pracovní pozice se nazývá přímo arteterapeut. Mým přímým nadřízeným je primář.“
„Mé pracovní zařazení je „jiný odborný pracovník“ s magisterským vzděláním. Což ovšem nepřišlo jako nedávná změna, ale byl jsem takto veden i před vyškrtnutím arteterapeutů ze zdravotnických profesí. Hierarchicky spadám pod klinického psychologa, dříve pod vrchní sestru. Vyškrtnutí arteterapeuta ze zdravotnických profesí má pro mě dopad, že si nemůžu být jist svým místem a pozicí v případě změny vedení, protože mé pracovní místo není formálně garantováno. “
„Jsem formálně veden jako arteterapeut. Tedy legislativní změna se označení v tomto zařízení nedotkla. Jsem veden vedle psychologů, jsem tedy podřízen primáři.“
„Jsem formálně vedoucí oddělení psychiatrické rehabilitace a arteterapeut, v důsledku změny statusu arteterapeutů jsem nyní veden nově jako nezdravotnický pracovník a tím pádem mám o týden dovolené méně. Jsem pracovníkem podřízeným primáři.“
„Jsem formálně vedoucí centrální terapie a arteterapeut, jsem podřízen vedení zařízení.“

Formálně sepsaná pracovní náplň mi byla k dispozici v případě jednoho pracoviště, kdy se pracovní pozice jmenuje přímo arteterapeut, pro její výkon je požadováno VŠ vzdělání, nadřízeným je vedoucí psycholog a v náplni práce jsou vymezeny jeho kompetence a povinnosti. Jeho celé znění je připojeno v Příloze č. 4.

7.3 Aplikace arteterapeutického programu do systému léčby závislostí

Historie arteterapie v daných zařízeních – tři arteterapeuté byli prvním nastoupivším arteterapeutem v historii zařízení a jako první tedy prošlapávali cestu k dané formě a přístupu k arteterapeutickým intervencím s pacienty léčenými se závislostmi. Atmosféru 90. let přiblížil Viktor, když nastoupil do léčebny jako první arteterapeut. Tehdy

se v léčbě závislosti kromě režimové léčby uplatňovala jako doplňková terapie pouze pracovní terapie. Arteterapie přišla jako inovace a pacienti za tuto novou nabídku byli vděční. V té době zde bylo v léčbě závislostí pouze mužské oddělení a řešily se zde hlavně konflikty mezi postaršími alkoholiky a mladšími toxikomany.

Vnímání hranic s dalšími terapiemi

Podíváme-li se na arteterapii z obecného hlediska, lze najít společné znaky s dalšími terapiemi. Mezi terapie s podobnými rysy lze zařadit činnostní terapie ve formě kreativních a rukodělných dílen, např. šicí, košíkářské, řezbářské, šperkařské, keramické a další dílny. Nesetkala jsem se s tím, že by řemeslná činnostní terapie byla prezentována jako arteterapie, jak se někdy děje například v domovech pro seniory apod. Dále mají některé společné rysy pracovní terapie – práce na zahradě, úklidy, pomoc v prádelně, kuchyni a další), jež může být v některých konceptech vnímána jako psychiatrická rehabilitace, a také další expresivní kreativní terapie mimo výtvarnou oblast – např. dramaterapie, muzikoterapie, pohybová a taneční terapie a další.

Viktor zařazuje arteterapii současně k činnostní i rehabilitační terapii, avšak arteterapie má navíc ještě psychoterapeutický základ.

Šimon rozvíjí vnímání rozdílnosti mezi činnostními terapiemi a arteterapií takto: *„Zájem činnostní terapie je kolikrát, aby to bylo hezké, naplnit estetické normy nebo představy, na které se pacient s terapeutem shodnou. (...) Můj cíl je jiný – zkontaktovat pacienta s tím, že nemá být závislý na tom, co udělá, že má ještě jiné možnosti a že on je ten šéf. A že to může být třeba „hnusný“, ale když mi to dává smysl, tak ať si to je takový.“* *(...) Ovšem i tohle má své výjimky, protože někdy je fakt nosný nechat toho člověka, ať si to udělá podle svého, aby se vlastně předvedl. Protože v ten moment to je vlastně důležité, protože pro mě je důležitější mít s pacientem dobrý vztah a ne si vždycky trvat na svém.“*

Arteterapeutická pojetí u jednotlivých respondentů

Považuji za náročný úkol specifikovat, jaké koncepty arteterapeutické práce uplatňují respondenti, neboť se do určité míry jedná o mou subjektivní interpretaci jejich stylu. Většina arteterapeutů nevyužívá nezávislé arteterapeutické metody pouze pro léčbu závislostí, avšak zaměření práce na závislosti se nejvíce promítá do volby témat šité této skupině na míru.

Pro základní členění rozdělím přístupy na arteterapeuty, jež vystudovali arteterapii na Pedagogické fakultě Jihočeské univerzity a mají tedy průpravu v rožnovské intervenční škole. Tři z pěti arteterapeutů jsou absolventy této školy a v nejuvěrnější a nejucelenější

podobě ji praktikuje jeden z respondentů, další ve své praxi významně využívá koncepty rožnovské školy a další arteterapeut se jimi inspiroje pouze částečně a spíše od nich postupně ustupuje. Ostatní dva arteterapeuté mají jiné vzdělání a uplatňují jiné koncepty. Přístupy jednotlivých respondentů se tedy poměrně liší.

Tab. 4.: Přístupy jednotlivých arteterapeutů v klinické praxi zařízení

Má přístup, který napomáhá kolegům lékařům, psychologům a adiktologům k diagnostice psychického stavu pacienta a jeho vývoje v průběhu léčby, jeho vztahových vzorců a dalších osobnostních charakteristik. Využívá ucelený interpretační rámec rožnovské školy arteterapie.
Má těžiště přístupu v týmové spolupráci v psychologii, uplatňuje při arteterapii prvky gestalt terapie a na oblast těla zaměřených technik, samotné arteterapeutické sezení je zaměřeno na psychohygienu, prožitek a zvědomění, uplatňuje pedagogické prvky, výtvarný artefakt je komunikačním prostředkem, ucelený interpretační rámec symbolického výtvarného vyjádření nevyužívá.
Využívá kombinaci arteterapie zaměřené na tvůrčí proces, s důrazem na umělecké formy a různorodost výtvarných technik, individuální přístup se promítá v rozvíjení důvěry v terapeutickém vztahu.
Zaměřuje se více na proces tvorby s prožitkem při expresi či abreakci, vychází ze studia v rožnovském směru, ale neuplatňuje v takové míře jeho témata, vychází z hlubinných terapeutických směrů, je nedirektivní a upřednostňuje individuální práci v rámci skupiny, je pro něj důležitá týmová spolupráce s kolegy.
Vychází z rožnovského vzdělání a integrativního výcviku, je společenský a výtvarné dílo uplatňuje jako komunikační prostředek a projekci vnitřního světa pacienta, spolupracuje s kolegy také při verbálně vedených terapiích.

Specifičtější arteterapeutické metody a techniky při práci s pacienty se závislostmi

Václav vidí rozdíly v arteterapeutickém přístupu k osobám se závislostmi a jiným duševním onemocněním tak, že u závislostí je důraz více kladen na hledání příčin, zkoumání charakterových vlastností pacientů, zatímco u jiných duševních onemocnění se témata více zaměřují na původní a současné rodinné zázemí či vnitřní psychické stavy.

Rožnovská škola rozlišuje přístupy uplatňované pro skupiny poruch neurotického a psychotického okruhu. Do první skupiny řadí osoby léčící se se závislostmi (pro zjednodušení je zde opomenuty duální diagnózy závislosti s psychotickou poruchou), arteterapeut při práci s touto skupinou pacientů hlouběji a jednoznačněji interpretuje obsahovou a formální stránku obrázku pacienta, naopak u pacientů z psychotického okruhu poruch je interpretace obrázku velice opatrná.

Představitel rožnovské školy Václav uvádí, že se mu osvědčují tradiční témata této školy, neboť má s nimi bohaté zkušenosti a ukotvení interpretací z průběžných intervizních

setkání se s kolegy se stejným arteterapeutickým zaměřením. Zpracovává se skupinami závislostí témata jako např. Adam a Eva, Šípková Růženka, Moje rodina, Nejkrásnější zážitek, Nejhorší zážitek, Já v roli aj. Interpretuje vždy pouze sérii obrázků, neboť výklad jednotlivých děl může být zavádějící a toto opatření si při své interpretaci navzdory tlaku svých kolegů udržuje, aby si své hypotézy ověřil z více stran a uplatnil tak silné stránky rožnovské školy.

Viktor uvádí, že obrázek zachytí zkušenosti z minulosti a jejich dopad na současné chování a vnímání: „*U osob se závislostmi postupuju projektivní metodou a tím vytahujeme z minulosti události, které nějak souvisí s tím, jak se člověk v současnosti chová, a jdeme na to přes ten obrázek. Skrze něj je občas snadnější získat o něm tuto informaci než čekat, až o tom začne sám mluvit.*“

Absolventka rožnovské arteterapie Lada uvádí, že při zapojování rožnovského přístupu v arteterapii je nutné postupovat uvážlivě: „*Z vlastní zkušenosti ho lze dobře využít v individuální práci, když už jdu do interpretace, tak potřebuju mít s tím člověkem alespoň lehce navázaný terapeutický vztah, abych věděla, jak reaguje, abych věděla, jak hluboko se do těch interpretací pouštět. Když pracujeme ve skupině, tak tento přístup lze uplatnit tam, kde je skupina dobře terapeuticky nastavená, otevřenější, motivovaná, ty obrany nejsou tak silné, aby to nebylo lámání přes koleno, tak se do těch interpretací víc pustím, do nějaké symboliky a metafor a více tam vnáším ta témata, které v té jihočeské škole jsme sami používali. Hodně se mi osvědčují i dané techniky dané školy – koláž, obecná vztahová, pohádková, mytologická témata, ty jsou univerzální a je tam hloubka sama o sobě. Nemusí se to někdy pojmenovávat, ale má to sílu samo o sobě. Ty techniky akvarelu nebo toho vymývaného akvarelu tak to používám vesměs s celou škálou pacientů. Ale bezpečné prostředí a vztah mi tam přijdou hodně důležité.*“

Dále popisuje své vnímání pacientů léčících se se závislostmi: „*Lidé se závislostmi jsou ostražití, nepustí nic, skrývají se. Ale tam je fajn začít s koláží, která mi přijde taková bezpečná technika a nenáročná a paradoxně se tam objeví více věcí, než by třeba chtěli. Ale když bych jim dala namalovat nějaké téma, např. nějaké vztahové, tak to nebude fungovat, tak já to respektuju.*“

Další arteterapeutka Olga má vytvořený program pro závislé tak, že začíná setkání úvodní motivační imaginací, jež má přinést zklidnění a napojení se na vnímání svého těla a tělesných prožitků a zároveň se hlouběji ponořit do zadaného tématu a případně si vybavit vzpomínky. Posléze začnou výtvarně zpracovávat zadané téma, kdy nejčastěji kreslí pastelkami, křídami, někdy akrylem anebo pracují formou koláže. Na rozdíl od rožnovské

školy se pacienti mohou věnovat i abstraktní tvorbě. Někdy pacienti nacházejí oporu v šablonách či dílech předchozích pacientů.

Volba tématu může být předem připravená anebo naopak vyplývající z dané situace skupiny. Takto postupoval Šimon v minulosti při skupinové arteterapii na detoxifikačním oddělení: *„Téma musí vycházet z kontextu a nějaký rozpravy o tom (...) Musíme se dostat ke společnému tématu, protože ta skupina by měla fungovat na rovných podmínkách. Ten „kulatej stůl“ dělá tu skupinu, která má společné téma a společné prostředky, že se nerozprskneme každý sám za sebe, ale v kontextu toho kruhu.“*

Arteterapeuté se také zamýšlí nad volbou výtvarných technik vhodných pro danou cílovou skupinou. Šimon vnímá, že pro pacienty léčící se se závislostmi může být užitečné vystoupit nad rovinu papíru: *„Občas je (pozn. klienty se závislostmi) posílám na keramiku, do toho trojrozměru. Funguje to jako projekce, když jsou ti pacienti strnulý nebo umanutý na něco, tak se mohou touto formou otužit, když půjdou do této zabezpečené frustrace, že si to můžou odžít a nějak si to zhodnotit.“* Šimon analogicky rád uplatňuje s pacienty se závislostmi postupy, kdy přechází od plošného zobrazení do trojrozměrných kaširovaných prvků a vytváří asambláže, což je výtvarná technika, která plošné vyjádření obohacuje o třetí prostorovou dimenzi.

Další praktickým vhladem Šimona je hledání souvislostí mezi arteterapeutickou tvorbou a životními komplikacemi ze závislostí vycházejících a arteterapeutovu úlohu na toto pacienta upozornit: *„Když pacient začmáral cihličky, který měl za nakreslenou postavou, řekl jsem mu: hele, je to čmáranice, ale, mohl bys přemýšlet, co to vlastně děláš, když něco takhle v životě začmáráš. (...) Někdy je problém přivést je k tomu, že ten prostředek změny, ten nástroj změny nebo ten moment pro tu změnu je tady a teď, tady je hmatatelný úplně krásně, v tom mají problém. To bych řekl, že to je možná moje klíčová úloha.“*

Rozdíly ve výtvarné tvorbě dle typu závislosti

Dva arteterapeuté se na rozdílech ve výtvarném projevu mezi pacienty se závislostí na alkoholu a na nealkoholových drogách do určité míry shodli. Václav jejich tvorbu rozlišuje v tom, že alkoholici jsou ve svém pojetí konkrétnější, lépe a více vnímají perspektivu a lidské postavy zobrazují ve správnějších proporcích. Toxikomani jsou v projevu temperamentnější, avšak zároveň vzdálenější realitě a nakresleným postavám chybí vztah k okolnímu prostředí.

Šimon hodnotí rozdíly takto: *„Připadá mi, že ty alkoholový víc „sedí na zadku“. Je to takové hmatatelnější. Když někdo jede v nealkoholových, nebo to kombinuje, tak se tam do*

toho dostává větší „průvan“, ono se to obtížně popisuje. Víc se to vznáší, víc to letí. (...) Lidi s nealkoholovými závislostmi do toho dostanou víc pohybu, dynamiky, míň uchycení, zakořenění těch jednotlivých komponentů v práci. Naopak když někdo hodně paří, má tendenci to hodně uzemňovat. Stává se, že tam jsou úplný anatomický nezralosti nebo těžkopádnosti v projevu u těch alkoholových, kdežto ty nealkoholový se z toho dovedou vylhat, obejít třeba anatomii.“

7.4 Osobnost arteterapeuta, jeho/její vzdělání a východiska k práci arteterapeuta

Arteterapeuté dle vzdělání a dalších biografických dat

Respondenti arteterapeuté dosáhli ve třech případech vzdělání magisterského, v jednom případě bakalářského a v jednom případě vyššího odborného. Bakalářského arteterapeutického vzdělání dosáhli tři arteterapeuté, kteří se vzdělávali ve studijním programu arteterapie na Pedagogické fakultě JČU, jež je jedinou možností uceleného vzdělání arteterapie v ČR ukončeného akademickým titulem. Z těchto tří dva navíc ještě získali magisterské vzdělání v dalších oborech, a to v sociální práci na Karlově univerzitě a v oboru učitelství na Pedagogické fakultě JČU. Z ostatních dvou jeden arteterapeut vystudoval třísemestrální studium arteterapie na Pedagogické fakultě Západočeské univerzity v Plzni (tento studijní zde již zanikl) a jeden arteterapeut vystudoval Akademii výtvarných umění, tudíž neměl arteterapii jako své studijní zaměření a získal ho až v rámci výcviku.

Délka jejich arteterapeutické praxe v ústavní léčbě byla ve 4 případech delší než 10 let a v jednom méně než 3 roky. Z toho lze usuzovat, že v rámci vybraného vzorkem arteterapeutů nedochází k velké fluktuaci a svá místa si stabilně drží.

Arteterapeutické vzdělání se skládá z teorie a sebezkušenosti, ohledně druhé části 3 arteterapeuté absolvovali sebezkušenostní výcvik v rámci rožnovské školy arteterapie při bakalářském studiu na JČU, jeden arteterapeut systematický arteterapeutický výcvik ARTTER, jeden arteterapeut psychodynamicky zaměřený sebezkušenostní výcvik ARTESUR. Nad rámec arteterapeutického sebezkušenostního výcviku se dva arteterapeuté vyškolili v 5letém integrativním výcviku a jeden arteterapeut ve 4letém gestalt výcviku.

Ve vzdělání teoretického i sebezkušenostního v kratším rozsahu se mezi respondenty uplatnily mimo jiné následující kurzy: kurz M. Huptycha a jeho autorské

projekční koláže, biosyntéza, Pesso Boyden terapie, arteterapeutické kurzy K. Ženatého, B. Albricha a další.

Cesta arteterapeutů k této profesi byla různá, někdy lze zaznamenat niterné důvody, které mohly souviset s volbou této profese. Jeden z arteterapeutů je ovlivněn svou vlastní zkušeností s léčbou závislosti v devadesátých letech a takto vnímá napojení na pacienty, neboť rychleji zachytí, co se v nich pravděpodobně odehrává, jak uvažují či co je frustruje. Nicméně tuto zkušenost nevyužívá jako explicitní nástroj terapeutické práce.

Další pracovní úvazky arteterapeutů

Dva arteterapeuté se věnují arteterapii v rámci svého zaměstnaneckého poměru v zařízení na plný úvazek, tři arteterapeuté zastávají ještě další pracovní pozice – jeden z nich zastává roli vedoucího centrálních terapií a podílí se na verbálně vedených psychoterapiích, druhý je vedoucím oddělení psychiatrické rehabilitace a úzce spolupracuje s týmem psychologů i ve verbálně vedených psychoterapiích a další je členem terapeutického týmu na oddělení závislostí a účastní se skupinových verbálně vedených psychoterapií.

Takto se tito tři arteterapeuté osobně vyjadřují ke své další pracovní roli:

„Protože jsem arteterapeut i adiktolog, tak vstupuji na tom otevřeném oddělení (pozn. léčby závislostí) také do druhé fáze. První fáze je edukační a trvá asi měsíc, druhá fáze je životopisná a ta trvá dva až tři týdny a tam už vstupuji já, ale ne jako arteterapeut, ale jako terapeut, který s nimi rozebírá ten individuální životopis, který rozebíráme ve skupině s ostatními pacienty, kteří jsou také v té dané fázi léčby.“ Jak mi stejný arteterapeut také potvrdil, být v kontaktu s pacienty a kolegy ještě z jiné pozice než role arteterapeuta má určité výhody, pacienti ho lépe znají, což může přinést větší důvěru a s kolegy je v živém kontaktu, takže se udržuje živá kolegiální komunikace.

Druhý arteterapeut: *„Mám tři pracovní pozice – arteterapeut, vedoucí oddělení psychiatrické rehabilitace a terapeut. V rámci vedení rehabilitace spolupracuji i s kolegyněmi akademickou sochařkou (keramická dílna), kolegyněmi z šicí a tvořivé dílny a pracovní terapeutkou (zahradnické práce v parku a ovocné a zeleninové zahradě, jež částečně zásobuje kuchyni). Setkáváme se pravidelně na poradách, řešíme provoz a organizaci, probíráme pracovní činnost jednotlivých pacientů, organizujeme služby pacientů při úklidu společných prostor. V rámci své třetí úlohy jsem součástí terapeutického týmu se dvěma psychologkami a jedním psychologem, s nimiž se zabývá organizací a terapií závislých. Účastním se ranních komunit.“*

Třetí arteterapeut: „Vedu provoz v této budově centrální terapie, centra činnostních terapií, kde organizuji provoz a své kolegy činností terapeutů a také se podílím na skupinové terapii na psychoterapeutickém oddělení.“

7.5 Spolupráce arteterapeutů v týmu

Skupinu arteterapeutů účastnících se tohoto výzkumu spojuje, že úzce spolupracují s dalšími kolegy a většina z nich preferovala sdílení informací o svých pacientech i formách jejich arteterapií ústní formou. Jak uvádí Viktor: „Předávám informace jenom ústně, ať už tady ve skupině nebo s týmem na oddělení závislostí následující den. Když je to odpolední skupina, tak následující den ráno jdu na poradu, které se obvykle zúčastní 2 terapeutky, paní primářka, doktorka, psycholog a zdravotní sestra. A tam předávám informace o pacientech – poukážu, co jsme dělali na tom setkání, což byly posledně třeba koláže.“ (...)

Když jsem se Viktora ptala na jeho postup v případě, že se v obrázku objeví něco potenciálně traumatizujícího, Viktor popisuje svou spolupráci s týmem takto: „Když se tam takto něco objeví, tak já pak tu informaci přenáším do toho terapeutického týmu, to znamená, že pacienta pošlu za terapeutkou, psycholožkou nebo psychologem na oddělení anebo oslovím kolegu, ať se na to zaměří, co jsme tam otevřeli, že je potřeba se tomu dál terapeuticky věnovat, protože teď je to čerstvé, ale já ho uvidím až třeba za týden, tak nemám prostor s ním dále pracovat.“

V případě Václava dochází ke spolupráci na více úrovních. Jednak se setkává s terapeutem pacienta z daného oddělení tak, že terapeut je přítomen jako pozorovatel přímo na individuálním arteterapeutickém sezení a tímto se i on seznámí s interpretací obrázku daného pacienta. Dále dochází k předávání informací z rozborů výtvarného projevu v rámci týmového arteterapeutického setkání, které probíhá jedenkrát týdně a které se svolává přímo za účelem interpretace obrázků pacientů. Kolegové tímto vyjadřují důvěru v metody arteterapie i zájem o názor a pohled arteterapeuta. Na těchto setkáních jsou přítomní primář a ostatní lékaři, psycholog, adiktolog a další terapeuté a arteterapeut jim zde postupně sdělí své postřehy i podněty k situaci všech pacientů. Arteterapeut zde může poukázat také na změnu aktuálního psychického stavu a zmínit i nepříznivý trend ve vývoji léčby – může z obrázku např. rozpoznat znaky počínající psychózy. Díky pravidelnému kontaktu s lékaři pak mohou oni na tyto podněty reagovat i úpravou medikace.

Specifikem přístupu práce arteterapeuta Václava je důraz kladený na interpretaci obrázků pacientů směrem ke kolegům a menší prostor věnovaný interpretaci obrázků směrem k pacientům v rámci skupinových arteterapeutických setkání. Více interpretace děl

směrem k pacientovi je tak možné v rámci individuálních arteterapií. Úloha arteterapeuta je v tomto případě ve značné míře diagnostická.

Další respondent Šimon klade důraz na rovnocenný terapeutický vztah s pacientem. S kolegy sdílí svůj pohled na pacienta v rámci porad a supervizí. Zamýšlí se také nad tím, jak funguje terapeutická práce v týmu obecně: *„Myslím, že fungování v týmu je daleko demokratičtější. Je citlivější, že v případě, kdy si děláme nějakou rozvahu o pacientovi, tak jsme schopní to chytit z různých stran a daleko praktičtější způsobem. Na poradách nebo supervizích, když tam řešíme kazuistiky a já mám s tím člověkem nějakou zkušenost, tak se rád zmíním, protože ono ho to nějak dotváří. Ono se to většinou dá do celkového obrázku o něm hezky zakomponovat, ta má zkušenost nebo to, jak se chová v jiném prostředí (pozn. v arteateliéru) a tak dál, ono toho je víc, ono to má spousta vrstev. Často se potkávám i s překvapenou reakcí a že je to významný. To, co se děje tady a co já tam přináším, tak leckdy to hází do toho nový světlo do té kauzy nebo do úvahy, jak dále. Někdy se z toho vygeneruje i nějaký úkol pro tu arteterapii. (...) Jedna skoro z nejdůležitějších věcí, jak my si dokážeme sednout jako tým, jak si dokážeme toho člověka vymodelovat, jak ho vidíme, jak jsme schopný ho vnímat a co mu tím pádem můžeme nabízet. Takže čím pestřejší, tím lepší. A je fakt, že tam jsou lidi s různou skladbou, s různým stupněm vzdělání a mají dost rovnej prostor.“*

Olga je členkou čtyřčlenného týmu spolu se třemi psychology, s nimiž se věnuje psychoterapii a rozvaze o terapeutickém plánu jednotlivých pacientů, účastní se ranních komunitních setkání a čte deníky pacientů. Týmovou spolupráci vnímá jako přátelskou a neformální. Názorové prostředí s ní ladí mimo jiné v tom, že sympatizuje s vedoucím psychologem, který hledá modernější pojetí režimově nastavené léčby závislosti.

Lada popisuje svou spolupráci a sdílení o pacientech s kolegy: *„Bojuji s tím, že v tom obrázku je vždycky toho hrozně moc a osvědčuje se mi to vzít kolegy se přímo na obrázek podívat nebo jim ho přinesu. To, že ten obrázek vidí, jim umožňuje lépe toho pacienta pochopit, není podmínkou znát arteterapeutickou interpretaci. Nahlédnou do jeho prožívání a vidění věcí. Ani to nemusí komentovat, ale že se pak dokážou na toho člověka lépe napojit, nebo je jim něco jasné, že když se bavíme třeba o kolážích, jaké obrázky si tam ten člověk nalepil, nebo jak pracuje s tvary, s barvami, s prostorem, se vším. Někdy poukážu jen na některé detaily, na některé moje představy, asociace, nebo vypíchnu, čeho jsme se dotkli, co zůstává ještě nevyřečeno. Připadá mi to výhoda mít tam ten artefakt k tomu, že to i těm kolegům pomůže.“*

Zpětná vazba spolupracovníků arteterapeutů

Kolegyně Marta (klinická psycholožka) vnímá u arteterapeutů dle svých zkušeností dva krajní přístupy. Svého kolegu vidí na škále někde „uprostřed“: „Myslím si, že jsou systémy v arteterapii, které pracují jenom s kreativitou, a pak jsou systémy, který pracují jenom s diagnostikou. Když jsem loni prošla jedním výcvikem, kde byli dva nebo tři arteterapeuti z různých konců republiky, tak někteří si stěžovali, že po nich chtějí jasnou diagnózu, že když tam tohle namaluje, znamená to toto.

T: „Kdo to po nich chtěl?“

Marta: „Asi lékaři. Takže z toho byli úplně překvapení, že to takhle asi úplně být nemá a zase někdo jiný říkal, že u něj vůbec neprobíhá spolupráce s týmem, že je to čistě jenom o té kreativě, takže když o tom nějak přemýšlím, tady u kolegy by to mohlo být někde uprostřed, napomoci diagnostikovat, i když ne úplně diagnostikovat, to není úplně přiléhavé slovo, spíš porozumět tomu, jak ten klient funguje, a zároveň mu umožnit tu zkušenost, že ta tvorba může být příjemná, protože tvořím.“

Domnívám se, že zde se respondentka dotýká samotného jádra otázky, jakou roli mají zastávat arteterapeuté v komplexním přístupu v týmové spolupráci v ústavní léčbě závislostí, zda mají být pomocnou rukou lékařům podílející se na psychodiagnostice anebo mají-li vytvořit pro pacienty azyl, kde si budou moci „odpočinout“ od psychiatrického vnímání jejich duševních potíží a rozvíjet svou kreativitu.

Marta se dotýká ještě jednoho aspektu týmové spolupráce s arteterapeutem, kdy kvalita týmové spolupráce vychází i z podpory vedení oddělení závislostí: „Mám pocit, že tohle vychází z osoby primáře. Že tady nefungují všechny primariáty takhle (pozn. jako na oddělení závislostí) a že to je způsob, jak ten primář ten tým nastaví, že respektuje jednotlivé členy týmu a ty jejich informace považuje za důležité, že je to alfa omega, jak to nastaví ten primář, že my bysme se mohli postavit na hlavu, pokud by ten primář řekl, mě to nezajímá, já jsem tady doktor a dělám si tady svoje věci a vy si tady hrajte, tak by to nemohlo fungovat.“

Kolegyně Ivana (adiktoložka) vnímá arteterapii jako relaxaci a oddych od vyčerpávajících verbálně vedených skupinových terapií. V terapeutickém týmu vnímá spolupráci arteterapeuta jako důležitý prvek. Důvěru v arteterapeutickou metodu uplatňovanou kolegou získala skrze svou osobní zkušenost, kdy jí prostřednictvím její tvorby kolega vyložil skryté souvislosti z jejího osobního života. Připouští, že v některých případech nemusí být arteterapeutická interpretace zcela přiléhavá.

Kolegyně Klára (klinická psycholožka) úzce spolupracuje s arteterapeutkou na programu. Svou kolegyni arteterapeutku vnímá jako psychoterapeuticky zdatnou a její arteterapie jako plnohodnotný terapeutický prostředek, účinný zejména tehdy, kdy se

pacienti nedokážou otevřít pomocí slov pro vyjádření „silných“ témat. Dále vyzdvihuje arteterapeutčinu schopnost vytvořit bezpečný prostor pro ponoření se do hloubky, kdy se mohou vynořit i skrytá traumata, jež pak mohou být díky dobré provázanosti spolupráce s dalšími kolegy ošetřena a dále zpracovávána v individuální psychotepii. Dle biosyntézy, což je směr, ve kterém má psycholožka Klára sebezkušenostní výcvik, je tvořivost či spontaneita projevem úzdravy, neboť se začíná projevovat životní energie. Dle biosyntézy má být terapeut dost tvořivý, aby dokázal reagovat na své pacienty. Klára ovšem uvádí i to, že ne vždy je kreativita pozitivním projevem u pacientů, neboť někteří ve své kreativě nejsou v kontaktu s realitou, spíše je únikem, a pak se již nejedná o projev úzdravy, ale spíše obranný mechanismus.

Kolegyně Pavlína (psycholožka) má vlastní arteterapeutickou praxi (podpořenou dvouletým výcvikem M. Huptycha) a je velice ráda, že může v práci s pacienty využít i arteterapeutické prvky, které uplatňuje ve skupinové práci samostatně vedle práce psycholožky a psychoterapeutky, neboť jí kolegyně arteterapeutka přenechala část své skupinové práce s pacienty.

S prací kolegyně arteterapeutky se blíže setkává formou zápisů v denících pacientů, což vnímá jako důležitou zpětnou vazbu. O arteterapeutických sezeních s pacienty i jejich reflexích si s kolegyní arteterapeutkou též povídá v rámci kolegiálních sdílení svých postřehů, a to pak promítá do nasměrování individuálních cílů svých pacientů ve skupinové i individuální psychoterapii, kdy se terapeuti věnují ošetření traumatických zraněním z minulosti, jež vyplynula při arteterapii.

Specifičtější myšlenky některých arteterapeutů mimo výzkumné otázky

Zde zmíním některé zajímavé poznatky, které jsou však individuální povahy a přestože je nelze přiřadit k žádnému z témat, připadají mi obohacující. S arteterapeutem Šimonem jsem blíže zkoumala kreativitu a její vliv na léčbu závislostí. V diskuzi jsem se ptala na jeho názor na tvrzení Žáka (2017), že vyšší stupeň tvořivosti u člověka vede k rozvinutější schopnosti uplatnit tvořivé řešení problémů v životě, což je mezi dílčími cíli léčby závislostních poruch vedoucí k abstinenci. Dle své klinické zkušenosti mi Šimon nepotvrdil, že by pacienti, kteří jsou tvořivější v rámci arteterapie, měli větší schopnost dosáhnout po absolvování ústavní léčby změny v životě ve smyslu abstinence či zvládnutí své závislosti. *„Nemyslím si, že se to úplně musí potkávat. Někdo může být schopen něco zajímavého rozvinout, ale to ještě neznamena, že budou schopný udělat změnu v životě. (...) Vytvořením něčeho originálního jim nasytí jejich potřebu, jak vyjádřit svojí hodnotu, ale přetáhnout to dál, to už jim moc nejde, transponovat to do jiný oblasti života, například vztahů.“*

Viktor si klade otázku, co by pomohlo arteterapii v ústavní léčbě? Větší stabilita oboru, konkrétním návrhem pro oblast ústavní léčby že by dle něj nastavení počtu arteterapeutů s Mgr. či Bc. vzděláním na daný počet pacientů. Dále by pomohlo jasné stanovisko ministerstva zdravotnictví, zda patří arteterapie do strukturovaného programu ústavní léčby či ne.

Šimon reaguje na současný stav takto: *„Uvítal bych návaznost arteterapie do ambulantního prostoru, kde by byly nějaká místa, centra, (...) formou stacionáře.“*

8 Diskuze

8.1 Limity práce a metodologické otázky

Při zpracovávání dat jsem si byla vědoma, že nedokážu naplnit všechny cíle evaluace přípravy a procesu. O některých faktorech, které mi neumožnily rozpracování některých otázek týkající se cílů evaluace, jsem věděla předem, například to, že se nebudu orientovat na zpětnou vazbu k programu od pacientů, další faktory jsem zjišťovala až v průběhu sběru dat, především ohledně podkladů pro evaluaci přípravy programu – nedostala jsem se k projektové dokumentaci pro zavádění arteterapeutického programu a dále nebyly v dostatečné míře k dispozici dokumenty pro evaluaci procesu – zejména arteterapeutické manuály. Pravděpodobně odpovědí na otázku, jak probíhala implementace arteterapeutického programu je, že probíhala v době před mnoha lety improvizovaným způsobem a neuplatňovala postupy jako jsou doporučení pro evaluaci přípravy dle WHO (2000). Také se v průběhu sběru dat mohlo stát, že jsem některé existující dokumenty nesehnala. Shrnu-li vývoj metodického postupu, původně jsem plánovala jako hlavní zdroj dat využít písemné dokumenty, avšak v průběhu jsem přenesla těžiště dat na polostrukturované rozhovory.

Lze diskutovat také vhodnost volby Mezinárodně platných pokynů k evaluaci drogových služeb dle WHO (2000) pro arteterapeutický program, neboť se týkají adiktologických služeb a arteterapeutický program je specifický, není běžnou adiktologickou službou, proto by alternativou bylo zvolit evaluační pokyny určené přímo pro arteterapeutický program. Příkladem mohou být arteterapeutické evaluační pokyny dle Lhotové a Perouta (2018) zmíněné na str. 27, které se zaměřují na evaluaci naplňování cílů léčby v arteterapeutickém programu, naplňování stanovených kritérií vzdělání arteterapeutů a na etické požadavky v arteterapii. Z těchto oblastí jsem se v tomto pojetí nejvíce věnovala oblasti kritérií vzdělání arteterapeutů. Oblast etických požadavků je také podstatným prvkem, zde bych se k otázce postavila tak, že bych mapovala členství arteterapeutů v České arteterapeutické asociaci, neboť ta zajišťuje dodržování etického kodexu arteterapeutů, jímž jsou její členové vázáni. Mezi respondenty arteterapeuty jsou aktivními členy ČAA dva arteterapeuté, ostatní arteterapeuté jsou v asociaci registrováni, ale ve svém členství nejsou aktivní.

Při evaluaci procesu jsem čerpala převážně z rozhovorů s arteterapeuty o jejich vlastní práci, což přináší míru subjektivity, jež je zmiňována jako náročný faktor pro zpracování evaluace procesu (Miovský, 2008). Zaměřím-li se na vnímání arteterapie z pohledu respondentů spolupracovníků, domnívám se, že pro vhléd do práce

arteterapeuta je vhodné mít širší arteterapeutickou zkušenost, popřípadě vlastní arteterapeutické vzdělání. Předpoklad vlastního vzdělání splnila jedna ze spolupracovnic, ostatní kolegyně mají dle svých postojů určitou zkušenost s arteterapeutickým procesem během arteterapeutických skupinových sezení.

Výběr respondentů při oslovení institucí mohl podléhat určitému zkreslení, poněvadž jsem jako prvotní metodu výběru vzorku uplatnila samovýběr. V prvním kontaktním emailu byla zmíněna jako oblast studijního zájmu týmová spolupráce s kolegy, což nejspíše oslovilo týmově smýšlející arteterapeuty a neoslovilo ty, kteří upřednostňovali více nezávislou práci. Tato domněnka odpovídá mé zkušenosti ze studijních arteterapeutických praxí, kdy někteří arteterapeuté patřili spíše k uzavřenějším. Také jsem v tomto emailu uvedla arteterapii jako nedostatečně ukotvený obor, což odradilo od případné spolupráce arteterapeuty v jednom zařízení, kteří mě odpověděli, že s tímto tvrzením v rámci nastavení arteterapie ve svém zařízení nesouhlasí.

Všechny rozhovory proběhly osobně, tedy součástí byly návštěvy i vzdálenějších zařízení. Vedení rozhovorů v některých případech bylo náročnější, neboť mě v některých případech vzdálilo od základní osnovy vycházející z výzkumných otázek. Tyto nesoulady se pak mohly projevit v následném průběhu analýzy, neboť rozhovory byly hodně individualizované a při zpracování jsem narážela na různost uchopení tématu, takže v některých případech jsem se musela doptávat pro větší pochopení.

Dokumenty, které jsem získala z různých zařízení, jsem vzhledem k jejich skromnému zastoupení dále systematicky neanalyzovala, vložila jsem je v anonymizované podobě do práce jako příklady ukotvení klinické arteterapeutické praxe v kapitolách Výsledky a Přílohy. Získané dokumenty obnášely týdenní terapeutický plán strukturovaného programu pro závislé se zvýrazněním arteterapeutického programu, manuál arteterapeutických témat pro pacienty se závislostmi, vymezení pracovní náplně arteterapeuta a písemný záznam arteterapeutického sezení formou formuláře a další.

Studijní zaměření, které vystudovali arteterapeuté vedle studia arteterapie, bylo často další pedagogické vzdělání, ať už magisterský stupeň, tak vyšší odborné, což může volně souviset s východisky a historií oboru arteterapie, která se často spojovala vedle psychologie se speciální pedagogikou či učitelstvím výtvarné výchovy. Pedagogické přístupy mají své místo v léčbě závislostí, a přestože v naší zemi aktuálně ve zdravotnictví není uplatňována profese léčebného pedagoga (Telec, 2018), je specifikem terapie závislostí více než u jiných psychiatrických oblastí edukace a podpora v osobnostním zrání pacientů, což úzce souvisí s pedagogickými cíli. Vedle pedagogického vzdělání se může projevit i vliv dalších vzdělání - absolvent sociální práce je zastáncem komunitní práce a uvítal by větší

soudržnost a otevřenost i mezi kolegy ve zdravotnictví, arteterapeut akademický malíř podporuje rozmanitost ve výtvarných formách i technikách a propojenost kreativních činností s každodenním životem.

Při snaze popsat souvislost mezi zaměřením arteterapeutů a jejich vztahem k cílové skupině závislých pacientů se dostávám do více subjektivní interpretace. Přímý vztah k adiktologické skupině mají dva arteterapeuté, první získal formou doplňkového vzdělání specializaci adiktologa a tak je pravděpodobně více teoreticky vzdělán v oblasti závislostí. Druhý arteterapeut má vztah ke skupině sebezkušenostní, neboť si přináší vlastní dávnější zkušenost s ústavní léčbou závislosti. Dalším faktorem je, kolik času tráví arteterapeuté přímo se závislými pacienty. Zejména ve velkých zařízeních je velký nárok na arteterapeuty obsáhnout terapeutické styly v širší škále diagnóz, neboť vedou terapeutický program často na více odděleních, avšak arteterapeuté, se kterými jsem spolupracovala, byli až na jednu výjimku spíše zkušenějšími v arteterapii závislostních poruch. Vzdělání v arteterapii se příliš nediverzifikuje dle jednotlivých cílových skupin a tak specializace na poruchy závislostí plyne zejména z bohatosti praxe a někdy z osobního života.

Při mapování specifik práce se závislými jsem u respondentů shromáždila několik přístupů a technik, které byly cíleny na terapii závislostí. Jedná se o dílčí postřehy, nikoliv komplexní programy. Vypracování metodiky arteterapie s danou cílovou skupinou by vydala na samostatné výzkumné téma či úkol pro pracovní skupinu arteterapeutů. Někteří z respondentů reprezentující rožnovskou školu považují svůj přístup za „šitý na míru“ této cílové skupině, neboť již sama tato metoda byla vyvíjena jejím zakladatelem v terapeutickém kontaktu s pacienty léčícími se se závislostmi. Ohledně volby arteterapeutického stylu jsem se setkala se dvěma póly, jednak osvojením si jedné arteterapeutické metody do hloubky a na druhé straně mozaikovitě eklektickému přístupu vycházejících z kratších sebezkušenostních kurzů. Přístup v arteterapeutické práci se závislostmi na alkoholu a nealkoholových závislostí se příliš nelišil, pouze ve dvou zařízeních probíhala arteterapeutická praxe pro osoby s alkoholovou závislostí samostatně, v ostatních měli arteterapii společně. Arteterapeuté, kteří měli možnost porovnat, zřetelně vnímali rozdíly ve výtvarném vyjádření obou skupin látkových závislostí.

Jelikož je arteterapie součástí strukturovaného programu a koordinace jednotlivých složek léčebných programů probíhá převážně v týmu, snažila se uchopit poznatky ze získaných dat ohledně týmové spolupráce s arteterapeuty. Tuto otázku jsem chtěla prozkoumat, protože jsem chtěla získat i pohled na arteterapii zvnějšku. Nicméně tento výzkumný cíl přecházel do oblasti zkoumání vztahů a spolupráce v týmu, což vnímám jako zajímavé zaměření dalšího výzkumu, jež má přesah do obecnějších otázek týkajících se struktury a managementu v ústavní léčbě, ale proniknutí do větších detailů by nejspíše

vyžadovalo použití jiných výzkumných nástrojů spadajících pravděpodobně do etnografického výzkumu.

8.2 Interpretace a srovnání výsledků s již proběhlými výzkumy

Výsledky v mé práci nelze porovnat s podobnou evaluací arteterapeutického programu se závislými pacienty v ústavní péči v ČR, neboť jsem srovnatelně pojatý design výzkumu nenašla. Nicméně společné prvky nesou práce mapující arteterapii obecně v ústavní léčbě v sedmi zařízeních (Hromádková, 2017) nebo naopak arteterapeutický program s podobnou cílovou skupinou, ale v rozdílném typu služby, v terapeutické komunitě pro drogově závislé (Holub, 2008).

Autorky Karkou a Sanderson (1997) uvádí, že lze rozlišit v arteterapii se závislými pacienty dva přístupy. *Přímé intervence*, které jsou zaměřeny na specifické závislostní chování a prožívání, V tomto pojetí jsem například narazila na zahraniční články o arteterapeutických technikách, které cíleně oslovují bažení a jeho zvědomování (Matto, 2002) nebo zpracování ambivalence chtít a nechtít vzdát se životního stylu souvisejícího se závislostí v motivační fázi léčby (Holt & Kaiser, 2009, Fernandez 2009). A dále *nepřímé intervence*, které se zaměřují na celou osobnost pacienta, nejen na jeho symptomy, mezi tyto patří například psychodynamické pojetí arteterapie. Po prodiskutování s respondenty jsem pochopila, že v praxi se závislými uplatňují spíše univerzálněji aplikovatelné nepřímé intervence. Pokud by své skupiny chtěli obohatit o další techniky například z oblasti přímé intervence pro závislosti, jsou limitováni požadavkem na sebezkušenost s technikou, kterou nemůžou načerpat na základě četby literatury, ale pouze během arteterapeutického výcvikového vzdělávání. Tímto tato literatura zůstává spíše inspirací než metodikou pro intervenci s pacienty.

V rozporu s Gilroy (2006) a Hackett et al. (2017) respondenti arteterapeutické manuály nepreferují, přestože většinou mají vyvinutý osobní terapeutický styl, nefixují své zkušenosti do písemné podoby. Arteterapeuti jako kliničtí pracovníci orientovaní na praxi vnímají výzkum spíše jako doménu teoretiků oboru, avšak vyšší míra dokumentace uplatňovaných metod formou practice-based evidence by mohla být základnou pro další propojení praxe a výzkumu.

Tvorba arteterapeutických manuálů a vytváření národních zpracovaných metodik pro cílové skupiny, jak se to děje ve V. Británii, napomáhá i propojování praxe a teoretického výzkumu. Arteterapie v ČR nemá silné zastoupení v akademické oblasti a proto není velká kapacita uskutečňovat metodologicky sofistikovanější výzkum. Naději pro praxi představuje rozvoj neurovědeckého výzkumu v oblasti evidence terapeutický účinku

vnímání a tvorby vizuálního artefaktu a další výzkumy efektivity arteterapie. Jednou z prvních studií v ČR byla práce Lhotové (2010), jež zkoumala v klinicko-psychologické praxi souvislosti mezi proměnami výtvarného projevu v průběhu léčby a vývojem psychického prožívání směrem k většímu psychickému zdraví.

Lze pochopit faktory komplikující tvorbu univerzálního arteterapeutický manuál, které vznesla respondentka Pavlína, jež může být obecněji rozšířený mezi arteterapeuty. Respondentka namítá, že neexistuje jednotná arteterapie, ale teoretickým zakotvením je vždycky psychoterapeutický směr, ve kterém je frekventant vzdělán vedle arteterapeutické složky výcviku. Toto tvrzení je v souladu s Rubin (2008), která také člení praxi arteterapie podle výchozí psychoterapeutických směrů – tedy například psychodynamickou, humanistickou (Gestalt, PCA, daseinsanalýza), kognitivně behaviorální, systemickou či integrativní. Ovšem i přes tuto roztržičnost lze najít příklady, že zformulovat obecně uplatnitelný arteterapeutický manuál je možné, viz str. 32-33 (Hackett et al.2017).

Zde rozvinu svůj předpoklad ohledně rozdílů v arteterapeutickém projevu pacientů závislých na alkoholu a nealkoholových drogách, jež vyplývají z šetření. Rozdílnost ve výtvarném vyjádření potvrzuje Čermák (2011), který zmiňuje u alkoholiků větší pečlivost a smysl pro detail a u osob s nealkoholovou závislostí zmiňuje zúženou barevnost, výraznou až agresivní kresbu. Praxe ukazuje, že tyto rozdíly kromě dalších faktorů mohou ovlivnit také rozdílný věk pacientů obou skupin a s tím spojená rozdílná doba užívání návykové látky. Pacienti léčící se se závislostí na alkoholu jsou většinou starší 40 let (68 %) a pouze jedna pětina pacientů léčících se s nealkoholovou závislostí je starší 40 let (19 %) (ÚZIS, 2018). Zároveň je jedním z důsledků dlouhodobého zneužívání alkoholu organické poškození mozku s dopadem na kognitivní funkce mozku (zejména poruchy paměti) a v pozdní fázi rozvoj demence. Pokud jsou alkoholici v průměru starší a navíc má alkoholismus negativní vliv na mozek, tyto změny se promítají v první řadě do regresí v kresbě, které lze vnímat jako rys nezralosti, viz str. 36-37 (Mandić-Gajić, 2018).

Situace v arteterapeutickém programu ústavní léčby závislostí možná zviditelní některé systémové otázky a přinese podněty k dalšímu zkoumání tématu arteterapeutických intervencí. Situaci arteterapie v ústavní léčbě ovlivňuje stav arteterapie na národní úrovni, například podpora v České arteterapeutické asociace (ČAA) a také specifikum zdravotnické aplikace v oblasti duševního zdraví, kde lze očekávat větší důraz na průkaznost účinnosti metod. Představitelé ČAA ve spolupráci s evropskou oborovou organizací EFAT (European Federation of Art Therapy) usilují o větší standardizaci oboru na národní i nadnárodní úrovni, také na úrovni WHO začíná být oblasti věnována větší pozornost, neboť na konferenci WHO v listopadu 2019 byl poprvé reflektován stav výzkumu dokládající pozitivní vliv umění na lidské zdraví (WHO, 2019).

9 Závěr

Arteterapeutická intervence je tradičně zařazována do komplexního programu ústavní léčby duševních poruch včetně závislostí. Arteterapeuté využívají jako své osvědčené nástroje proces tvorby a terapeutický vztah, při diagnostikování je nutná velká zkušenost a ověřování dalšími postupy. Arteterapeuté prozatím upřednostňují postupy, které mají praxí a sebezkušeností ověřené a vykročení do neznáma směrem ke snahám implementovat poznatky z nejnovějšího výzkumu v arteterapii nejsou realizovány. Uplatňují osobní kontakt s kolegy i pacienty a upřednostňují ústní sdílení informací s kolegy, jež má výhodu udržování dobrých kolegiálních vztahů. Trendy oboru v ČR naznačují, že se nelze rázem vzdát tradice arteterapeutických škol kopírujících daný kulturní kontext, ovšem domnívám se, že by progresivnější přístupy ovlivněné trendy zahraničních studií situaci prospěly.

Ze získaných dat ohledně standardizace vyplývá, že v arteterapeutickém programu je míra písemného ukotvení nízká a naopak je preferováno ukotvení ústní, často dle zvyklostí mnohaleté arteterapeutické praxe a spolupráce. Každý arteterapeut si vytvořil svou vlastní většinou nepsanou či nezveřejněnou metodiku práce, která se mu s danou cílovou skupinou osvědčuje. Arteterapeuté jsou orientováni převážně na přímý kontakt s pacienty a spíše opomíjejí zahraničních zdroje v arteterapeutickém výzkumu z posledních let včetně zpracování arteterapeutických manuálů. Nutno na jejich obhajobu uvést, že zavádění arteterapeutických manuálů je otázka na úrovni systému a iniciace procesu by měla přijít ze strany organizací zaštiťujících arteterapii a její standardy.

Arteterapie v daných zařízeních je jasně definována a odlišena od pracovních terapií, hlavním rozdílem jsou psychoterapeutická východiska arteterapie. Forma arteterapeutického skupinového setkání je povinná většinou jednou týdně v délce 1,5 h, pacienti léčící se z alkoholových i nealkoholových závislostí jsou většinou ve společné arteterapeutické skupině a arteterapeuté potvrzují rozdílný výtvarný projev u těchto dvou okruhů pacientů.

Nebyly mi dostupné dokumenty, které by se vztahovaly k implementaci arteterapeutické praxe na počátku programu, dostupnost terapeutických manuálů byla omezená na seznam témat pro pacienty se závislostmi, záznamy z terapeutických sezení jsou prováděny v bodech ve struktuře Téma – Technika – Seznam zúčastněných, popř. adresný bližší popis k tvorbě jednotlivým pacientům, zápis zůstává spíše v obecnější rovině v elektronické podobě nebo v papírových záznamech. Větší míra dokumentace není preferována z časových důvodů a také není vedením vyžadována.

Arteterapeuté v polovině případů postupují dle metodiky rožnovské arteterapie vyučované v bakalářském studiu na Jihočeské univerzitě v Č. Budějovicích. Jinak jsou uplatňovány v arteterapii postupy integrativní, psychodynamické či biosyntetické.

Arteterapeuté mají převážně pedagogické vzdělání. Tři arteterapeuté z celkem pěti mají dosažený magisterský titul, jeden bakalářský a jeden vyšší odborné vzdělání, čtyři arteterapeuté mají za sebou sebezkušenostní výcvik splňující psychoterapeutické vzdělání v rozsahu nejméně 500 hodin, někteří dosáhli mozaikovitého vzdělání a sebezkušenosti, které jim umožňuje eklektický arteterapeutický přístup.

Arteterapeuté jsou respektováni v týmu, v jednom případě jsou organizovány pravidelně arteterapeutické porady pro kolegy pro sdílení arteterapeutického interpretativního pohledu na jednotlivé pacienty skrze jejich výtvarný projev, jindy jsou v úzké spolupráci s kolegy psychology, někteří mají i tematicky provázaný program s dalšími kolegy, například s edukativními přednáškami. Arteterapeuté vnímají podporu ze strany primáře daného oddělení, avšak jsou zklamáni tím, že v nedávné změně ztratili status zdravotnického pracovníka, což má pro ně někdy i praktický dopad v nastavení pracovního úvazku (zkrácení dovolené).

Na základě výsledků se domnívám, že arteterapie by potřebovala větší legislativní vyjasněnost, zda je samozřejmou součástí zdravotnických profesí a tím pádem měla své pevné místo v ústavní léčbě závislostí. Prozatím je zahrnutí oboru do léčebného programu v psychiatrických léčebnách dáno aktuální názorovou orientací vedení zařízení a kontinuitou arteterapeutické praxe.

Mohu-li si na základě získaných zjištění dovolit systémová doporučení, oboru by pomohlo, kdyby měl možnost se opřít o akademické vzdělání magisterského stupně, které by bylo integrativního zaměření složeného z více arteterapeutických směrů, se vstřícným postojem ke spolupráci mezi arteterapeutickými směry a také s mezioborovými vazbami například k neurovědám. V tomto akademickém zázemí by byl podporován výzkum, který by generoval průkaznost arteterapeutických postupů, což by dále pozitivně projevilo v uplatnění oboru.

10 Seznam literatury

Ammann, R., Kast, V. & Riedel, I. (2018). *Kniha obrazů: Poklady z archivu Institutu C. G. Junga v Curychu*. Praha: Portál.

Ammerman, A., Smith, T., W. & Calancie L. (2014). Practice-Based Evidence in Public Health: Improving Reach, Relevance, and Results. *Annual Review of Public Health* 2014 35:1, 47-63.

Babyrádová Stehlíková H. (2016). *Expresivní terapie se zaměřením na výtvarný a intermediální projev*. Brno: Masarykova univerzita.

Čermák, B. (2011). Rozdíly v barevnosti výtvarných prací osob závislých na alkoholu a závislých na nealkoholových drogách. *Adiktologie* (11)4, 216–225.

Česká arteterapeutická asociace (2004). *Etický kodex*. Dostupné z: http://www.arteterapie.cz/images/CAA_kodex.pdf

Česká arteterapeutická asociace (2020). *Předpoklady pro členství*. Dostupné z: <http://www.arteterapie.cz/asociace/jak-se-stat-clenem>

Česká arteterapeutická asociace (2020). *Kvalifikace arteterapeuta*. Dostupné z: <http://www.arteterapie.cz/profese-arteterapeut/kvalifikace-arteterapeuta>

Diamond, J. & Jones, L. S. (2004). *A Path Made by Walking: Process Work in Practice*. Portland: Lao Tse Press.

Dvořáček, J. (2003). Střednědobá ústavní léčba. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (s. 190-194). Praha: Úřad vlády ČR.

Evropská arteterapeutická federace (2018). Dostupné z: <https://www.arttherapyfederation.eu>

Fernandez, K. M. (2009). Comic addict: a Qualitative study of the benefits of addressing ambivalence through comic/cartoon drawing with clients in in-patient treatment for chemical dependency in S. L. Brooke (Ed.), *The use of the creative therapies with chemical dependenc issues* (s. 80-103). Springfield (Illinois): Charles C. Thomas.

Frouzová, M. (2003). Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup* (s. 124 -129). Praha: Úřad vlády ČR.

- Gadamer H.-G. (2011). *Pravda a metoda II*. Praha: Triáda.
- Grygarová D., Adámek, P., Kesner, L. (2016). Obraz, mysl, mozek: experimenty s vnímáním umění. In J. Horáček, C. Höschl, L. Kesner a F. Španiel. *Mozek a jeho člověk, mysl a její nemoc* (s. 210-220). Praha: Galén.
- Grygarová, D., Adámek, P., Lukavský, J., Kesner, L. (2019). Illuminating smiles and frowns: visual-affective cueing influences viewer perceptions of page layout images. *Perceptual and Motor Skills*, **127**(1), 75-97. DOI: 10.1177/0031512519876742
- Hackett, S.S., Ashby, L., Parker, K., Goody S. a Power, N. (2017). UK art therapy practice-based guidelines for children and adults with learning disabilities. *International Journal of Art Therapy: Inscape*, **22**(2), 84-94. DOI: 10.1080/17454832.2017.1319870
- Hendl J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Holt, E. & Kaiser, D. (2009). The First Step Series: Art therapy for early substance abuse treatment. *Arts in Psychotherapy*, **36**. 245-250. DOI: 10.1016/j.aip.2009.05.004
- Holub, L. (2008). *Závislost, terapeutická komunita a arteterapie* (Bakalářská práce). Č. Budějovice: PedF JČU.
- Hromádková, K. (2017). *Historie a současnost arteterapie v psychiatrických zařízeních v ČR: Rožnovská arteterapie v psychiatrickém kontextu* (Bakalářská práce). Č. Budějovice: PedF JČU.
- Jung, C. G. (2014). *Vybrané spisy CGJ*. Praha: Portál.
- Kajanoja, J., Scheinin, N. M., Karukivi M., Karlsson L. & Karlsson H. (2019). Alcohol and tobacco use in men: the role of alexithymia and externally oriented thinking style. *American Journal Of Drug And Alcohol Abuse*, **45**(2), 199-207.
- Kalina, K. (2003). Faktory významné pro účinnost léčby a změnu klienta. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (s. 97-102). Praha: Úřad vlády ČR.
- Kantor, J. et al. (2016). *Společné a rozdílné v uměleckých kreativních terapiích*. Olomouc: Pedagogická fakulta Univerzity Palackého.
- Karkou, V., Sanderson, P. (1997). En Exploratory study of the utilisation of creative arts therapies (CAT) in treating substance dependence. *Journal of Contemporary Health*. Spring, 56-60.

- Kesner, L. & Horáček, J. (2017). Empathy-related responses to depicted people in art works. *Frontiers in Psychology*, **8** (Article 228), 1-40. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.00228
- Kšajt, F. (2015). *Hovory arte*. Červený Kostelec: Pavel Melvart.
- Kyzour, M. (2016). PhDr. Milan Kyzour, zakladatel rožnovského arteterapeutického pojetí. Dostupné z: <http://www.arteterapiecb.cz/>
- Lhotová, M. & Perout, E. (2018). *Arteterapie v souvislostech*. Praha: Portál.
- Lhotová, M. (2010). *Proměny výtvarné tvorby v arteterapii*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
- Linden, D. (2011). Is There a Link Between Creativity and Addiction? Dostupné z: <https://www.scientificamerican.com/article/is-there-a-link-between-creativity-and-addiction/>
- Malchiodi, C. A. (2005). Art therapy. In C. A. Malchiodi, *Expressive Therapies* (s. 16-45). New York: The Guilford Press.
- Mandić-Gajić, G. (2018). The cognitive impairment illustrated in drawings used in gaining insight and motivation in alcoholism treatment. *Vojnosanitetski pregled* **75** (2), 224-227.
- Martinove M. (2015). Závislosti v DSM-5. *Psychiatria pre prax* | 2015; 16(1), 6–8. Dostupné z: http://www.psychiatriapreprax.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=7421&magazine_id=2
- Martius, P. & Marten, D. (2014). Kunsttherapie. *Psychotherapeut* **59**, 329–343.
- Matto H. C. (2002). Integrating Art Therapy Methodology in Brief Inpatient Substance Abuse Treatment for Adults. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, **2:2**, 69- 83. DOI: 10.1300/J160v02n02_07.
- Mezinárodní klasifikace nemocí - desátá revize (MKN-10) (2017). Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn>
- Miller W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.

- Miovský, M. (2008). Evaluace adiktologických programů a služeb. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie* (s. 307-316). Praha: Grada.
- Nešpor, K. (2007). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
- Parry, G. (2001). Treatment choice in psychological therapies. Evidence based clinical practice guideline. London: Department of Health.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Applied clinical psychology. Treating addictive behaviors: Processes of change* (s. 3–27). Plenum Press. Dostupné z: https://doi.org/10.1007/978-1-4613-2191-0_1
- Procházka, R. (2009). Současné koncepce alexithymie. *Elektronický časopis ČMPS 3(3)*. Dostupné z: <https://e-psycholog.eu/pdf/prochazka.pdf>
- Psychiatrická péče 2017 (2018). Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Praha : ÚZIS. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/psych2017.pdf>
- Ranganathan, S., Malick, R. (2013). Art-based therapies for substance user and their families: Recognition, deliberation and recovery. In P. Howie (Ed.), *Using art therapy with diverse populations: Crossing cultures and abilities* (s. 225-233). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Regev, D. & Cohen-Yatziv, L. (2018). Effectiveness of Art Therapy With Adult Clients in 2018-What Progress Has Been Made? *Frontiers in psychology, 9*. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01531>
- Rubin (2008). *Přístupy v arteterapii*. Praha: Triton.
- Rudolfová, E. (2005). *Umění je stav duše V. – katalog výstavy*. Kroměříž: Muzeum Kroměřížska.
- Šicková-Fabrici, J. (2002). *Základy arteterapie*. Praha: Portál.
- Šicková-Fabrici, J. (2005). *Význam výtvarných materiálů a médií v arteterapii*. Bratislava: Terra terapeutica.
- Taylor-Buck, E., & Dent-Brown, K. (2014). Creative manuals. *International Journal of Art Therapy, 19(2)*, 82–87.

Telec, I. (2018). Arteterapie a právo. Dostupné z:

<https://zdravotnickepravo.info/arteterapie-a-pravo/>

Teoli, L. A. (2020). Art therapists' perceptions of what happens when they create art alongside their clients in the practice of group therapy. *The Arts in Psychotherapy* 68.

Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101645>.

Uttley, L., Stevenson, M. et al. (2015). The clinical and cost effectiveness of group art therapy for people with non-psychotic mental health disorders: a systematic review and cost-effectiveness analysis. *BMC Psychiatry* 15, 151. doi.org/10.1186/s12888-015-0528-4

Voráčková M. (2007). Arteterapeutický ateliér v PL Bohnice II. *Arteterapie: časopis České arteterapeutické asociace*, 14. Praha: Česká arteterapeutická asociace.

WHO (2000). Mezinárodně platné pokyny k evaluaci služeb a systémů zaměřených na léčbu poruch způsobených užíváním návykových látek. Ženeva: World Health Organisation.

WHO (2019). První WHO zpráva o evidence-based přístupech uplatnění umění ve zdravotnických intervencích. Dostupné z: http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2019/11/launch-of-first-who-report-on-the-evidence-base-for-arts-and-health-interventions?fbclid=IwAR1jSvs9_wwPux3pnFLt-3-BMVC_gLImRvbRbGJ132Kc20N-obGrljWFK_A

Žák, Petr (2017). Kreativita a její rozvoj. Brno : Motiv Press.

11 Přílohy

Příloha č. 1

Vážení představitelé oddělení léčby závislostí, vážení arteterapeuté,

obracím se na vás s prosbou o účast na mé studii v rámci diplomové práce, která mapuje uplatnění výtvarných arteterapeutických postupů a metod v ústavní léčbě závislostí. Zajímám se o arteterapii v užším slova smyslu a také o činnostní terapie, které v sobě prvek tvořivosti obsahují.

Arteterapie v této oblasti není pevně ukotvena. Ráda bych tímto záměrem pomohla zmapovat, co se na tomto poli v PN/PL děje a tím napomoci většímu ujasnění i pro další kolegy a spolupracovníky. Ráda bych tak napomohla interdisciplinárnímu dialogu.

Poprosila bych vás o možnost nahlédnout na Vašem pracovišti do zázemí, jak arteterapie probíhá, jaké má místo v časovém terapeutickém rozvrhu, jak je ukotvena písemně v terapeutických manuálech a dále pak nahlédnout do dalších písemných podkladů. Dále bych také uvítala možnost provést rozhovor s arteterapeutem/kou.

Jsem studentka posledního ročníku adiktologie na 1. LF UK s dlouhodobějším zájmem o arteterapeutické přístupy.

Budu velice ráda za Vaši zpětnou vazbu.

S pozdravem

Markéta Blochová

kontaktní údaje: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Příloha č. 2

Informace pro účastníka/účastnici výzkumu

Vážená paní, vážený pane,

prosím Vás o spolupráci a účast v mé výzkumné studii, ve které se zaměřuji na mapování využívání arteterapeutických přístupů v ústavní léčbě závislosti. Jelikož jste zaměstnanec zdravotnického zařízení, jež zaštiťuje arteterapeutický program na oddělení léčby závislostí nebo s arteterapeuty úzce spolupracujete, bude mi nápomocné uplatnit informace, které mi poskytnete k danému cíli.

Co je cílem a očekávaným přínosem výzkumu? Zmapovat ve více zařízeních ústavní léčby závislostí, jak je realizována arteterapeutická složka programu. Dílčími cíli je zjistit v jednotlivých zařízeních, jak je arteterapie pojmána, v rámci jakých složek strukturovaných programů se vyskytuje arteterapeutická náplň a jaké je její časové zastoupení v rámci týdenního, popř. měsíčního plánu. Dále zjistit více o osobě arteterapeuta, jeho/její profesní background a východiska a dále jakým způsobem spolupracuje s kolegy.

Očekávání: Přinést dílčí poznatky, jak je arteterapie v dané klinické praxi realizována a napomoci tak ke zpřehlednění a dalšímu interdisciplinárnímu dialogu.

Jak bude výzkum probíhat? Při sběru dat se zaměřím na dostupné písemné terapeutické manuály a další interní dokumenty, např. záznamy z arteterapeutických sezení. Dále doplním informace prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s arteterapeuty. Analýzu dat provedu pomocí obsahové analýzy textů dokumentů a textových přepisů záznamů rozhovorů. Data budou zpracována anonymně a se záměrem v co nejvyšší možné míře zamezit rozpoznání konkrétní osoby či pracoviště.

Vaše zapojení do výzkumu? Poskytnout prostor k získání dat, umožnit nahlédnout do Vaší dokumentace.

Nakládání s informacemi o účastnících výzkumu – Vaše účast na tomto výzkumu je dobrovolná a můžete svou účast odmítnout či ji kdykoliv přerušit bez udání důvodu.

Další informace o výzkumu můžete získat od Markéty Blochové emailem na XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX nebo telefonicky na XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

V _____ dne _____

_____ podpis

Příloha č. 3

PROGRAM DNE PRO KOMUNITU PACIENTŮ ZÁVISLÝCH NA ALKOHOLU A JINÝCH DROGÁCH

	PONDĚLÍ	ÚTERÝ	STŘEDA	ČTVRTEK	PÁTEK
6:00	6:15 Budiček	6:15 Budiček	6:15 Budiček	6:15 Budiček	6:15 Budiček
6:30	6:45 - 7:00 Rozvíčka	6:45 - 7:00 Rozvíčka	6:45 - 7:00 Rozvíčka	6:45 - 7:00 Rozvíčka	6:45 - 7:00 Rozvíčka
7:00	7:15 - 7:30 Snídaně	7:15 - 7:30 Snídaně	7:15 - 7:30 Snídaně	7:15 - 7:30 Snídaně	7:15 - 7:30 Snídaně
7:30	7:30 - 8:00 Podávání léků	7:30 - 8:00 Podávání léků	7:30 - 8:00 Podávání léků	7:30 - 8:00 Podávání léků	7:30 - 8:00 Podávání léků
8:00	8:15 - 8:45 Vizita	8:15 - 8:45 Vizita	8:15 - 8:45 Vizita	8:15 - 8:45 Vizita	8:15 - 8:45 Vizita
8:30	8:30 - 9:15	8:30 - 9:15	8:30 - 9:15	8:30 - 9:15	8:30 - 9:15
9:00	Komunita	Komunita	Komunita	Komunita	Komunita
9:30	9:15 - 11:00	9:30 - 11:00	9:15 - 11:00	9:15 - 11:00	9:30 - 11:00
10:00	Pracovní terapie	Arteterapie	Pracovní terapie	Pracovní terapie	(Sát) Skupinová psychoterapie
10:30					(Art) Skupinová psychoterapie
11:00	11:00 - 11:15 Komunita	9:15 - 11:00 Pracovní terapie			
11:30	11:15 - 11:45 Oběd	11:15 - 11:45 Oběd	11:15 - 11:45 Oběd	11:15 - 11:45 Oběd	11:15 - 11:45 Oběd
12:00	12:00 - 12:30 Relaxace	12:00 - 12:30 Relaxace	12:00 - 12:30 Relaxace	12:00 - 12:30 Relaxace	12:00 - 12:30 Relaxace
12:30	12:30 - 13:00 Podávání léků	12:30 - 13:00 Podávání léků	12:30 - 13:00 Podávání léků	12:30 - 13:00 Podávání léků	12:30 - 13:00 Podávání léků
13:00	12:45 - 14:15	12:45 - 14:15	12:45 - 13:45	12:45 - 13:30	13:00 - 15:00
13:30	(sát) Skupinová psychoterapie	(sát) Skupinová psychoterapie	Tématická skupina	Postupy	Rodinné a párové terapie
14:00	14:00 - 14:45	Životopisná skupina	14:00 - 15:30 (sát) Skupinová psychoterapie	14:00 - 14:45	
14:30	14:30 - 15:45	14:00 - 15:30	14:00 - 15:30 (sát) Skupinová psychoterapie	Přednáška	
15:00	Biblická skupina	Arteterapie		15:00 - 15:15 Svačina	15:00 - 15:15 Svačina
15:30	15:00 - 15:15 Svačina	15:00 - 15:15 Svačina	15:00 - 15:15 Svačina		
16:00	15:15 - 17:00	15:30 - 17:00	15:15 - 17:00	15:30 - 17:00	15:15 - 17:00
16:30	Vycházky	Vycházky	Vycházky	Vycházky	Vycházky
17:00	17:00 - 17:30 Večeře	17:00 - 17:30 Večeře	17:00 - 17:30 Večeře	17:00 - 17:30 Večeře	17:00 - 17:30 Večeře
....	17:30 - 19:00 Volný program	17:30 - 19:00 Volný program	18:00 - 19:00 Doléčování	17:30 - 19:00 Volný program	17:30 - 19:00 Volný program
19:00	19:00 - 19:30 Podávání léků	19:00 - 19:30 Podávání léků	19:00 - 19:30 Podávání léků	19:00 - 19:30 Podávání léků	19:00 - 19:30 Podávání léků
....	19:30 - 22:00 Volný program	19:30 - 22:00 Volný program	19:30 - 22:00 Volný program	19:30 - 22:00 Volný program	19:30 - 22:00 Volný program
22:00	22:00 Noční klid	22:00 Noční klid	22:00 Noční klid	22:00 Noční klid	22:00 Noční klid

Terapeutický program pro červenou skupinu
 Terapeutický program pro oranžovou skupinu
 Terapeutický program pro celou komunitu

V Sobotu a Neděli je Společenský program a Sport
 V Neděli se promítá Film o problematice závislosti

Příloha č. 4

Jméno, příjmení, titul:				Osobní číslo:			
Název funkce:		ARTETERAPEUT		Číslo funkce:			
Kvalifikační předpoklady				Po ukončení adaptačního procesu			
požadované	VŠ	skutečné	VŠ	Požadovaná	-	skutečná	ano
Tarifní třída:							
Pracoviště:						Nákl. střed.:	
Organizační vztahy:	zaměstnanec podřízen:	Vedoucímu psychologovi					
	nadřízen:	-					
	zastupován:	Pověřeným pracovníkem					

Popis pracovní náplně

Pravomoc, povinnosti a zodpovědnost:

Kromě všeobecných práv a povinností uvedených v Zákoníku práce, v organizačním a provozním řádu v rámci této funkce důsledně dodržuje předpisy o bezpečnosti a ochraně zdraví při práci, požární ochraně a vnitřní předpisy

Předmět činnosti:

- v rámci léčby **arteterapie** provádí komplexně,
- bez odborného dohledu provádí **pracovní terapii** komplexně při výkonu řemeslných činností s cílem vytvářet, upevňovat a prohlubovat začlenění do společnosti a posilovat soběstačnost a spolupůsobení v rámci léčby,
- plánuje a vyhodnocuje výsledky arteterapie a jejich interpretace
- *zavádí nové metody pracovní terapie a arteterapie*
- **specifické:**
 - zajišťuje a provádí komplexní práci s keramickou hlinou (př. glazování, vypalování), ruční práce (př. pletení, háčkování),
 - v prostorách arteterapie za správné a bezpečné uložení a zacházení s chemickými látkami v souladu s platnou legislativou /SM „Nakládání s chemickými látkami a přípravky“
 - na základě uzavřené hmotné odpovědnosti zodpovídá za výběr finanční hotovosti od pacientů a ostatních osob za výrobky zhotovené na arteterapii, za vedení evidence a vyúčtování s tím související.

Ostatní činnosti:

- a) účastní se pracovních porad na pracovišti
- b) pečuje účelně a hospodárně o majetek organizace

Neustále zvyšuje své profesionální znalosti a úroveň, účastní se různých forem celoživotního vzdělávání.

Vykonává další práce z pověření nadřízeného zaměstnance vyplývající z charakteru zastávaného místa a potřeb zaměstnavatele v souladu s pracovním zařazením.

Arteterapeut nemůže být pověřen:

- úkony vyžadujícími zdravotnickou kvalifikaci (léky, odběry, diagnostické a léčebné úkony)
- ošetrovatelskou péčí
- samostatným zpracováním zdravotnické dokumentace, (chorobopisy, sesterská dokumentace apod.)
- administrativními pracemi, nesouvisejícími s činností pracoviště.

Seznam tabulek

Tab. č. 1: Obecné charakteristiky vybraných zdravotnických zařízení, ze kterých jsem získala respondenty.....	44
Tab. č. 2: Formy zařazení arteterapie na odděleních závislostí do strukturovaného programu.....	49
Tab. č. 3: Výroky vztahující se k pracovní pozici arteterapeutů a legislativní změně v r. 2017.....	55
Tab. 4.: Přístupy jednotlivých arteterapeutů v klinické praxi zařízení.....	57

Seznam obrázků

Obr. č. 1: Teorie duálního kódu Paivio (2013)	27
Obr. č. 2: Manuál témat.....	51
Obr. č. 3: Záznam z arteterapeutického sezení.....	53

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis