

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Gabriela Pecuchová

**Možnosti arteterapie u osob s posttraumatickou stresovou
poruchou v procese léčby drogové závislosti**

Art therapy possibilities in a process of treating drug addiction of a
person with posttraumatic stress disorder

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce : PhDr. Pavla Doležalová

Praha

2015

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 dne 23. 4. 2015

.....

Bc. Gabriela Pecuchová

Identifikační záznam

PECUCHOVÁ, Gabriela. *Možnosti arteterapie u osob s posttraumatickou stresovou poruchou v procese léčby drogové závislosti. [Art therapy possibilities in a process of treating drug addiction of a person with posttraumatic stress disorder]*. Praha, 2015. 157 s., 2 příl., 13 tabulek. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika Adiktologie. Vedoucí práce PhDr. Pavla Doležalová.

Pod'akovanie

Ďakujem za podnetné a inšpiratívne vedenie procesu tvorby vedúcej tejto diplomovej práce PhDr. Pavle Doležalovej. Za ochotu a odbornú konzultáciu v rámci výskumnej časti srdečne ďakujem PhDr. Mariane Štefančíkovej, Ph.D.. Za neustálu podporu zo srdca ďakujem svojej rodine. Ďalej ďakujem všetkým arte/terapeutom/kám, ktorí venovali svoj vzácny čas zapojením sa do výskumu. V neposlednom rade ďakujem všetkým klientom/kám, ktorých som stretla za svoju doterajšiu prax a, ktorí/é mi poskytli nenahraditeľné poznatky, postrehy a citlivosť do pracovného ale aj súkromného života.

S úctou všetkým ďakujem.

Abstrakt

Práca je obsahovo zameraná na vymedzenie možnosti arteterapie u osôb s posttraumatickou stresovou poruchou v procese liečby drogovej závislosti. Cieľom teoretickej časti je prvotne vymedziť základné informácie o danej duálnej diagnóze a zároveň odhaliť špecifiká vzťahu spomínaných duševných porúch. Práca v ďalšej časti približuje jednotlivé vplyvy a možnosti arteterapie na už získané poznatky konkrétnej duálnej diagnózy pomocou syntézy dostupných odborných informácií z oboch oblastí. A to s cieľom komplexne porozumieť rozsahu tohto ochorenia a následne poukázať možností arteterapie prostredníctvom bio-psycho-socio-spirituálneho modelu závislosti na jednotlivé jeho dimenzie. Výskumná časť prináša informácie o tom, aké arteterapeutické prístupy a postupy využívajú arteterapeuti/ky pri práci s osobami so závislosťou a PTSD pri odhalení tém ohľadom prežitej traumy. Zameriava sa na problém absencie uceleného postupu práce pri arteterapii s osobami s PTSD v procese liečby drogovej závislosti. V rámci výberu výskumného súboru bola aplikovaná metóda zámerného výberu. Výskum je uskutočnený na základne obsahovej analýzy dát z pološtruktúrovaného interview. V závere sú získané poznatky z teoretickej a výskumnej časti podrobené diskusii s cieľom nájdenia spoločných východísk pre prácu s ľuďmi s PTSD v procese liečby drogovej závislosti.

Kľúčové slová

Arteterapia, posttraumatická stresová porucha, drogová závislosť

Abstract

The dissertation's subject matter is focused on a definition of art therapy possibilities in a process of treating drug addiction of a person with posttraumatic stress disorder. The theoretical part aims to define the basic information concerning given dual diagnosis and also to reveal the specifics of mentioned mental disorders' relation. In a following part, the dissertation details individual possibilities of art therapy and its influences on already obtained findings concerning the particular dual diagnosis by synthesizing available scientific information from both areas - namely aiming to understand thoroughly the extent of the disorder and consequently to describe art therapy possibilities by applying bio-psycho-socio-spiritual addiction model on its individual dimensions. The research part brings information about which art therapy methods and procedures are used by art therapists working with drug addicted people with PTSD when revealing themes concerning experienced traumas. It focuses on a problem of the absence of any integrated procedure of working with people with PTSD in a process of drug addiction treatment. Within a selection of research group, a method of intentional selection was used. The research is based on a content analysis of half-structured interview data. In the conclusion, findings obtained from theoretical and research part are subjected to discussion with a target of finding universal starting points for work with people with PTSD in a process of drug addiction treatment.

Key words

Art therapy, post-traumatic stress disorder, drug addiction

Obsah

ÚVOD.....	11
1 POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA U LUDÍ SO ZÁVISLOSŤOU.....	14
1.1 Duálna diagnóza - PTSD a DZ	19
1.2 Vzťah drogovej závislosti a posttraumatickej stresovej poruchy	20
1.3 Štatistické ukazovatele	23
1.4 Diagnostika	26
1.5 Etiológia, rizikové a protektívne faktory.....	33
1.5.1 Rizikové faktory.....	33
1.5.2 Prtotektívne faktory.....	35
1.5.3 Vzťahová väzba ako samostatný faktor.....	36
2 ARTETERAPIA U LUDÍ S PTSD V PROCESE LIEČBY DROGOVEJ ZÁVISLOSTI.....	40
2.1 Arteterapia	40
2.1.1 Arteterapia ako psychoterapia a psychodiagnostika	44
2.1.2 Formy arteterapie	45
2.2 Špecifiká prístupu arteterapie s DD.....	46
2.2.1 Ciele arteterapie	46
2.2.2 Vzťah v arteterapii.....	50
2.2.3 Osobnosť arteterapeuta/ky.....	52
2.2.4 Syndróm burn-out alebo cesta osobného rozvoja u arteteraputa/ky	54
2.3 Arteterapia v kontexte procesu liečby závislosti ľudí s PTSD	55
2.3.1 Prvá fáza liečby DZ a PTSD.....	59
2.3.2 Druhá fáza liečby DZ a PTSD	61
2.3.3 Tretia fáza liečby DZ a PTSD.....	62

3	BIO-PSYCHO-SPIRITUÁLNY MODEL ZÁVISLOSTI V SPOJITOSTI S PTSD	
	A MOŽNOSTI	65
3.1	Biologická dimenzia.....	65
3.1.1	Možnosti Arteterapie.....	73
3.2	Psychologická dimenzia	77
3.2.1	Disociácia a depersonalizácia	78
3.2.2	Možnosti arteterapie.....	81
3.3	Sociálna dimenzia	83
3.3.1	Možnosti arteterapie	88
3.4	Spiritualna dimenzia.....	91
3.4.1	Možnosti arteterapie	93
4	METODIKA VÝSKUMU	97
4.1	Ciele výskumu.....	97
4.2	Čiastkové ciele	97
4.3	Výskumné otázky.....	98
4.3.1	Základná výskumná otázka.....	99
4.4	Metodika	99
4.4.1	Výskumný súbor	100
4.4.2	Charakteristika výskumného súboru	101
4.4.3	Metóda tvorby dát	102
4.4.4	Zber dát.....	102
4.4.5	Metóda analýzy dát	103
4.5	Etika výskumu.....	104
4.6	Limity práce	104
5	Výsledky výskumu	105
5.1	Výskyt a druhy traumy	105
5.2	Vzťah medzi traumou a závislosťou	107

5.3	Prístup arteterapie.....	108
5.4	Špecifiká u ľudí s PTSD a DZ	110
5.5	Doplňujúce informácie	112
6	Triangulácia.....	113
6.1	Traumy.....	113
6.2	Existencia tráum u ľudí so závislosťou	Chyba! Záložka není definována. 115
6.3	Charakteristika jednotlivých tráum u ľudí so závislosťou.....	114
6.4	Vzťah medzi traumou a závislosťou	116
6.5	Vnímané špecifiká ľudí so závislosťou a traumou.....	118
6.6	Arteterapia a jej prístup so zreteľom na traumu.....	119
6.7	Vnímané špecifiká ľudí s traumou v procese arteterapie so zreteľom na liečbu závislosti	122
6.8	Doplňujúce informácie	124
7	Diskusia.....	125
7.1	Trauma.....	125
7.2	Vzťah medzi traumou a závislosťou	126
7.3	Arteterapia a jej prístup so zreteľom na traumu.....	127
7.4	Vnímané špecifiká ľudí s traumou v procese arteterapie so zreteľom na liečbu závislosti	128
7.5	Doplňujúce informácie	129
8	Záver	130
9	POUŽITÉ ZDROJE.....	133
10	PRÍLOHY	141
10.1	Príloha č. 1 – Prepis rozhovorov	141
10.1.1	Prepis rozhovoru č. 1.....	141
10.1.2	Prepis rozhovoru č. 2.....	144
10.1.3	Prepis rozhovoru č. 3.....	148
10.1.4	Prepis rozhovoru č. 4.....	151

10.1.5	Prepis rozhovoru č. 5.....	155
10.2	Príloha č. 2 – Zoznam tabuliek	157

ÚVOD

Na základe praxe s ľuďmi s drogovou závislosťou (ďalej DZ) ale aj s ľuďmi s duševným ochorením sme mali možnosť postrehnúť určité ich špecifika v spojitosti s prežitou traumou. Tieto špecifiká však boli pre nás v spočiatku nejasné a ťažko uchopiteľné. Pri štúdiu tohto fenoménu, s cieľom oboznámiť sa s dynamikou tohto ochorenia, sme zistili určité prázdne miesta v oblasti získaných odborných poznatkov. A celkovú absenciu jednotného uceleného materiálu s danou problematikou. Osobný záujem o umenie a arteterapiu a s nimi spojené pozitívne skúsenosti pri tvorbe nás podnietili k prepojeniu tejto problematiky s oblasťou adiktológie. Práve tak sa utvoril priestor pre možnosť mapovania vplyvov arteterapie na subjektívne vnímanú zraniteľnú osobnosť človeka so závislosťou a prežitou traumou či Posttraumatickou stresovou poruchou (ďalej PTSD). Táto práca tak pojednáva o možnostiach arteterapie s ľuďmi s PTSD/traumou v procese liečby drogovej závislosti. Reagovali sme tak na vnímaný problém absencie utriedených odborných informácií o problematike arteterapie s ľuďmi s PTSD/traumou a drogovou závislosťou. Primárnym cieľom diplomovej práce tak bolo zmapovať dostupné relevantné informácie pre arteterapeutov pracujúcich v oblasti rezidenčnej liečby. A tak vytvoriť jednotný materiál so základnými odbornými poznatkami so zreteľom na špecifiká arteterapie ale aj celkovej danej duálnej diagnóze. Na základe štúdia odborného rámca sme nezaznamenali realizovaný podobný výskum.

Teoretická časť práce mapuje prvotne oblasť PTSD a traumy v spojitosti s drogovou závislosťou. Táto časť tak vytvára základňu informácií pre porozumenie dynamiky danej duálnej diagnózy a pre následnú citlivú aplikáciu samotnej arteterapie. Následne sa práca venuje oblasti arteterapie, jej charakteristikám a možnostiam. Posledná kapitola v teoretickej časti prezentuje získané poznatky o PTSD/traume a drogovej závislosti s možnosťami arteterapie na pozadí bio-psycho-socio–spirituálny modelu závislosti.

Výskumná časť tak nadväzuje svojim užším zameraním na problematiku možnosti arteterapie aplikovanej u ľudí s prekonanou traumou v procese liečby závislosti. Jej cieľom je tak zistiť aké prístupy využívajú terapeuti pri práci v rámci arteterapie s osobami s prekonanou traumou v kontexte liečby drogovej závislosti.

Táto práca tak svojim obsahom a výskumom, má za cieľ priniesť základné informácie a možnosti arteterapie priamo arte/terapeutom v praxi ale aj študentom/kám či ďalším

odborníkom zaoberajúcim sa prepájaním nie len adiktológiou a arteterapiou ale aj oblasťou duálnej diagnózy (ďalej DD).

TEORETICKÁ ČASŤ

1 POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA U ĽUDÍ SO ZÁVISLOSŤOU

V rámci svojej dlhodobej stáže v nízkoprahovej Harm reduction službe som sa často stretávala s klientmi/kami, ktorý/é popri svojej závislosti prekonali počas svojho detstva alebo dospievania mnoho traumatických udalostí. Následne aj počas obdobia ich samotného užívania sa im jednotlivé traumatické udalosti nevyhýbali. Jednalo sa o fyzické a psychické násilie, zdravotné poškodenia, znásilnenia, smrť a stigma, ktorou rodina a najbližšie okolie často aj nechcene posilňovala. Práve tieto traumy počas rozhovorov vychádzali postupne na povrch. Domnievame sa, na základe týchto informácií, ale aj z poznatkov odbornej literatúry, že sa daná diagnóza PTSD u ľudí so závislosťou vyskytuje pomerne často. Aj napriek tomu, že nie je nevyhnutne diagnostikovaná u odborníkov. Tak ako to uvádzajú nasledovné štúdie. „Výskyt posttraumatickej stresovej poruchy je u dospievajúcich závislých na návykových látkach 5-krát vyšší ako u ich vrstovníkov, ktorí závislí nie sú“ (Leshner, 1999, Deykin, Buka 1997, in: Nešpor, 2003, s. 233). „Vzniká už samotným aktom závislosti, ale obzvlášť deštruktívnymi injekčnými aplikáciami, páchaním kriminálnych deliktov, či už ako páchatel alebo ako obeť, či predávkovaním. Ďalej je to konfrontácia so smrťou niekoho blízkeho na drogách alebo práca v sex-biznise (najmä ak je táto práca praktikovaná pod hrozbou, alebo pod násilím)“ (Kudrle in Kalina et al., 2003a, s. 130). „Závislý život znovu potvrdzuje traumu, je retraumatizujúci. Retraumatizácia, ktorej je vlastná závislosť, vedie k zvýšenej potrebe obrany. Tak sa vytvára bludný kruh traumy a závislostí - závislosť na traume“ (Kudrle in Kalina et al., 2003a, s. 131). Ako ďalší predpoklad v spojitosti s touto témou na základe našich skúseností je, že väčšina týchto tráum u klientov/iek bola bez osobného, prípadne odborného spracovania, a tak pomerne často práve návykovú látku využívali ako proces samoliečby, s cieľom odstrániť psychické a somatické prejavy PTSD. Domnievame sa, že celkovo práve duálna diagnóza (ďalej len DD) je vysoko špecifická diagnóza, ktorej je nevyhnutné zo strany adiktológov venovať patričnú pozornosť. V rámci toho by sme radi priniesli ucelené poznatky ohľadom intervencií a metódy z oblasti arteterapie ako jednej z ciest v budovaní prvotného vzťahu ale aj samotnej liečby či rehabilitácie. Cesty, ktorá využíva kreatívne, nenásilne a hravé formy a dáva možnosť novej formy komunikácie skrze umenie.

V úvode považujeme za dôležité definovať základné pojmy ako budú vnímané v rámci tejto práce. Ako prvý kľúčový pojem uvádzame traumu. V dnešnej dobe sa už vie, aj na základe odborných článkov ako uvádza aj Priess (2009) v článku s názvom Trauma

a posttraumatický rast, že trauma nemusí byť nevyhnutne spojená len s bolesťou, ale môže viesť k pozitívnym aspektom a rozvoju osobnosti. „Klinická skúsenosť nás učí, že psychotrauma môže vyústiť nielen do plného zdravia, ale môže zdanlivo paradoxne prispieť aj mimoriadnemu rozvinutiu osobnosti v zmysle prehĺbeného a rozšíreného vedomia, senzitivity pre ľudské utrpenie a schopnosti adekvátne chrániť seba i druhých pred traumami a pomáhať pri ich spracovávaní“ (Hašto & Vojtová, 2012, s. 19.) V tejto práci sa budeme venovať vnímaniu traumy ako negatívneho aspektu na základe ktorého sa u daného jedinca rozvinula PTSD a/alebo DZ, s cieľom nie len umožniť spracovať svoje traumatické prežitky ale aj umožniť bezpečný osobnostný rast skrze arteterapiu. Popísaný je tzv. rozvojový model duševnej traumatizácie, ktorý prisudzuje kľúčový význam jednotlivcovi a jeho sociálnym schopnostiam. Fischer a Riedesser (1996 in Dorn & Novoa, 2015, s. 5) na základe toho vnímajú traumy nasledovne, „trauma je skúsenosť zásadného rozporu medzi situáciou ohrozenia a individuálnymi schopnosťami vyrovnáť sa s predchádzajúcimi udalosťami kombinovaná s pocitom bezmoci a bezbrannosti a vedúcou k dlhodobému narušeniu seba vnímania i vnímania okolitého sveta“. U užívateľov drog sa možno najčastejšie stretávať aj s konceptom sekvenčnej traumatizácie, ktorá bola popísaná v roku 1979 Keilsonom. Rozlišuje tri fázy traumatizácie a v rámci nich ich zhoršenie alebo vyrovnanie sa s traumou na základe individuálnych rozdielov. Za podstatnú považuje tretiu fázu (tj. Terciárnu traumatizáciu). Jedná sa o možnosti a potreby vybudovať si po traumatickej udalosti nový život – sociálne istoty a stabilitu. Ak dané možnosti absentujú, predlžuje sa dĺžka prežívaného stresu a má to negatívny dopad na traumatickú skúsenosť (Dorn & Novoa, 2015). Podľa charakteru traumatickej udalosti rozlišujeme rôzne typy traumatizácie a pripisujeme im rôznu stupeň závažnosti (Dorn & Novoa, 2015, s. 3):

Podľa dĺžky trvania traumatickej skúsenosti:

- Neopakujúca sa alebo krátkodobá traumatizácia (trauma typu I.)
- Opakujúca sa alebo dlhotrvajúca traumatizácia (trauma typu II.)

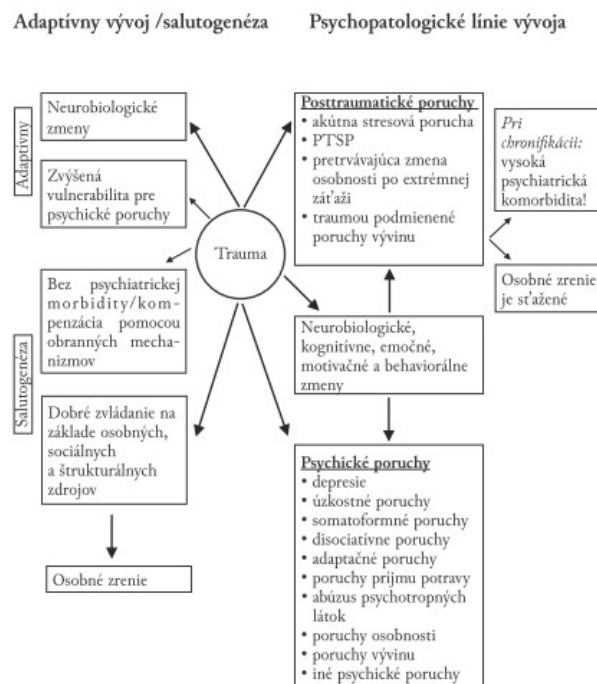
Príčiny traumy:

- Trauma spôsobená ľudskými bytosťami (vojna, mučenie, znásilnenie)
- Prírodné katastrofy

Traumy typu II a zranenia spôsobené ľudskými bytosťami sú vnímané ako závažnejšie, pretože vedú k zásadnému narušeniu dôvery v ľudské vzťahy. Ako dôležité považujeme pripomenúť, že traumou v tejto práci vnímame ako proces, ktorý sa mení na základe jedinca, ale aj prostredia, a nie ako stabilný nemenný prvok. Tým sa získava nádej na spracovanie traumatickej udalosti v prospech jedinca, ale aj jeho spoločnosti.

Ruppert (2008, s. 53) rozlišuje štyri základné typy tráum:

- Existenciálna trauma
- Trauma zo straty
- Trauma z narušenej väzby
- Trauma z narušeného systému rodinných väzieb



Zdroj obrázka : (Tagay et al., 2011 in Hašto & Vojtová, 2012, s. 22)

Daný obrázok približuje možné vývojové línie po prekonaní traumatickej udalosti, ktoré sú nevyhnuté pre pochopenie komplexnosti daného ochorenia. Poukazuje nám konkrétne mechanizmy, ktoré sa odohrávajú pri traumatickej udalosti, a ktoré vedú ku špecifickým poruchám.

Ako ďalšie pojmy nevyhnuté pre ucelené definovanie v rámci tejto práce považujeme samotné diagnózy, a to PTSD a závislosť na návykových látkach a v neposlednom rade pojem duálna diagnóza.

Posttraumatická stresová porucha sa v roku 1980 dostala prvýkrát do diagnostickej príručky Americkej psychiatrickej asociácie. „PTSD bola do diagnostického systému zavedená nedávno, predovšetkým v súvislosti s následkami vietnamskej vojny u veteránov, i keď o negatívnom vplyvu traumatických udalostí na primeranú adaptáciu, spracovania informácií vedel Janet už pred viac ako 100 rokmi“ (Raboch et al., 2001, s. 295). V Medzinárodnej klasifikácii chorôb je radená pod označením F43.1. Smolík (1996, s. 271) definuje PTSD ako „oneskorenú a preťahovanú odpoveď na stresovú udalosť alebo situáciu, krátko alebo dlhodobého trvania, ktorá má výnimočne nebezpečný alebo katastrofický charakter, a ktorá by pravdepodobne spôsobila hlboké rozrušenie takmer u kohokoľvek. Typickými prejavmi sú epizódy opakovaného znovu prežívania traumy v podobe živých spomienok (flešbaky – viz F x.70), snov alebo nočných môr, pri ktorých sa znovu vynárajú dosiaľ živé pocity ochromenia a emočného oploštenia, odtiahnutia sa od ostatných ľudí, anhedonie a vyhýbanie sa činnostiam a situáciám pripomínajúcim traumou“. Raboch et al. (2001, s. 295) dodávajú, že „na rozdiel od akútnej reakcie na stres sa jedná o reakciu dlhodobú, ktorá sa rozvíja do 6 mesiacov od stresujúcej udalosti“. Odriášová (2005, s. 84) dodáva, „chorý sa uzatvára do seba, stráca záujem o svoj zovňajšok, svoju existenciu, okolie, netešia ho činnosti, o ktoré sa predtým zaujímal. Môžu sa zjavovať epizódy panickej úzkosti s nepokojom, agresivitou. Sú prítomné poruchy spánku, poruchy chuti do jedenia, zjavuje sa depresia často so samovražednými myšlienkami.

Herman (2001, s. 168) dopĺňa, že „diagnóza posttraumatickej stresovej poruchy“ tak ako je v súčasnosti definovaná, nie je dostatočne presná. Súčasné kritéria na túto poruchu sú odvodené najmä od ľudí, ktorí prežili veľmi presne vymedzenú traumatickú udalosť. Sú založené na prototypoch vojen, prírodných katastrof a znásilnení. U ľudí, ktorí prežili opakovanú a chronickú traumou, býva obraz symptómov často oveľa komplexnejší. U ľudí ktorí zažili chronické týranie, dochádza k zmenám osobnostných črt, vrátane deformácií príbuzenských vzťahov a identity. U ľudí, ktorí prežili týranie v detstve, sa vyvíjajú podobné problémy so vzťahmi a identitou, okrem toho sa mimoriadne ľahko stávajú subjektom opakovaného poškodzovania, či už sebapoškodzovania, alebo poškodzovania zo strany iných“. „Z hľadiska psychotraumatológie je asi najväčším nedostatkom súčasných klasifikácií chýbanie možnosti jasne diagnostikovať komplexné posttraumatické poruchy, ktoré vznikajú ako následok opakovaného vystavenia nadmerným stresorom, často v detstve, a ktorých

klinický obraz obsahuje okrem príznakov PTSD aj mnohé ďalšie závažné symptómy: chronická emočná dysregulácia, zmeny pamäti a pozornosti, zmenené sebavnímanie, vnímanie páchatel'a a druhých, somatizácia, posuny vo významových systémoch“ (Hašto & Vojtová, 2014, s. 22).

Syndróm závislosti má označenie v MKCH-10 ako F1x.2. „Je to skupina fyziologických, behaviorálnych a kognitívnych fenoménov, v ktorých užívanie nejakej látky alebo triedy látok má u daného jedinca omnoho väčšiu prednosť než iné jednanie, ktorého si kedysi cenil viac. Centrálnou popísanou charakteristikou syndrómu závislosti je túžba (často silná, niekedy premáhajúca), brať psychoaktívne látky, (ktoré môžu, avšak nemusia byť lekárske predpísané), alkohol alebo tabak (Nešpor, 2011 s. 10). „Drogová závislosť je vážnejšou poruchou zdravia ako abúzus. Je to vlastne vytvorenie závislosti organizmu od drogy, čo sa prejavuje buď dokázateľne stúpajúcou toleranciou proti užívanej látke a stupňovaní dávky, alebo abstinенčným syndrómom“ (Kafka et al., 1998, s. 210). „Psychická zložka závislosti je oveľa horšie ovládateľná a jej zvládnutie vyžaduje oveľa viac ako pevnú vôľu. Práve psychická závislosť je dôvodom, prečo existujú liečebné zariadenia ako napríklad terapeutické komunity, ktoré ponúkajú dlhodobú liečbu. K jej zvládnutiu je treba mnoho mesiacov alebo rokov a je taktiež príčinou recidívy i po niekoľkoročnej abstinencií“ (Sananim, 2007, s. 20). Fyzická závislosť sa manifestuje „abstinенčnými príznakmi po prerušení užívania drogy. Vzniká vtedy, keď sa droga stane nutnou súčasťou metabolizmu a prejavuje sa nepríjemným syndrómom odňatia drogy“ (Hudecoá et al., 2009, s. 189).

Duálna diagnóza niekde označovaná aj ako komorbidita. „O duálnej diagnóze hovoríme vtedy, ak má klient psychiatrické problémy, tak problémy s užívaním návykových látok“ (Zimberg, 1993 in Millerova, 2011, s. 95). Svetová zdravotnícka organizácia definuje duálnu diagnózu ako „súbežný výskyt porúch spojený s užívaním psychoaktívnej látky a ďalšej duševnej poruchy u daného jedinca“ (WHO, 1995).

Petzold (1990 in Šicková-Fabrics, 2002, s. 31) predkladá následnú definíciu arteterapie, ktorá dokladá jej rozsiahle komplexné pôsobenie na človeka, „arteterapia je teoreticky usmernené pôsobenie na človeka ako celok v jeho fyzických, psychických danostiach, v jeho uvedomelých i neuvedomelých snaženiach, sociálnych a ekologických väzbách, plánované ovplyvňovanie postojov a správania pomocou umenia a z umenia odvodenými technikami, s cieľom liečby alebo zmiernenia ochorenia a integrovania, alebo obohatenia osobnosti“.

1.1 Duálna diagnóza - PTSD a DZ

Pojem duálna diagnóza autori definujú nasledovne. Jeřábek (2008, s. 70) ju v jednoduchosti definuje ako „súbeh syndrómu závislostí s ďalšou duševnou poruchou“. Williams & Cohen (2000 in Miovska, Miovsky and Kalina, 2008, s. 75) termín vnímajú ako identifikáciu užšieho vzťahu medzi dvoma ochoreniami a vyjadruje tak určitú etiologickú súvislosť daných ochorení alebo porúch“. Zimberg (1993, in Millerová, 2011, s. 95) zhrňuje, že „o duálnej diagnóze hovoríme vtedy, ak má klient ako psychické problémy, tak problémy s užívaním návykových látok“.

Za dôležité považujeme aj konkrétne vymedzenie pojmu DD. „Z psychopatologického hľadiska je otázka, kedy má takýto pojem oprávnenie. V adiktologickej praxi je možno rozlíšiť (Jeřábek, 2008, s. 70) :

- Látkovo závislí jedinci s psychopatologickou komplikáciou, a to až psychotickou hĺbkou – dôležitým diferenciálne diagnostickým kritériom je tu priebežná charakteristika, symptómov po zastavení prísunu látky.
- Pacienti rôzneho diagnostického spektra (zvlášť F.2 alebo F.3), ktorí užívajú návykovú látku väčšinou preto, že im prechodne poskytne subjektívnu symptomatickú úľavu – u týchto sa niekedy môže rozvinúť syndróm závislosti a pojem duálna diagnóza by mal byť vyhradený práve im.

Predpokladáme, že práve druhá varianta je v prípade vzniku DD v spojitosti DZ a PTSD u klientov adiktologických služieb najpočetnejšia. DD vnímame ako pojem, ktorý sa začína do značnej miery častejšie skloňovať v rámci odborných kruhoch, v ktorých je pomerne častý kontakt s ľuďmi s DD, ako psychiatria, psychológia, adiktológia, ošetrovatel'stvo. „V posledných rokoch je tento problém stále častejšie predmetom politických a odborných diskusií, pretože je zrejme, že postihuje veľký a pravdepodobne rastúci počet ľudí“ (EMCDDA, 2004, s. 94). Zároveň vnímame, že existuje stále diskusia v oblastiach jednotlivých intervencií, ale aj v priebehu vzniku samotnej DD. Taktiež je možné si povšimnúť ako ukazujú štatistiky, že počet diagnostikovaných DD u ľudí so závislosťou na návykových látkach narastá. „Podľa riaditeľa amerického National Institute on Drug Abuse trpí 30-60 % osôb zneužívajúcich návykové látky súbežne prebehajúce duševné ochorenie (Leshner, 2003 in Nešpor, 2003, s. 233). Je však podľa nás otázne nakoľko sa jedná o zvýšený počet výskytu samotných DD alebo zvýšený počet diagnostík. Domnievame sa však, že v rámci adiktológie je nevyhnutné venovať patričnú pozornosť ľuďom s DD pre ich

špecifiká, ktoré sa odrážajú aj pri jednotlivých intervenciách v rámci jednotlivých služieb. „Pre porovnanie s inými psychotickými pacientmi vykazuje skupina osôb s DD určité všeobecné tendencie, medzi ne patrí vyššia miera suicidálneho/ homocidálneho/ impulzívneho správania, vyššia inteligencia, vyššia pravdepodobnosť jednorazových epizód nadmerného užívania a vyššia miera manipulatívneho správania“ (Millerova, 2001, s. 96). Práve dané špecifické tendencie poukazujú na potrebnosť zvýšeného záujmu zo strany odborníkov o DD.

Na základe dlhodobej praxe vieme, že je u klientov/iek adiktologických službách pomerne častý výskyt traumatickej udalosti (alebo ich súbeh), ktorá vznikla pomerne často v samotnom detstve alebo dospievaní, alebo aj počas samotného užívania. „Psychológ John Briere uvádza, že osoby, ktoré zažili v detstve týranie, celkom zjavne vykazujú vo väčšej miere nespavosť, sexuálnu dysfunkciu, disociáciu, hnev, samovražednosť, kaličenie vlastného tela, sklon k drogám a alkoholizmu než iní pacienti a pacientky“ (Herman, 2001, s. 172) Medzi časté traumatické udalosti počas obdobia užívania je pretrvávajúce fyzické a psychické násilie (najčastejšie od partnerov), somatické ochorenia (absces, flegmóna, endokarditída), sex-biznis, predávkovanie, výkon trestu a pod. Myslíme si, že tieto traumatické udalosti sú málokedy bezpečne spracované, pričom majú tendenciu s ich neriešením obvykle narastať (napr. násilný partner), a tým sa zvyšuje riziko opätovnej traumatizácie s narastajúcimi nežiaducimi príznakmi. Pri prežívaní opakovaných traumatických udalostí možno hovoriť aj o komplexnej posttraumatickej poruche. „Vznikajú ako následok opakovaného vystavenia nadmerným stresorom, často v detstve, a ktorých klinický obraz obsahuje okrem príznakov PTSD aj mnohé ďalšie závažné symptómy: chronická emočná dysregulácia, zmeny pamäti a pozornosti, zmenené sebavnímanie, vnímanie páchatel'a a druhých, somatizácia, posuny vo významových systémoch“ (Hašto & Vojtová, 2014, s. 22). Domnievame sa, že s danou KPTSD sa taktiež do značnej miery stretávame aj u adiktologických klientoch/kách.

1.2 Vzťah drogovej závislosti a posttraumatickej stresovej poruchy

Pre komplexné pochopenie DD je nevyhnutné oboznámiť sa s ich vzťahom, ktorý možno považovať do značnej miery za variabilný, ale v prvom rade špecifický v jednotlivých konkrétnych prípadoch. Považujeme danú dynamiku vzťahu, vznik a priebeh vysoko variabilný a zároveň ťažko predvídateľný.

Vzťah DZ a PTSD môžeme vnímať rovnako ako sa vo všeobecnosti popisuje vzťah u duálnych diagnóz. Nešpor (2003) uvádza dve základné alternatívy vzniku DD:

1. Duševná porucha - návyková choroba.

Závislosť na návykovej látke alebo iné návykové ochorenie sa objavilo u jedinca, ktorý už predtým trpel nejakým duševným ochorením. Výskyt návykových problémov je u jedincov s duševným ochorením vyšší ako u bežnej populácie.

2. Návykové ochorenie - duševné ochorenie.

Duševné ochorenie sa prejavilo u jedinca, ktorý návykové látky zneužíval alebo bol na nich závislý. Táto možnosť sa týka predovšetkým u PTSD, tá ale vznikla až po rozvoji návykového problému.

Krausz (1996 in EMCDDA, 2004, s. 94) navrhuje štyri kategórie duálnych diagnóz:

- Primárna diagnóza duševného ochorenia, s následnou (duálnou) diagnózou zneužívania návykových látok, ktoré pôsobia nepriaznivo na duševné zdravie.
- Primárna diagnóza závislosti na návykovej látke s psychickými problémami vedúcimi k duševnému ochoreniu.
- Súbežná diagnóza zneužívania návykových látok a duševnej poruchy.
- Duálna diagnóza zneužívania návykových látok a poruchy nálad, v oboch prípadoch plynúcich z traumatického zážitku, napríklad z PTSD.

Ďalší model približuje Jenner et al. (1998 in Miovska et al., 2008, s. 75), model identifikuje celkom šesť typov klientov s DD:

- Klient s ochorením psychotického spektra (schizofrénia, bipolárna afektívna porucha, ťažká depresia atď.), ktorí súčasne spĺňajú diagnostické kritéria pre závislosť na drogách.
- Klienti s ochorením nenáležiacim do psychotického spektra, ktorí spĺňajú diagnostické kritéria pre závislosť na drogách.
- Klienti s ochorením psychotického spektra, ktorí spĺňajú kritéria pre zneužívanie drog.
- Klienti s ochorením nenáležiacim do psychotického spektra, ktorí spĺňajú kritéria pre zneužívanie drog.
- Klienti s ochorením psychotického spektra, ktorí užívajú drogy rizikovým spôsobom, čo ohrozuje ich fyzické alebo psychotické zdravie.

- Klienti s ochorením nenáležiacim do psychotického spektra, ktorí užívajú drogy rizikovým spôsobom, čo ohrozuje ich fyzické alebo psychické zdravie.

Katona (2013, s. 142) opisuje vznik DD z dvoch hľadísk „z hľadiska etiológie možno rozlišovať dve skupiny komorbidných užívateľov drog. V prvej skupine vedie ku vzniku návykového ochorenia duševná porucha. V tomto prípade sa návykové ochorenie objavuje u jedinca, ktorý predtým trpel inou duševnou chorobou. Výskyt závislosti je u duševne chorých jedincov vyšší ako v bežnej populácii. Ide o tzv. „model automedikácie“, keď osoba užíva návykovú látku za účelom zmiernenia psychických problémov. Pri druhej skupine komorbidných užívateľov drog možno hovoriť o skutočnosti, keď návykové ochorenie vedie k vzniku duševnej poruchy. V tomto prípade sa duševné ochorenie manifestovalo u jedinca, ktorý návykovú látku už užíval alebo bol na nej závislý. Napríklad, dlhodobé užívanie metamfetamínov môže viesť k organickým poškodeniam mozgu so sprievodnými kognitívnymi deficitmi“. Hašto a Vojtová (2014, s. 23) uvádzajú, že „k základným poznatkom klinického psychotraumatologického výskumu týkajúceho sa syndrómového vyjadrenia a dynamiky klinických obrazov patrí zistenie, že samotná psychická trauma môže teda viesť cez akútnu stresovú poruchu alebo bez nej do PTSD a tá do zmeny osobnosti alebo poruchy osobnosti. Trauma ale môže viesť aj priamo, teda nielen cez akútnu stresovú poruchu a PTSD, do klinického obrazu poruchy s depresiou alebo úzkosťou, somatizáciou, abúzom látok a závislosťou alebo disociáciou“.

Ako ďalej Nešpor (2003, s. 233) dopĺňa „v oboch prípadoch sú totiž príznaky duševného ochorenia a návykového ochorenia v interakcii a vzájomne sa ovplyvňujú“. Domnievame sa, že vzťah vzniku DD v spojitosti DZ a PTSD je pomerne značne variabilný, nie je teda úplne jednoznačný. Na základe praxe sme mali možnosť oboznámiť sa s rôznymi príbehmi klientov/iek. Pomerne často boli v ich prípadoch traumatické udalosti už počas ranného detstva. Najčastejšie sa jednalo o fyzické a psychické násilie, primárne sa jednalo o znásilnenia rodičmi alebo blízkymi osobami. Greg a Moos (2002 in Millerova, 2011, s. 165) „dospeli na základe analýzy príslušného výskumu k záveru, že väčšina žien a početná menšina mužov absolvujúcich liečbu závislosti na návykových látkach, zažila fyzické týranie alebo pohlavné zneužívanie, čo súvisí s medziľudskými problémami a komorbiditou s PTSD, a preto možno predpokladať horšie výsledky pri liečbe závislosti“. Ale zároveň častú tendenciu mali opakujúce sa traumatické udalosti primárne u žien závislých na návykových látkach a pracujúcich v sexbiznise. V danom prípade sa jednalo o hromadiace sa znásilnenia a fyzické násilie. Domnievame sa, že najčastejšie sa v praxi možno stretávať u ľudí s DD,

primárne vznikom traumatizácie a teda aj PTSD, to však zároveň nemuselo byť ihneď diagnostikované. V tomto modeli by prevládala spomínaná self medikácia.

Avšak netreba opomenúť, že život užívateľov drog (ďalej UD) najmä u injekčných užívateľov drog (ďalej IUD) je pomerne značne traumatizujúci. Trauma je spojená s často rizikovým spôsobom života UD. „Vzniká už samotným aktom závislosti, ale obzvlášť deštruktívnymi injekčnými aplikáciami, páchaním kriminálnych deliktov, či už ako páchatel' alebo ako obeť, či predávkovaním. Ďalej je to konfrontácia so smrťou niekoho blízkeho na drogách alebo práca v sex-biznise (najmä ak je táto práca praktikovaná pod hrozbou, alebo pod násilím)“ (Kudrle, 2003, s. 130). Ako ďalej dopĺňa „závislý život znovu potvrdzuje traumu, je retraumatizujúci. Retraumatizácia, ktorá je vlastná závislosť, vedie k zvýšenej potrebe obrany. Tak sa vytvára bludný kruh traumu a závislostí - závislosť na traume“ (Kudrle, 2003, s. 131). Existujú tvrdenia v rámci gender odlišností. „Národný inštitút pre užívanie drog (NIDA) dospel k zisteniu, že ženy zrejme vykazujú vyššiu senzitivitu voči odmenám vo forme drogy, a že stretávanie sa s psychosociálnymi faktormi (zlé zachádzanie, depresie, PTSD, vzťahy so signifikantnými osobami, násilie zo strany partnera) môže výrazne prispieť k tomu, že žena začne užívať a v užívaní pokračuje“ (Millerová, 2011, s. 319).

1.3 Štatistické ukazovatele

„Podľa riaditeľa amerického National Institute on Drug Abuse trpí 30-60 % osôb zneužívajúcich návykové látky súbežne s prebiehajúcou duševnou poruchou“ (Nešpor, 2003, s. 233). Miovska et al. (2008) upozorňujú, že odhady prevalencie DD závisia od niekoľkých kritérií a to, aká populácia bola skúmaná (bezdomovci, väzni), v akom časovom rámci (celoživotná, posledný mesiac), aké kritéria boli pre jej posúdenie zvolené, a či sa jedná o pomer medzi klientmi s psychickým ochorením alebo u klientov s problémami súvisiacimi s užívaním návykových látok. Podľa údajov ÚZIS (2004) bolo v roku 2003 v psychiatrických liečebniach a oddeleniach nemocníc uskutočnených celkom 4 636 hospitalizácií na poruchy spojené s užívaním nelegálnych návykových látok (F11-F19). Ďalšie diagnózy boli diagnostikované celkom 316- krát (6,8%), u 192 mužov (60,8%) a 124 žien (39,2%). V 282 (64,4 %) prípadoch sa na pozíciu prvej vedľajšej diagnózy objavila ďalšia psychiatrická porucha, tá bola súčasne diagnostikovaná v 26% ako druhá vedľajšia diagnóza a v 7,5 % ako tretia vedľajšia diagnóza). V rámci ČR možno upriamiť pozornosť na štúdiu venujúcou sa DD

u problémových užívateľov drog ktorá bola uskutočnená v rokoch 2001-2002 na klientoch zariadenia SANANIM o. s., ktorú uskutočnil Kalina. Výsledky danej štúdie približuje prehľadná tabuľka.

Okruh komplikácií	Počet	% z komplikácií	% vzorku
Depresivní syndrom	14	19,7	7
Uzkostný a fobický syndrom	12	16,9	6
Paranoidní syndrom	7	9,8	3,5
Poruchy príjmu potravy	10	14	5
Poruchy osobnosti	28	39,4	14
Celkem	71	100%	35,5
Vzorek	200	-	200

Zdroj tabuľky: Mravčík et al. (2003), Kalina (2006) in Miovská et al.(2008, s. 78)

Možno si povšimnúť, že odhady prevalencie DD sa v rámci štúdií často líšia. Avšak je možné zaznamenať trend narastajúcich čísel v diagnostikovaní DD. Toto tvrdenie dopĺňa EMCDDA. „Mnohí odborníci na drogovú problematiku sa domnievajú, že sa prevalencia drogovej závislosti v kombinácii s duševnými poruchami zvyšuje, i keď niektorí tento vzostup pričítajú väčšiemu povedomiu o tomto probléme alebo zmenám v diagnóze klasifikácií duševných ochorení, alebo reštrukturalizácií systému zdravotníckej starostlivosti“ (EMCDDA, 2004, s. 96). „V Európe sa odhaduje, že 30-50 % psychiatrických pacientov súčasne trpí duševným ochorením a užíva návykové látky“ (EMCDDA, 2004). Podľa nášho názoru, dané percento poukazuje na pomerne alarmujúci stav, ktorému je potrebné venovať patričnú pozornosť nielen z radov odborníkov v rámci psychiatrických oddelení, ale aj adiktologických služieb. Podľa nášho názoru je tu však potrebná aj otázka, ako jednotlivé inštitúcie spolupracujú pri samotnej tvorbe štatistík prevalencií, ale aj primárne v rámci diagnostiky a následných odborných intervencií. Deykin a Buka (1997 in Nešpor, 2003, s. 233) uvádzajú, že výskyt PTSD je u dospelých závislých 5x vyšší ako u ich

vrstovníkov, ktorí závislí nie sú.“ Daný údaj potvrdzuje naše úvahy a tvrdenia v úvode práce, že u ľudí s DZ možno bádať časté traumatické udalosti už v detstve alebo počas dospievania.

„Výskumné štúdie v USA ukázali, že 98,8% osôb s PTSD trpelo vo svojom živote najmenej jednou inou psychiatrickou poruchou a zároveň zneužívaním návykových látok“ (Davidson, 1996 in Vizinová & Preiss, 1999, s. 31.). Ako ďalej dodáva Vizinová a Priess (1999, s. 32) „súhrne možno povedať, že komorbidita PTSD je vysoká. Častý je výskyt úzkostných stavov, depresie, závislosť na návykových látkach (drogy, alkohol), časté sú manželské problémy, ale i suicidálne myšlienky a pokusy“.

„Najčastejšie psychiatrické diagnózy vyskytujúce sa pri závislostiach sú poruchy osobnosti, depresie, ale aj poruchy z okruhu schizofrénie. Okrem spomenutých diagnóz sa u závislých možno stretnúť aj s vyšším výskytom úzkostných porúch, sociálnej fobie a posttraumatickej stresovej poruchy“ (Katona, 2013, s. 142).

V štúdiu zaoberajúcou sa komorbiditou u užívateľov drog, ktorú previedol Weaver et al. (2002), autori odhadujú nasledujúce prevalencie komorbidity:

- Psychotické poruchy: 7,9 %,
- poruchy osobnosti: 37 %,
- ťažká depresívna porucha: 26,9 %,
- mierna depresívna porucha: 40,3 %,
- úzkostná porucha: 19 %,
- zmiešaná depresívna porucha a úzkostná porucha: 18,5 %,
- depresívna porucha alebo úzkostná porucha: 67,6 %.

Prevalencia DD v spojitosti DZ a PTSD nie je v rámci jednotlivých šetrení jednoznačná, je možné, že niektoré zdroje informácií sme opomenuli alebo sa spojitosť PTSD a DZ venuje okrajovo. Dôvody absencie konkrétnych štatistík môžu byť rôzne. Domnievame sa, že absencia diagnostikovania PTSD u DZ môže byť ovplyvnená jej nechceným prehliadnutím, nakoľko sú traumatické udalosti pomerne často zastúpené v ich životoch ľudí so závislosťou. Ale zároveň predpokladáme primárne opatrnosť pri jej samotnom diagnostikovaní. Avšak, je otáznosť, nakoľko práve prvotná diagnostika PTSD u DZ nie je potrebná pre jej včasné podchytenie a zamedzeniu tak častých špecifických problémov v procese liečby a následnej retraumatizácie. Na jednej strane sa tak môže ocitať odborná obozretnosť s patričnou potrebnosťou komplexnej diagnostiky, ale aj prehlbujúcej stigmatizácií klienta. Danej

problematike sa budeme podrobnejšie venovať v nasledujúcej kapitole. Uvádzame preto aj pre komplexnejšie informácie prevalenciu jednotlivých ochorení samostatne.

Prevalencia PTSD podľa diagnostického manuálu DSM-IV hovorí o „prevalencií v celkovej populácii medzi 0,5% a 1%. U rizikových skupín (vojnový veteráni, obeť spoločných erupcií alebo kriminálnych činov sa uvádza 3-58%. Pomer počtu mužov a žien je 1:2 (APA, 1994; Basoglu, 1992 in Vizinová & Preiss, 1999, s. 33). Myslíme si, že UD možno zaradiť práve do rizikovej skupiny, nakoľko práve u problémových užívateľov drog je život do značnej miery často spojený s rizikovým správaním a rizikovými situáciami.

Prevalenciu užívania návykových látok prehľadne približuje tabuľka z Výročnej správy o stavu vo veciach drog 2013 ČR.

Prevalencia	Typ drogy	Pohlaví		Mladí dospelí	Populace celkem
		Muži	Ženy	15–34 let	15–64 let
		(n=1 056)	(n=1 072)	(n=824)	(N=2 134)*
Celoživotní prevalence	Tabák	75,0	61,7	70,3	68,3
	Alkohol	–	–	–	–
	Konopné látky	34,9	21,2	45,9	27,9
	Extáze	5,0	2,2	7,2	3,6
	Pervitin nebo amfetaminy	3,4	1,7	4,5	2,5
	Kokain	3,8	0,9	3,7	2,3
	Heroin	1,2	0,0	0,7	0,6
	LSD	4,4	1,2	5,4	2,8
	Halucinogenní houby	7,7	2,9	10,2	5,3
	Nové rostlinné drogy	0,9	0,6	1,6	0,7
	Nové syntetické drogy	0,4	0,4	0,9	0,4
	Těkavé látky	1,5	0,3	1,2	0,9
	Léky – sedativa, hypnotika	–	–	–	–
	Léky – opioidy	–	–	–	–

Zdroj tabuľky: *Výročná správa o stavu vo veciach drog 2013 ČR.*

1.4 Diagnostika

Práve správne prevedenú diagnostiku DD považujeme za kľúčový bod pre následné zostavenie liečebného plánu ako aj plán samotnej arteterapie. Evans a Sullivan (2001 in Millerová, 2011) uvádzajú, že „duálna diagnóza sa ľahšie určuje, pokiaľ sa psychické problémy vyskytovali už predtým, než nastali problémy zo závislosťou.“ Americký Úrad pre služby v oblasti užívania návykových látok a duševného zdravia (SAMHSA, 2000b in Millerová, 2011, s. 164) „odporúča, aby poradci prevádzali screening na traumy v prípade prítomnosti PTSD, silnej depresie alebo porúch nálady, a aby taký screening prevádzali v priebehu celého liečebného procesu“.

Stotožňujeme sa s názorom Miovskej et al. (2008, s. 75) ktorí tvrdia, že „tému DD je celosvetovo venovaná veľká pozornosť a celý diagnostický systém sa prispôsobuje (o.i. napríklad zavedenie viacosového systému), nie je situácia stále uspokojujúca. Pritom zanedbaná diagnostika napr. v podobe chybné diagnostikovaného či vôbec nediodagnostikovaného ochorenia, či poruchy, ktoré sa pridávajú k základnej diagnóze závislosti, môže rapídne znížiť efektivitu celého liečebného procesu“. Dovoľujeme si tvrdiť, že pri jej priebehu existuje mnoho naucií, ktoré možno nechcene opomenúť, a tak zakresliť potrebné informácie pre jej správne stanovanie. Je preto potrebné venovať celému priebehu patričnú pozornosť a vnímať jednotlivé informácie v celku, prípade nejasnosti konzultovať s inými odborníkmi. Miovská et al (2008, s. 80) stanovujú základné požiadavky pre úspešne prevedenie diagnostiky a následne stanovanie reálneho liečebného plánu:

- Kvalitne prevedenie komplexného psychologického vyšetrenia (zamarené na osobnosť i výkonové schopnosti pacienta).
- Sociálne a sociálno – právne zhodnotenie stavu a situácie pacienta (môže pomôcť v získaní diagnostiky validných informácií o živote pacienta, miere vplyvu jeho sociálnej roviny a rodinnej situácie, na jeho problémy atď.).
- Kontrolované podmienky pre vyšetrenie z hľadiska použitia návykových látok, t.j. predovšetkým zamedziť ďalšiemu užitiu návykových látok (kontrola doby abstinencie) a mať prehľad o časovom odstupe, napr. od poslednej intoxikácie. Toto kritérium je často podceňované a pritom napr. u diagnostiky toxických psychóz môže byť takmer jediným validným kritériom pre odlišenie od iných psychotických porúch.
- Detailná znalosť anamnestických údajov, a to ako z perspektívy individuálnej, tak rodinnej anamnézy a priebehu ochorenia/poruchy.
- Zoznámenie sa z predchádzajúcou zdravotníckou dokumentáciou pacienta alebo výpisy z nej.
- Zaistenie štandardného toxikologického, biochemického a ďalších vyšetrení, taktiež celkového dôkladného vyšetrenia telesného stavu pacienta.
- Spolupráca a ochota pacienta, bez ktorej mnohé z údajov nie je možné presne zistiť a mať ich presný popis.

Dovoľujeme si načrtnúť spôsob akým uvažujeme pri možnom procese diagnostikovania DD v spojitosti PTSD a DZ u jedinca. V tomto modeli zohrávajú dôležitú úlohu jednak

odbornosť u jedinca, ktorý diagnostiku realizuje, vzťah a primárne dôvera zo strany pacienta a čas.

- diagnostikovaná DD: ↓ PTSD a DZ

V procese diagnostikovania boli odhalené obe diagnózy súčasne. V danom prípade obe duševné ohorenia sú prejavované symptómy, je tu potreba vzťahu na báze dôvery a nevyhnutná odbornosť a citlivosť u pracovníka.

- Diagnostikovaná DZ ... ↓ trauma ... následne rozvoj PTSD.

V procese diagnostiky bola na základe symptómov diagnostikovaná DZ. Následne sa u jedinca vyskytla traumatická udalosť, ktorá vyústila k vzniku PTSD v tomto prípade považujeme za nevyhnutné to, aby daný odborník postrehol jednotlivé symptómy PTSD alebo zároveň je tu dôležitý vzťah s pacientom, nakoľko sa mu s traumatickým zážitkom/kami (symptómami) zdôverí. V tomto prípade hrá rolu aj samotný čas a premenlivosť, ktorú považujeme taktiež za dôležité vnímať a neustrnúť len na diagnostike, ktorá bola už raz prevedená.

- Diagnostikovaná DZ ... ← trauma ... doplnenie PTSD (bola prítomná).

V tomto prípade bola diagnostikovaná len DZ aj napriek tomu, že u jedinca existovala už rozvinutá PTSD. Jedná sa o neskoré odhalenie PTSD. Dané neskoré odhalenie môže byť ovplyvnené menšou mierou odbornosti diagnostiky, bol nevyhnutný čas pre zber informácií na doplnenie alebo jednalo sa o neúplne informácie zo strany pacienta, teda možno o vzťahu bez potrebnej dôvery, alebo hanba z odhalenia a prehĺbenia stigmatizácie.

- Diagnostikovaná PTSD ... ↓ užívanie návykových látok (selfmedikácia) ...rozvoj DZ

Diagnostikovaná bola PTSD, avšak u jedinca postupne došlo k rozvoju závislosti. Daná diagnóza bola rozšírená o DZ. V tomto prípade hrá rolu čas a premenlivosť, zároveň odbornosť odborníka pre všímavosť jednotlivých nových symptómov u pacienta a dôvera zo strany pacienta zveriť sa.

- Diagnostikovaná PTSD ... ← užívanie návykových látok ... doplnenie DZ (bola prítomná).

Táto časť pojednáva opäť primárne o odbornosti daného odborníka prevádzajúceho diagnostiku, o vzťahu s pacientom, najmä zo strany pacienta.

Domnievame sa , že prvý modelový bod je pomerne menej častý. Predpokladáme to z dôvodu opatrnosti v prípade diagnostiky DD u jedinca. Za vhodnú možnosť, ktorá sa tu

ponúka ako predchádzanie nesprávnej diagnostiky, je práve flexibilne diagnostikovanie. Za relatívne bežné podmienky predpokladáme body číslo 2 a 3. Práve s danými možnosťami sa na základe doterajšej praxi stretávali najčastejšie.

Flexibilné diagnostikovanie a diferenciálne diagnostikovanie považujeme pri diagnostikovaní DD za vhodné intervencie pred konečnou diagnostikou. Millerová (2011) flexibilné diagnostikovanie definuje ako „použitie provizórnej diagnózy do tej doby, pokiaľ bude mať klinický pracovník dostatok informácií k stanoveniu diagnózy definitívnej“. Myslíme si, že táto alternatíva dáva možnosť odborníkovi získať dostatok potrebných informácií pre konečnú diagnostiku, pričom preddiagnostika udáva aj čiastočne nasmerovanie prípadných potrebných včasných intervencií. V neposlednom rade sa tak do istej miery minimalizuje možnosť nepresnej diagnózy alebo jej zámene za iné podobné ochorenie. Ako uvádzajú Vizinová a Preiss (1999) u PTSD je pri diagnostike možná korelácia s poruchami podobného typu ako depresia, panická porucha, fobie a pseudopsychóza. Pozornosť pri diagnóze PTSD venujeme aj prípadnému poraneniu hlavy. Zvažujeme aj ďalšie organické príčiny ako je epilepsia, závislosť na alkohole či inej návykovej látke. Akútna intoxikácie a abstinénčné príznaky môžu mať podobný obraz ako u PTSD. Niekedy sa PTSD zamieňa za akútnu reakciu na stres, inokedy po traumatickej udalosti dochádza k rozvoju špecifickej fobie (Praško, Pašková, Soukupová & Tichý, 2001). Práve pre danú podobnosť symptómov PTSD a akútnej intoxikácie, abstinénčných príznakov je pre diagnostiku potrebná určitá dĺžka abstinencie u daného jedinca.

Pri stanovovaní diagnózy u DD je nevyhnutná určitá doba abstinencie jedinca, a to z toho dôvodu, aby prípadné príznaky duševného ochorenia neboli mylne označené ako psychiatrické symptómy určitého ochorenia v našom prípade PTSD, pričom sa môže jednať o prejavy akútnej intoxikácie alebo abstinénčné symptómy. Dĺžka abstinencie nie je jednoznačná, u jednotlivých odborníkov sa podstatne líši 3 až 6 týždňov (Zimberg, 1999 in Millerová, 2011) alebo 4 až 8 týždňov (Scott, 1995 in Millerová, 2011). Toto tvrdenie dopĺňa Katona (2013, s. 142) „pri zisťovaní komorbidít treba počítať aj s tým, že duševné poruchy môžu byť bezprostredne zapríčinené užitím návykovej látky. Psychopatologické symptómy sa môžu vyskytovať pri abstinénčnom syndróme alebo môžu byť reakciou na psychosociálne zmeny podmienené závislosťou“. „Akútne psychózy navodené drogami sa vyskytujú zvlášť u osôb užívajúcich kokaín, amfetamíny a halucinogény a obvykle pomerne rýchle ustupujú. Môže byť však veľmi ťažké rozlíšiť symptómy vyvolané drogovou intoxikáciou od psychotických epizód, ktoré s užívaním drog nesúvisia (EMCDDA, 2004, s. 94).

Považujeme za potrebné brať do úvahy to, že „ľudia, ktorí predtým boli v starostlivosti psychiatra, predstavujú zvláštnu skupinu. Klinické prejavy skoršieho alebo prítomného duševného ochorenia sa mieša s následkami traumy a tým je sťažená diagnostika a následná starostlivosť. Pôvodné poruchy môžu byť traumou posilnené, môže dôjsť k dekompenzácií či remisii psychózy“ (Vizinová & Preiss, 1999, s. 36). Nešpor (2003) uvádza ďalšie dôležité body, ktoré pri diagnostike nemožno opomenúť, a to genderové rozdiely, pri čom práve u žien je možné riziko zakrývania návykového problému a ďalšie je neopomenutie motivácie, prečo zakrývať návykové ochorenie a zdôrazňovať psychické ochorenie zo strany klienta môže byť snaha získať lieky k ich následnému zneužitiu alebo predaju.

Ďalej vnímame potrebu mať pri prevádzaní diagnostiky základné poznatky o dynamike vzťahu a etiológii PTSD a DZ a tým predpokladať ďalší daný vývoj alebo prípadne náhle zmeny ochorenia, ale taktiež dané poznanie dáva možnosť predikcie a vyvarovaniu sa prípadnej retraumatizácie. Vizinová a Preiss (1999) uvádzajú, že „ak sa terapeut domnieva, že pacient trpí traumatickým syndrómom, mal by sa celkom otvorene o túto informáciu podeliť so svojim pacientom. Poznanie znamená mať moc. Traumatizovanej osobe sa často uľaví už len tým, že sa dozvie pravý názov svojho stavu. Keď sa spresní diagnóza, začne sa proces zvládania problému“.

Kongruencia, citlivé informovanie, je pri nadväzovaní terapeutického vzťahu nevyhnutné, a to aj pri prvotnej diagnostike. Práve v tomto momente je možnosť nadviazať bezpečný vzťah s klientom potrebný pre jeho ďalší úspešný liečebný proces. „Je úlohou odborníka, aby sa v rámci snímania anamnézy dôkladne zamerail na možnú traumatogénnu etiológiu ťažkostí. Rozpoznanie podielu psychotraumatických zážitkov na klinickom obraze a dynamike ochorenia by malo byť podkladom pre posúdenie liečebného postupu, ako aj súčasťou psychoedukácie pacienta“ (Hašto & Vojtova s. 23). „Pokiaľ je známe, že jedinec bol vystavený traumatickej udalosti, pátrame po príznakoch PTSD. V tejto situácii môže diagnosticky veľmi pomôcť predovšetkým dávanie návratných, znovu prežívaných predstáv a myšlienok. Pretože PTSD je prognosticky ďaleko závažnejší stav ako mierna depresia, je potrebné okamžité zahájenie liečby a prevencia prechodu ochorenia do chronickej poruchy“ (Longauerová, Bačišinová and Šanta, 2008, s. 123).

Ako ďalej uvádzajú Longauerová, Bačišinová a Šanta (2008, s. 123) „pri prvom kontakte s pacientom nie je vhodný zľahčujúci, bagatelizujúci, či prehnane racionalizujúci prístup ("to postretlo kde koho ... vzmúž sa ... môže byť ešte horšie"). Postihnutý musí nadobudnúť pocit, že mu rozumieme, chápeme jeho utrpenie, poznáme problematiku PTSD, a že mu dokážeme a chceme pomôcť. Zároveň má dostať signál, že nejde o niečo úplne výnimočné, že

touto poruchou netrpí on sám ako prvý a jediný na svete. Tri zásady prvého kontaktu s pacientom postihnutým PTSD“:

- Účasť a porozumenie,
- vysvetlenie poruchy - obrazu i výskytu,
- vysvetlenie liečby - spôsobu a prognózy.

Domnievame sa, že existuje do istej miery možný nesúlad alebo rozdielnosť v diagnostike a je to podmienené na základe rozdielnosti pracovísk (psychiatrické oddelenie, adiktologická ambulancia, súkromná psychiatrická ambulancia), kde je diagnostika prevádzaná ale aj tým s akými prvotnými symptómy pacient prichádza. Teda samotnou zákazkou pacienta.

Pri stanovovaní diagnostiky DD v spojitosti DZ a PTSD je základným predpokladom poznanie ich samotnej diagnostiky. Predkladáme preto ich stručné kritéria diagnostiky. „Záujem o psychotraumatológiu v posledných desaťročiach posunul výskum i klinickú prax významne dopredu a vznikla potreba zahrnúť nové poznanie aj do diagnostických manuálov. Hoci sa napokon v DSM-5 neobjavili žiadne zásadné posuny, stoja za krátku zmienku v rámci časti o diagnostike posttraumatickej stresovej poruchy (PTSP). Kým v predchádzajúcej americkej klasifikácii je PSTP zaradená pod úzkostné poruchy, v DSM-5 sa nachádza v časti Poruchy spôsobené traumou a stresorom, čo presnejšie zodpovedá oveľa komplexnejšej symptomatike PTSP a zohľadňuje aj etiologický aspekt, ktorý je pre túto poruchu špecifický (Hašto & Vojtová, 2014, s. 22).

MKCH-10 uvádza PTSP pod kódom F43.1 a vyžaduje splnenie 5 kritérií A – E (Hašto & Vojtová, 2014, s. 22):

- Pacient bol vystavený stresujúcej udalosti alebo situácii (trvajúcej krátko alebo dlho) neobvykle hrozivého alebo katastrofického rázu, ktorá by pravdepodobne vyvolala prenikavé rozrušenie takmer u každého.
 - Znovuprežívanie udalosti (živé spomienky, opakujúce sa sny alebo prežívanie úzkosti v situáciách pripomínajúcich traumou).
 - Vyhybanie sa situáciám pripomínajúcich traumou.
 - Aspoň niektorý zo znakov:
 1. neschopnosť spomenúť si úplne alebo čiastočne na niektoré okolnosti z doby, keď došlo k stresujúcej udalosti,

2. zvýšená senzitivita a vzrušivosť, napr. poruchy zaspávania alebo kontinuity spánku, podráždenosť alebo výbuchy zlosti, ťažkosti s koncentráciou, hypervigilancia, prehnané úľakové reakcie.

- Symptómy sa objavili do 6 mesiacov od stresoru. Nevylučuje sa ale aj oneskorený začiatok.

Dovoľujeme si poznamenať, že prejavy PTSD môžu prichádzať ihneď po traumatickej udalosti alebo až po určitom čase. Túto tendenciu je potrebné neustále sledovať.

Herman (2001, s. 165) prichádza so zaujímavým postrehom „tendencia obviňovať obeť zasiahla aj do psychologického chápania a diagnostikovania posttraumaického syndrómu. Namiesto toho, aby sa psychopatologické správanie obeť chápalo ako reakcia na situáciu násilia, odborníci na duševné zdravie veľmi často odôvodňovali násilnú situáciu psychopatologickou predispozíciou obeť.“ Domnievame sa, že aj tento aspekt nazerania je potrebné prehodnotiť u každého jedinca/odborníka, ktorí diagnózu zostavuje osobne. Taktiež považujeme za potrebné pripomenúť potrebu neustále sa riadiť etickým kódexom.

Pre uzavretie tejto podkapitoly doplníme diagnostické kritéria syndrómu závislosti. Stotožňujeme sa s názorom Millerovej (2011, s. 88) ktorá uvádza, že „diagnostika užívania, problémového užívania a závislosti na alkohole/drogách je umením a vedou zároveň. Komplexné zhodnotenie závislosti vyžaduje množstvo času, energie úsilie o čo najširší záber“. Definitívna diagnóza závislosti by sa obvykle mala stanoviť jedine vtedy, ak behom jedného roka došlo ku trom alebo viac nasledujúcim javom (Nešpor, 2011, s. 10):

- silná túžba alebo pocit nutkania užívať látku,
- problémy v sebaovládaní pri užívaní látky, a to pokiaľ ide o začiatok a ukončenie alebo o množstvo látky,
- telesný odvykaní stav,
- tolerancia k účinku látky,
- postupné zanedbávanie iných potrieb alebo záujmov,
- pokračovanie v užívaní a napriek jasným dôkazom zjavných škodlivých následkov.

MKN-10 ďalej uvádza, že „užívanie nejakej látky alebo triedy látok má u daného jedinca mnohým väčší prednosť, než iné správanie, ktorého si kedysi cenil viac. Centrálnou popisnou charakteristikou syndrómu závislosti je túžba (často silná, niekedy premáhajúca) užívať psychoaktívne látky, (ktoré môžu, avšak nemusia byť lekársky predpísané) alkohol alebo

tabak. Pre komplexný proces diagnostiky možno využiť aj hodnotiace nástroje (screeningové dotazníky, škály závislosti, testy) ako CAGE, AUDIT, ADS a v neposlednom rade viacsovoú diagnostiku“.

1.5 Etiológia, rizikové a protektívne faktory

1.5.1 Rizikové faktory

„Väčšina najčastejších duševných a psychosomatických porúch sa nedá vysvetľovať ako somatickými noxami spôsobené (somatogénne) poruchy, ale výskum svedčí skôr pre pôsobenie kombinácie hereditárnych dispozícií a vplyvov prostredia“ (Hašto, 2006, s. 29) Považujeme preto za potrebné pripomenúť, že je nevyhnutné nazerať na dané ochorenie komplexne a neopomenúť faktory vzniku ale aj protektívne faktory oboch ochorení. Taktiež považujeme za dôležité pripomenúť špecifickosť jednotlivých prípadov a možnosť existencie jednotlivých odlišných premenných. Vnímame potrebu poznania týchto faktorov u jednotlivých odborníkov najmä pri procese diagnostiky a prípravy plánu liečby. Jednotlivé faktory možno vnímať ako ukazovatele miesta, na ktoré je nevyhnutné u klienta posilniť, zamerať na ne konkrétne intervencie, prípadne, ktoré možno pri procese liečby využiť ako vnútorný prípadne vonkajší zdroj motivácie.

Možno tvrdiť, že pre vznik DD v spojitosti PTSD a DZ radiť ako primárny faktor traumatickú udalosť. Daná traumatická udalosť je vnímaná v rámci času variabilne a to pred alebo po rozvoji závislostí, prípadne ich súčasný rozvoj. Dané tvrdenie upresňuje v spojitosti PTSD Praško et al. (2001, s. 158), „táto porucha nemôže existovať bez toho, že postihnutý bol vystavený traumatickej udalosti. Trauma je teda nevyhnutný faktor, ale sám o sebe nestačí. Na rozvoji sa zrejme podieľajú taktiež enviromentálne faktory v dobe okolo traumatickej udalosti a predisponujúce faktory, ktoré môžu byť v premorbidnej osobnosti a jej biologickej výbave. Podľa definície je stresor hlavným faktorom rozvoja PTSD“.

Hašto a Vojtová (2012, s. 22) ponúkajú následné faktory „zdá sa, že veľmi významnú úlohu pri vzniku PTSP zohráva subjektívne prežívaný pocit straty kontroly nad udalosťou, anticipácia zlých dôsledkov pre vlastné zdravie a budúcnosť, intenzita a trvanie udalosti, fyzické poranenie, prípadne poranenie alebo smrť druhého človeka; ako ďalšie rizikové faktory sa dali identifikovať: malá familiárna a sociálna podpora, ženské pohlavie, zážitky odlúčenia v detstve, predchádzajúce

fyzické alebo somatické ochorenia“. March (1993 in Praško et al. 2001) dané tvrdenia rozvíja nasledovne, okrem objektívnych charakteristík udalostí, ako je miera ohrozenia na živote, prítomnosť či neprítomnosť telesného zranenia, veľkú rolu hrajú kognitívne a afektívne reakcie. Zážitok intenzívneho strachu, bezmocnosti alebo desu, výrazne zvyšuje pravdepodobnosť rozvoja PTSD. Z daných tvrdení by sme vyzdvihli práve subjektívne prežívaný pocit, nakoľko prah vnímania a zvládania stresových a traumatických udalostí je u jednotlivcov variabilný. Taktiež považujeme za dôležitý faktor mieru fyzického poškodenia, ktoré následne môže umocniť prežívanú traumu nielen v rámci fyzického tela aj psychiky jedinca.

Vizinová a Priess (1999) uvádzajú a zhrnújú faktory ovplyvňujúce symptomatológiu:

- vek a vývojová fáza,
- stav somatického a duševného zdravia,
- osobnosť (kognitívne a adaptačné schopnosti),
- zvládanie stresu a krízy v minulosti,
- očakávania os seba a druhých.

Ako ďalšie faktory zaradujeme tie, ktoré sú uvádzané v súvislosti rozvoja DZ. Psychologické a psychosociálne faktory vzniku a rozvoja závislosti približuje Frouzová, (2003, s.124)

- dosiahnutie väčšej kontroly nad sebou či druhými,
- urýchlenie a skvalitnenie vlastného vývoja,
- zbavenia sa nepríjemného stavu,
- vyvolanie slasti a nepríjemného stavu, zintenzívnenie zmyslových zážitkov,
- uľahčenie prispôsobenia,
- súčasť asociálneho života.

Medzi ďalšie faktory ovplyvňujúce vznik DZ možno zaradiť vývojové aspekty a to (Hajný, 2003)

- celkovo narušený vývoj schopnosti vytvárať vzťahy s druhými,
- neschopnosť rodičov reagovať na potreby dieťaťa,
- nedostatočná schopnosť znášať nepríjemne emócie a afekty,
- užívanie látok ako náhradný prostriedok separačných a individuálnych tendencií.

Pre doplnenie predkladáme rodinné faktory vzniku a rozvoja závislosti (Hajný, 2003)

- nedostatočná pozornosť alebo problematická reakcia zo strany rodičov na správanie dieťaťa,
- narušené či zaťažené vzťahy medzi dieťaťom a rodičmi,
- chaotické či zle vymedzené vzťahy medzi generáciami,
- skryté, nedostatočné či naopak excesívne vyjadrenie hnevu v rodine,
- jeden či viac závislých členov v rodine.

Na základe týchto faktorov možno jednoznačne tvrdiť, že pre vznik daného ochorenia sa podieľajú faktory z celej škály bio-psycho-socio-spirituálneho modelu. Ich pomer, miera a intenzita je vysoko špecifická. Považujeme však za dôležité, poznať základné zmapované okruhy, ktoré sme ponúkli, pre prvotné zhodnotenie konkrétneho prípadu DD. Z toho možno zároveň predikovať, že faktory zohrávajúce rolu v prevencii (protektívne faktory) ale aj motivácií pri liečbe, možno hľadať vo všetkých oblastiach daného bio-psycho-sociálneho modelu.

1.5.2 Prtotektívne faktory

Ako sme už uviedli, protektívne faktory nám môžu ponúknuť pri práci s DD možnosť poznať priestor v rámci ktorého možno prepájať motivačné zdroje pre jedinca potrebné pre jeho liečbu a následnú stabilizáciu. Ale zároveň nám môžu byť ukazovateľom významných oblastí života daného jedinca, na ktorých možno stavať a ktoré je nevyhnutné podporovať rozvíjať a pri ich využívaní, klienta oceňovať. „Za protektívne faktory, ktoré chránia pred vznikom PTSP, sa považuje stabilita pred traumou, schopnosť mobilizovať individuálne zdroje a skúsenosti so zvládaním problémov v minulosti, chápanie seba, zachovanie si pocitu kontroly a zmyslupnosti – „kontrola nad mojím správaním je u mňa“ („sense of coherence“ podľa Antonovského); prognózu zlepšuje dobre rozvinutý pocit sebaúčinnosti, tendencia k aktívnemu čeleniu záťažiam a nie k vyhýbavému správaniu, schopnosť podeliť sa s ťažkosťami“ (Hašto & Vojtová, 2012 s. 22). Ďalším protektívnym faktorom, ktorý znižuje pravdepodobnosť chronifikácie poruchy, je, ak sa osobe, ktorá bola obeťou traumy, dostane úcty a uznania (Hašto & Vojtová, 2012, s.23).

1.5.3 Vzťahová väzba ako samostatný faktor

Na základe praxe, ale aj odbornej literatúry, vnímame za potrebné venovať samostatný priestor problematike vzťahovej väzby. Ako uvádza Ruppert (2008, s. 72) „môžeme tomu, čo je duševné zdravie, dobre teoreticky porozumieť práve na základe väzby matky a dieťaťa, a s tým východiskom môžeme taktiež v praxi dobre liečiť duševné ochorenia“. „Teória vzťahovej väzby spojuje etiologické, vývojovo psychologické, systemické a psychoanalytické myslenie. Vo svojich predpokladoch sa zaoberá zásadnými rannými vplyvmi na emocionálny vývoj dieťaťa a pokúša sa vysvetliť vznik a zmenu silných vzťahových väzieb medzi jednotlivcami v priebehu celého ľudského života“ (Brisch, 2011, s. 33). „Na základe kvality intervencie medzi opatrujúcou osobou a dieťaťom sa utvára istá alebo neistá citová väzba. Istá citová väzba sa u dieťaťa prejavuje radosťou, vyžadovaním telesného kontaktu s matkou, po situácií odlúčenia a schopnosti sa po krátkej dobe opäť vrátiť k inej činnosti. Neistá väzba sa prejavuje absenciou radosti z návratu matky a následne odťahovaným správaním vo vzťahu k nej alebo radosti z návratu matky, ktorá je však spojená s ambivalenciou v podobe agresívneho správania voči nej“ (Vondráčková, 2012).

Na úvod možno v krátkosti uvažovať o samotnom zaradení problematiky vzťahovej väzby pre vznik DD. Dovoľujeme si načrtnúť ako uvažujeme o daných jednotlivých možnostiach.

Rola, u ktorej sledujeme vzťahovosť v spojitosti s traumatickou udalosťou

- klient s DD ako primárne matka (prípadne iná osoba) – vytvára VV (v prítomnosti)
 - trauma pred DZ
 - DZ následne trauma
 - DZ ako trauma
- klient s DD ako dieťa– VV (prináša do prítomnosti z minulosti)

Ak uvažujeme ďalej, možno vnímať prípadne zacyklenie prenosu traumatických udalostí v rámci jednotlivých generácií z matky na dieťa. Kedy matka s PTSD sa vzťahuje na dieťa v rámci danej vzťahovej väzby, možno na základe odbornej literatúry hovoriť o prípade dezorganizovanej vzťahovej väzby. V rámci ktorej sú prenášané faktory ako stres, úzkosť, dezorientácia a pod. „Dieťa v týchto prípadoch nezískava pocit istoty voči matke, nenachádza v nej emocionálnu oporu. Neustále má strach, že ho matka opustí. Dieťa môže byť tak zaplavované traumatickými pocitmi svojej matky. Tie sú rôzne podľa konkrétnej podoby

traumy. Môže to byť panická úzkosť, agresia a zloba, zúfalstvo alebo metúce sexuálne pocity a hanba“ (Ruppert, 2008, s. 76). Ďalej dopĺňa „dieťa traumatizované väzbou k matke nedokáže vo svojej duši spojiť všetky podstatné pocity spojené s väzbou tak, aby vznikla duševná jednota. Pre svoje prežitie musí všetky podstatné pocity spojené s väzbou rozštiepiť. Úzkosť, láska, zlosť, bolesť a smútok v ňom vedú samostatné životy a s prebývajúcim vekom môžu byť stále extrémnejšie a vzdialenejšie realite“ (Ruppert, 2008, s. 81). Na základe toho, sa následne dieťa vzťahuje voči svoju svetu, samotné detstvo sa tak môže stať sledom traumatických zážitkov. „Trauma väzby znamená, že je traumatizovaná základná duševná potreba dieťaťa mať emocionálnu väzbu k matke. To znamená, že sa dieťa cíti bezmocné a neschopné pripútať k sebe svoju matku a svojho otca. Traumatizácia tejto prapôvodnej potreby dieťaťa mať väzbu má ďalekosiahle následky na celý ďalší vývoj jeho osobnosti“ (Ruppert, 2008, s. 71). Túto vzťahovať môže riešiť self-medikáciou pomocou návykových látok a následne ich prenášať v budúcnosti na svoje dieťa. Daný názor podkladá následne zistenie. „Deti matiek, ktoré samy prežili závažnú traumatizáciu ako napríklad sexuálne zneužitie a týranie, ktoré zostalo doposiaľ nespracované, vykazujú úzkostné sekvencie vo svojom väzbovom správaní častejšie než deti tých matiek, ktoré traumy neutrpeli alebo ju už spracovali“ (Lyons-Ruth et al. 1991,93,99 in Brisch 2011, s. 57). „Vzorec dezorganizovanej vzťahovej väzby sa nápadne často objavoval u detí s klinicky rizikových skupín a taktiež u rodičov, ktorí sami do vzťahu s dieťaťom vnášali nespracované traumatické skúsenosti ako prežitky straty a odlúčenia, týrania a zneužitia“ (Main Hesse,1999 in Brisch 2011, s. 50).

Výsledky výskumu ukazujú na to, že existuje súvislosť medzi vzorcami dezorganizovanej vzťahovej väzby u detí a nevyriešenými traumami u ich rodičov (Lyons-Ruth Jacobvit,1999 in Brisch 2011, s. 91). „U dieťaťa nastáva rozštiepenie vo vzťahu k matke. Dieťa sa rozhodne prežiť aj napriek tomu, že ho matka opomína až odmieta. Musí si tak uchovať vôľu k prežitiu. Je nútené budovať si vzorec prežitia proti úzkosti, a tak sa dieťa uchádza o lásku matky tým viac, čím mu ju menej prejavuje (Ruppert, 2008). Vizinová a Preiss (1999, s. 18) „pokiaľ trauma pôsobí v ranom detstve, môže poškodiť vznik bazálnej dôvery v blízke osoby, čo je súčasťou všetkých ďalších životných vzťahov a taktiež podmienkou zdravého vývoja osobnosti. Dôsledkom traumy v akomkoľvek veku je strata dôvery v seba a ostatných, zraniteľnosť a hanba z prežitej bezmocnosti. Pretrvávajú pocity viny.“ Ďalej uvádzajú „možno teda povedať, že trauma primárne a sekundárne spôsobuje porušenie väzieb a vzťahov. Traumatizovaný jedinec často vnútorne osciluje medzi krajnou izoláciou a túžbou po silnom ochraňujúcom vzťahu. Výsledkom je utváranie intenzívnych, nestabilných väzieb, ktoré impulzívne zmietajú medzi extrémami“ (Vizinová & Preiss, 1999, s. 18).

„Štúdie sledujúce citové väzby u závislostí zhodne dochádzajú k tomu, že medzi závislými sa výrazne vyskytuje neistý typ citovej väzby a naopak, že istý tým citovej väzby pôsobí ako preventívny faktor vzniku závislostného správania“ (Schindler et al., 2005; Thorberg & Lyvers, 2006; Zapf et al., 2008 in Vondráčková, 2012). Ako ďalej dopĺňa, „niektorí autori popisujú, že samotná závislosť na návykovej látke je vlastne forma citovej väzby. Užívatelia podľa nich vďaka nejstej vzťahovej väzbe nie sú schopní nadviazať a vytvoriť zdravú vzorce vzťahovej skúsenosti. A tak objekt závislosti slúži ako základný objekt citovej väzby, jeho funkcie sú predovšetkým v kompenzácií nedostatku a nepríjemných pocitov z neistých citových vzťahov a dodávajú ilúziu základného bezpečia“ (Flores, 2001; Potter–Efron, 2006; Höfler & Kooyman, 1996 in Vondráčková, 2012). Na základe výskumu Pečtovej (2013, s. 28) ohľadom vzťahovej väzby u drogovu závislých v terapeutickú komunitu, bolo zistené, že drogovu závislí pacienti preukazujú výrazne vyššiu mieru úzkosti a vyhýbavosti vo vzťahu k matke a otcovi, ako respondenti z porovnávacej skupiny, ktorí nie sú závislí. Majú tendenciu trápiť sa či ich majú rodičia skutočne rady a často sa boja ich odmietnutia. Vyššia miera vyhýbavosti ukazuje na to, že sa závislí pacienti necítia príliš dobre, keď sa majú na rodičov spoľahnúť, ocitnúť sa v závislosti na nich, alebo sa im otvoriť v situácií emočnej blízkosti“. V rámci daného výskumu bol použitý výskumný nástroj: Dotazník vzťahových štruktúr (ECR-RS).

V závere je dôležité doplniť, že „výskumy k emocionálnej stabilite a resiliencie detí svorne dospievajú k výsledkom, že prítomnosť ale aspoň jednej vzťahovej osoby, ktorá je k dispozícii, predstavuje ochranný faktor môže zamedziť tomu, aby sa dieťa pod rizikovou záťažou dekompenzovalo a potom rozvinulo symptómy. Omnoho skôr môže aj napriek záťaži zostať relatívne psychicky zdravé (Tress, 1986, Werner, 1999 in Brisch 2011, s. 70).

Na strane druhej u matky, ktorá prežila traumatickú udalosť napr. znásilnenie, môže vzťah k dieťaťu do významnej miery ovplyvniť a zároveň zvyšovať riziko jej následnej retraumatizácie. „Pre dieťa vyžadujúce väzbu, teda vzniká situácia traumatickej väzby, ak jeho matka nie je schopná to vybudovať a pripustiť väzbu k nemu. Podľa mojich skúseností sa tak deje predovšetkým v prípadoch, ak je matka traumatizovaná, a teda vnútorne rozštiepená. Za priaznivých okolností sa takáto matka síce môže o dieťa postarať, nakrmiť ho, umyť, prebaliť a obliecť, ale každý intenzívnejší telesný kontakt v nej vyvoláva nebezpečenstvo retraumatizácie“ (Ruppert, 2008, s. 75). Ako uvádzajú George a Solomon (1996 in Brisch 2011, s. 57) v rámci výskumu sa ukázalo, že tieto matky mali veľmi rozporuplné, ambivalentné a dezorganizované reprezentácie seba i svoje špecifické materské starostlivosti

v interakcií s dieťaťom. Je otázne, do akej miery je možné z pozície odborníkov ovplyvniť vzťahovosť u danej matky k svojmu dieťaťu. Považujeme určite za dôležité vnímať danú problematiku u klientky matky s DD .

2 ARTETERAPIA U ĽUDÍ S PTSD V PROCESE LIEČBY DROGOVEJ ZÁVISLOSTI

Obsahom tejto kapitoly by sme radi priblížili možnosti liečby DD prostredníctvom arteterapie. Prvé kapitoly tejto práce obsahujú zosumarizovane základné poznatky ohľadom arteterapie, jej vymedzeniu, formy a vzťahu.. Na základe týchto kapitol následne ďalej načrtne samotný možný priebeh arteterapie v procese liečby drogovej závislosti u ľudí s PTSD/traumou. Zároveň nám to dáva priestor pre uvažovanie o významnosti arteterapie pri procese liečby v rámci adikologických služieb a tým pádom sa nám naskytuje príležitosť pre možné zhodnotenie jej doterajšieho využitia v praxi. Uvedomujeme si, že samotná arteterapia pri procese liečby nie je dostačujúca a je nevyhnutné zabezpečiť komplexnú odbornú starostlivosť a prístup s dopadom na všetky oblasti života klienta a pri liečbe zabezpečiť multiodborový tím. Ako pripomínajú aj Vizinová a Preiss (1999, s. 45) „Neexistuje jediná efektívna, magická forma terapie následkov traumy. Keďže ide o komplexný posttraumatický stav, je potreba komplexného prístupu, ktorý zahrňuje všetky aspekty ľudského fungovania od biologického po sociálne“. Potrebnosť multiodborného tímu potvrdzuje Jebavá (1997, s.7) „arteterapia je práca tímová a musí byť uskutočňovaná v spolupráci s psychológom, psychiatrom alebo pedagógom. Pomáha psychológovi spresniť diagnózu a prognózu, hlavne však je zameraná do rozvoja tvorivých (kreatívnych) schopností klienta a na jeho citový vývoj. Význam a hodnota výtvarnej práce spočíva v procese činnosti, v pozitívnom vzťahu medzi arteterapeutom a pacientom“.

Arteterapia bola prispôbená špecifickým potrebám liečby závislosti v posledných dvoch desaťročiach (Wilson, 2003, s. 282).

2.1 Arteterapia

V úvode by sme predstavili a definovali pojem arteterapia v akom ho ponímame v texte tejto práce. Pri štúdiu odborných dokumentov a článkov zisťujeme, že neexistuje ustálená jednotná definícia arteterapie. Preto v rámci tohto vymedzenia ponúkame niekoľko pohľadov jednotlivých odborníkov na samotnú arteterapiu a pokúsime sa tak zjednotiť jej vymedzenie pre túto prácu. „Výraz „arteterapia“ vznikol spojením slov umenie a terapia. „Arts“ (z lat.) umenie „therapeineiosi“ (z grec.) liečiť alebo prinavrátiť do stavu harmónie (v

pôvodnom zmysle významu slova terapia)“ Müller (2005, s. 47). „Tento druh činnosti získal názov „arteterapia“ hlavne preto, že sa najviac rozvinul a rozvíja v oblasti duševného zdravia a prevažne v zariadeniach pre duševne chorých. Rozvoj arteterapie bol a je pre duševne chorých pacientov veľkým prínosom“ (Liebmann, 2005, s 14). Stotožňujeme sa týmto poznatkom, že arteterapia ako taká, je veľkým prínosom pre ľudí s duševným ochorením, avšak stále vnímame na základe doterajšej praxe popri štúdiu, jej pomerne nízku aplikáciu v jednotlivých stupňoch služieb, a to nie len na psychiatrických oddeleniach, ale aj v adiktologických, či sociálnych službách v kontexte prebiehajúcej reforme psychiatrickej starostlivosti.

Hrouzek (2006 in Štefan, 2010, s. 164) zdôrazňuje, že „akákoľvek snaha predložiť jednotnú definíciu arteterapie je viazaná na okolnosti jej vyčlenenia ako samostatného odboru. Pôvodné tendencie možno rozdeliť do dvoch hlavných prúdov, ktoré sa líšia v pohľade na pozície umenia v liečebnom procese. Týmto smerom je možno priradiť anglické termíny Art as Therapy a Art-Psychotherapy, teda výtvarné umenie ako liečba a výtvarná psychoterapia. Tieto dva termíny v podstate určujú hlavné prúdy arteterapie aj v našich podmienkach“. V rámci tohto textu vnímame arteterapiu v užšom poňatí, teda ako využívanie výtvarných umeleckých foriem, ako to približuje Potmešilová (2010).

Podľa Hrouzeka (2006 in Štefan, 2010, s. 166) vzhľadom k úzkej väzbe na teóriu a prostriedky je možné arteterapiu klasifikovať z niekoľkých hľadísk:

- Na základe postavenia výtvarnej aktivity v terapeutickom procese.
- Vo vzťahu k psychologickému ponímaniu povahy výtvarného procesu.
- Podľa psychoterapeutických východísk.

Šickova-Fabrici (2002, s. 30) uvádza a rozdeľuje arteterapiu ako receptívnu a produktívnu, „arteterapia receptívna je vnímanie umeleckého diela vybraného s určitým zámerom arteterapeuta. Cieľom je lepšie pochopenie vlastného vnútra, poznávanie pocitov jednotlivých ľudí. Arteterapia produktívna znamená použite konkrétnych tvorivých činností (kresby, maľby, modelovania) alebo intermediálnych aktivít (t.j. činnosti prepojujúce rôzne média) happeningu u jednotlivca či skupiny“. V tejto práci sa budeme zameriavať na druhú formu, a to konkrétne na arteterapiu produktívnu. Myslíme si, že práve táto forma je najužívanejšia v procese liečby. Avšak, je možné domnievať sa, že obe formy sú rovnako vhodné a efektívne pri procese práce s klientom. Vnímame ako za podstatné to, že výber danej formy musí zodpovedať aktuálnym potrebám daného špecifického klienta.

Prtzolda (1990, in Šicková-Fabricsi, 2002, s. 31) predkladá následnú definíciu arteterapie, ktorá dokladá jej rozsiahle komplexné pôsobenie na človeka, „arteterapia je teoretický usmernené pôsobenie na človeka ako celok v jeho fyzických, psychických danostiach, v jeho uvedomelých i neuvedomelých snaženiach, sociálnych a ekologických väzbách, plánované ovplyvňovanie postojov a správania pomocou umenia a z umenia odvodenými technikami, s cieľom liečby alebo zmiernenia ochorenia a integrovania, alebo obohatenia osobnosti“. Jebavá (1997, s. 5) dopĺňa o rozmer jej pôsobenia a možnosti aplikácie s konkrétnymi cieľmi, a teda, „pomocou individuálneho prístupu a prostredníctvom špeciálnych výtvarných disciplín umožňuje hendikepovanému jedincovi dosiahnuť vnútornú relaxáciu, podporuje emočný vývoj, zbavuje intrapsychockých tenzií, podporuje kladné interpersonálne vzťahy. Umelecká tvorivosť rozširuje estetické znalosti, kultivuje osobnosť, obnovuje túžbu nanovo vnímať realitu, inovuje vitálne sily a premenuje hodnotovú sféru životných potrieb“. Máme za to, že táto definícia ponúka na základe doterajších zosumarizovaných informácií v tejto práci dva významné ciele pri práci s klientmi s danou DD a to, zbavenia intrapsychockých tenzií a podporu interpersonálnych vzťahov, čo môže byť akosi základňou pre následnú celkovú kultiváciu osobnosti a hodnôt. Problémy s tenziou možno vnímať ako jeden z dominantných symptómov u PTSD a problémy v rovine ineterpersonálnych vzťahov v spojitosti s DZ. DD ako už bolo uvedené, často hlboko zasahuje všetky spomínané roviny v živote klienta.

Základné princípy arteterapie sumarizuje Potmešilová (2010, s. 17) nasledovne:

- Nie je dôležité ani potrebné výtvarné nadanie klienta.
- Pokiaľ klient nemôže z nejakého dôvodu vyjadriť svoj problém verbálne môže mu práve arteterapia pomôcť.
- Ako uzdravujúce môže fungovať: sám proces arteterapie; ďalšia práca s artefaktom.

Myslíme si, že samotný proces arteterapie dáva veľký priestor na kreativitu v rámci jednotlivých postupov a metód v závislosti na konkrétnej potrebe jedinca, ale aj arteterapeuta, umožňuje klientovi prežiť jednak katarziu, sublimáciu, sebareflexiu a poskytuje priestor na bezpečný nadhľad nad prežívanou traumatickou životnou situáciou alebo udalosťou, teda možnosť prežiť žiaduce zmierenie. Slávik (2000, 2001 in Šicková-Fabricsi, 2002, s. 31) vo svojej definícii uvádza kľúčový prvok pri práci s traumou, a to práve proces zmierenia, „arteterapia pracuje hlavne s tvorbou a reflexiou zameranou na proces umeleckej tvorby. Prvoradým cieľom nie je vytvorenie umeleckého diela, ale prostredníctvom sebayjadrenia, rozvíjania tvorivosti, schopnosti komunikovať a spracovaním osobne významnej témy

dosiahnuť odstránenie alebo zmiernenie ťažkosti chorého jedinca“. Na základe toho sa domnievame, že práve jednotlivé prvky arteterapie umožňujú klientovi bezpečne znovu-prežiť a zaradiť traumatickú udalosť do svojho životného rámca, čo je kľúčový proces v prvotných fázach psychoterapie všeobecne. Sophia Kellyová (The American Art therapy association, 1998 in Müller, 2005, s. 48) „vymedzuje arteterapiu ako nerušivý terapeutický proces vhodný pre dospelých aj deti, ktorí sa vyrovnávajú s emocionálnymi problémami, s traumou z detstva, prípadne hľadajú možnosť duševného, osobnostného rastu“. Posledná definícia nám ponúka odborné ukotvenie domnienok o vhodnosti arteterapie s danou cieľovou skupinou tejto diplomovej práce.

Podľa našej mienky, arteterapia ako samostatný odborný prístup primárne prináša potrebné uznanie klienta ako experta na svoj vlastný život, ponecháva mu jeho slobodu vyjadrenia sa a je flexibilná v rámci využitia komunikačných rovín mimo verbálnej (napr. v prípade mutizmu) a je vysoko citlivá na akceptáciu momentálneho prežívania a konkrétnej situácie daného klienta. Stuburek (2000, in Potmešilová, 2010, s. 17) rozvíja myšlienku o komunikačnej zložke arteterapie „toto mimoverbálne vyjadrovanie umožňuje spracovávať témy na nižšej úrovni vedomia, témy, pre ktoré nenachádzame adekvátne slovné riešenia. V niektorých prípadoch možno využiť i možnosť odstúpiť od artefaktu a pracovať s ním, ako s nezávislým objektom“. Táto informácia je pre nás dôležitá v momente, kedy klient nie je schopný komunikovať na verbálnej úrovni, prípadne z rôznych dôvodov u neho nie je možné verbálne vyjadrenie prežitej traumy. Práve v danom momente vnímame možnosť využitia arteterapie ako formu nenásilnej komunikácie a priblíženia sa klientovi. Predpokladáme, že voľba arteterapie pri práci s klientom, zároveň prináša možnosť prirodzeného budovania vzťahu na princípe dôvery a dáva priestor pre prirodzené plynutie vzťahu. Tento vzťah možno určite nazývať ako jeden zo základných liečivých faktorov arteterapie. Avšak na základe odbornej praxe považujeme za dôležité pripomenúť, že tento vzťah je potrebné budovať postupne a prirodzene opätovne s prihliadnutím na špecifickosť potrieb klienta. Jednotlivým spomenutým témam sa budeme konkrétnejšie venovať v nasledujúcich kapitolách. V neposlednej rade sa pokúsime o poukázanie na jej efektívnosť v praxi s danou cieľovou skupinou.

2.1.1 Arteterapia ako psychoterapia a psychodiagnostika

Arteterapia nám pri práci s klientmi ponúka kreatívnu a slobodnú voľbu pri procesoch ako je nielen samotná psychoterapia ale aj psychodiagnostika. Možno práve arteterapia tak ponúka novú kreatívnu, ale zároveň efektívnu zložku v oboch procesoch práce s klientom. V súčasnosti môžeme intervenciu klasifikovať podľa Šickovej-Fabrici (2002, 2006):

- krátku terapiu (brief therapy approach)
- krátkodobú arteterapeutickú intervenciu
- dlhodobú terapiu
- diagnostiku

Arteterapiu vnímame predovšetkým ako určitú formu psychoterapie ale aj prostriedok samotnej psychodiagnostiky. Stotožňujeme sa tak s nasledujúcim názorom. „Arteterapia je zvláštnou formou psychoterapie prostredníctvom grafickej, maliarskej, sochárskej činnosti, je to organizovaný, cielený terapeutický proces, realizovaný individuálne či v skupine, ktorý riadi a usmerňuje špeciálne školená osoba-arteterapeut“ (Hanus, 1978, in Šicková-Fabrici, 2002, s. 31). Toto tvrdenie uvádza a rozvíja o psychodiagnostickú zložku vo svojej definícii aj Stiburek (2000 in Potmešilová, 2010, s. 16) „arteterapia je psychoterapeutická a psychodiagnostická disciplína, využívajúc k liečebným cieľom formy a prostriedky adekvátne umeleckým formám“. Ako ďalej Potmešiová (2010) vyhodnocuje, z danej definície teda vyplýva, že arteterapia pracuje jednak s terapiou a jednak so samotnou diagnostikou. Ako psychoterapeutická disciplína má hlavné ťažisko v procese tvorby klienta a je postavená na sebaozdravnom mechanizme, výtvor už nie je interpretovaný. Pričom arteterapia ako psychodiagnostická disciplína pracuje jednak s procesom, ale aj artefaktom. Podľa daných informácií usudzujeme, že oba prístupy je možné v rámci práce s danou cieľovou skupinou efektívne využívať. Jej základné uplatnenie v praxi vnímame orientovane prijímané v procese terapie.

V rámci psychodiagnostiky kedy ako bolo, spomínane v 1. kapitole, je samotný proces veľmi obtiažny u danej cieľovej skupiny, pre jeho úspešný priebeh, považujeme za kľúčový, citlivý a vysoko odborný prístup. Je však otázne, nakoľko sa v praxi stretávame so zastúpením arteterapie ako psychodiagnostiky. Podľa nášho názoru, práve voľba arteterapie pri procese diagnostiky je vhodná vtedy, kedy klient pociťuje tenziu, strach, dočasnú stratu pamäti, nedôveru k personálu. Táto diagnostika tak môže nadobúdať nové rozsahy na základne

citlivej, neverbálnej komunikácie využívajúc umelecký rámec. Predpokladáme, že u daného klienta môže nastať postupná abreakcia či katarzia, prirodzenejšie zdieľanie pocitov, a budovanie vzťahu s pracovníkom na umeleckom podklade farieb, dynamiky, pocitov, fantázií a spontánnosti. V neposlednom rade však vnímame, že pri tomto procese je nevyhnutné vysoko odborné znalosti a citlivosť arteterapeuta ale zároveň jednoznačne spoluprácu multiodborného tímu. Táto práca sa však primárne zameriava na arteterapiu ako psychoterapeutický proces.

2.1.2 Formy arteterapie

Základné formy arteterapie sú individuálna a skupinová. Predpokladáme, že každá má svoje určité výhody a nevýhody, ale obe majú svoje miesto pri procese liečby cieľovej skupiny tejto práce. „Pri individuálnej terapii má klient k dispozícii len pre seba, nadväzuje úzky kontakt, vzniká tak intenzívny emocionálny zážitok styku s chápaným človekom“ (Pogády a kol., 1993 in Šicková-Fabrici, 2002, s. 43). Horňáková (1999 in Šicková-Fabrici, 2002, s. 43) dopĺňa, že „individuálna terapia je vhodná pre klientov, ktorých problém vyžaduje celú pozornosť terapeuta alebo ich správanie v skupine by pôsobil rušivo, odstrašujúcim spôsobom a mohlo by mať pre druhých klientov negatívne následky (napr. agresivita, psychotické prejavy)“. Na základe toho usudzujeme, že u klienta v prvej fáze liečby s neúplnou stabilizáciou je vhodnejšia práve táto forma, nakoľko dáva potrebný priestor klientovi a arteterapeutovi na vytvorenie bezpečného vzťahu, procesu adaptácie na liečebný proces. Zároveň v tomto prístupe vystupuje podľa našej mienky dôležitý prvok, a to určitý priestor súkromia pre zdieľanie traumatických zážitkov či pocitov súvisiacich celkovo s DD a v neposlednom rade je to zvýšený čas venovania sa konkrétnemu klientovi. Máme za to, že po stabilizácii stavu klienta možno uvažovať o skupinovej arteterapii.

Skupinová arteterapia je náročnejšia pre arteterapeuta, ale má svoje výhody (Liebman, 1984 in Šicková-Fabrici, 2002, s. 43)

- Sociálne učenie prebieha rýchlejšie a intenzívnejšie.
- Ľudia s totožnými alebo podobnými problémami sa môžu podporiť a cítiť súzáujemnosť.
- Spätné väzby členov skupiny sú podnetné pre každého jednotlivca v skupine.

- Je vhodnejšia pre toho, kto prežíva individuálnu arteterapiu príliš intenzívne.
- Je demokratickejšia, pretože moc a zodpovednosť sa delí.
- Má ekonomický efekt: za ten istý čas sa pomôže viacerým ľuďom.

Ako základné výhody pre klientov s DD vnímame prvý a druhý bod, ktorý môže napomôcť práve posledným fázam arteterapie ktorým sa budeme venovať. V závere tejto podkapitoly by sme zhodnotili, že individuálna forma by mohla byť odpovedajúca potrebám klienta v prvých fázach procesu, kde je nevyhnutná stabilizácia a bezpečné prežitie traumatických udalostí či samotné prijatie diagnózy PTSD a DZ. A skupinová arteterapia následne v posledných fázach arteterapeutického procesu, ktorej by bol cieľ samotný rozvoj osobnosti a sociálnych vzťahov. Je však otázne, nakoľko je možné na základe kapacitných dôvodov personálu zabezpečiť každému potrebnému klientovi individuálnu formu arteterapie. Považujeme však za dôležité približovať sa k danému stavu, kedy táto možnosť bude reálna a dostupná pre aktuálne potreby klientov s DD. Stayner (1997 in Spaniol, 2003, s. 269) upozorňuje, že úspech arteterapie v skupine s ľuďmi s duševným ochorením často rozvíja empatia a súcitiť s ostatnými, ktoré niekedy zažívajú po prvýkrát v živote.

2.2 Špecifiká prístupu arteterapie s DD

Táto kapitola prinesie dôležité informácie ohľadom základných tém ako sú ciele, vzťah a samotný proces arteterapie so zámerom poukázať na to, že arteterapia má svoje opodstatnené miesto v liečebnom procese s cieľovou skupinou s DD v spojitosti s PTSD a DZ.

2.2.1 Ciele arteterapie

V rámci jednotlivých cieľov arteterapie v určitých častiach tejto podkapitoly vychádzame z cieľov psychoterapie všeobecne, nakoľko sme sa nedopátrali ku konkrétnym a dostačujúcim informáciám ohľadom arteterapie cielenej na konkrétnu DD v odborných textoch. Zároveň sa v tejto kapitole budeme usilovať o syntézu poznatkov vychádzajúc s cieľov arteterapie ako samostatného odboru alebo špecifickej psychoterapie cielenej na

prácu s ľuďmi s diagnózou PTSD a/alebo DZ. Nakoľko sa domnievame, že hoci konkrétne ciele pre danú špecifickú skupinu absentujú, je možné ich poznávať skrze všeobecnej roviny cieľov arteterapie a psychoterapie ale aj spomínanú syntézu poznatkov z oboch diagnóz oddelene. Domnievame sa, že cieľom arteterapie u našej cieľovej skupiny je možnosť v čo najväčšom rozsahu pozitívne ovplyvniť jednotlivé zasiahnuté zložky osobnosti, ale aj osobného života klienta s danou duálnou diagnózou. Ako bolo spomínané, je zároveň tak možnosť využiť arteterapiu ako diagnostický proces alebo formu psychoterapie. Jednotlivé ciele sa môžu líšiť od adiktologickej služby ale aj samotnom stupni klienta v procese liečby. Avšak celkovo sa stotožňujeme s názorom Jebavej (1997, s.12) keď píše , že „umenie rozvíja životného ducha, stáva sa nevyčerpatelnou zásobnicou radosti a slasti, slúži ako povzbudzujúci stimul života. Podporuje vôľu žiť.“

V úvode je nevyhnutné zdôrazniť , že jednotlivé ciele sú ovplyvnené samotnými smermi v arteterapii a to:

- Psychoanalytický: je postavený na tom, že klient rozpráva svoj príbeh a terapeut sa snaží nájsť hlavný problém. Klient predkladá svoj artefakt k interpretácii terapeutovi.
- Behaviorálny: je postavený na učení, získaní spätnej väzby toho, ako moje správanie môže pôsobiť na okolie.
- Humanistický: dáva dôraz na riešenie životného problému prostredníctvom tvorivého procesu. Klient spolu s arteterapeutom prostredníctvom výtvarného umenia môžu skúmať vnútorný svet, pracovať so snami a fantáziami, a tak hľadať základný životný cieľ konkrétneho jedinca.
- Integratívny: je často zdrojom diskusií. Arteterapeut tu má solídne vedomosti zo všetkých smerov a z nich tak vyberá všetko, čo by sa hodilo konkrétnemu jedincovi. Vytvára tak teóriu a techniky „šité na mieru“ klienta (Potemšilová, 2010 s. 22)

Na základe týchto poznatkov sa domnievame, že každý prístup je opodstatnený pri práci s našou cieľovou skupinou a za dôležitý prvok pri výbere vhodnosti konkrétneho postupu je neustále prihliadať na špecifickosť daného klienta a jeho životnej situácií, ako už opakovane vyzývame a zdôrazňujeme tento aspekt v tejto práci.

Psychoterapiu všeobecne nájdeme v rôznych obmenách vo všetkých typoch adiktologických služieb avšak jej pôsobenie má v daných odlišných službách rôzne ciele, ktoré sú v súlade s cieľmi jednotlivých programov, odpovedajú fázy liečby a rešpektujú

klientov proces (Miovský & Bartošikova, 2003b). Zborník PF UK (1995 in Miovský & Bartošikova, 2003b, s. 26) sumarizuje kľúčové prvky psychoterapie nasledovne :

- Zmena alebo modifikácia takého správania, ktoré nie je zlučiteľné s abstinenciou.
- Učenie sa pozitívnym sociálnym hodnotám a schopnostiam, ktoré sú podporou v práci, štúdiu a rodinnom živote.
- Podnecovať a podporovať činnosti, ktoré napomáhajú priebežnému poznávaniu samého seba, osobnému rastu a rozvoju medziľudských vzťahov.
- Podporovanie aktívneho, zvedavého postoja prostredníctvom modelovaní rolí a príležitosti k učeniu.

Základné ciele arteterapie majú taktiež rozsiahly záber v kontexte odpovedajúceho problému danému klientovi. „V arteterapii ide vzhľadom na každého jednotlivého klienta o navodenie kompenzačného procesu, aktivizáciu a sprostredkovanie kontaktu, pretváranie stereotypov, komunikáciu cez výtvarný prejav, odstránenie úzkostných stavov, socializáciu agresivity a podobne. Je však dôležité si najskôr uvedomiť" či pôjde v arteterapeutickom procese o ovplyvňovanie učenia, vnútornej dynamiky, psychiky alebo o celostne preformovanie osobného sveta klienta (Müller, 2005, s. 50). V tomto uvedomení nám práve v rámci našej práce napomáha spomínaný bio-psycho-socio-spirituálny model, na ktorom sme sumarizovali prejavy duálnej diagnózy PTSD a DZ a následne tieto informácie poukazujú jednotlivé miesta, kde je možné a potrebné aplikovať metódy arteterapie na ich postupné ozdravenie alebo odstránenie symptómov.

Muller (2005, s. 69) za ciele arteterapie vyzdvihuje nasledovné, „k individuálnym cieľom patria uvoľnenie, seba prežívanie, seba vnímanie, vizuálna a verbálna organizácia (usporiadanie) zážitkov, poznanie vlastných možností, primerane sebahodnotenie, rast osobnej slobody a motivácie, sloboda pre experimentovanie pri hľadaní výrazu pocitov, emócií alebo konfliktov, rozvoj fantázie, nadhľad, celkový rozvoj osobnosti“. A pokračuje vymedzením sociálnych cieľov ako „vnímanie a prijatie druhých ľudí, vyjadrenie uznania ich hodnoty, ich ocenenie, nadviazanie kontaktu, zapojenie do skupiny a kooperácia, komunikácia, spoločné riešenie problémov, skúsenosť", že druhí majú podobné zážitky ako ja, reflexia vlastného fungovania v rámci skupiny, pochopenie vzťahov, vytváranie sociálnej podpory. (Müller, 2005, s. 70). Sociálne aspekty na inetr a intra personálnej rovine cieľov arteterapie vníma aj Šickova (1994 in Müller 2005, s. 70) keď uvádza, že „u všetkých vekových i problémových kategórii a skupín je potom cieľom arteterapie

znovuvybudovať z rôznych dôvodov narušene prirodzenej dispozície človeka - kreativitu, spontaneitu a schopnosť komunikovať so sebou samým, s druhými ľuďmi, s prostredím, v ktorom žije, chápanie života v jeho súvislostiach a jeho zmysluplne prežívanie“ .

Šicková-Fabrici (2002, s. 76) prináša pohľad na ciele arteterapie konkrétne u pacientov s duševnou poruchou nasledovne:

- Dáva príležitosť sublimácie negatívnych prežitkov,
- umožňuje korekciu neprimeraných, predčasných, zmätených záverov udalostí vo vlastnom živote, ktoré vedú k zmätenému mysleniu a správaniu,
- poskytuje reálny pohľad na svoje ochorenie,
- ponúka víziu zmien a chápania udalostí i nádej na vyliečenie.

Zároveň dodáva, že „arteterapia s klientmi s duševným ochorením si kladie za cieľ pomôcť týmto ľuďom prostredníctvom umeleckej tvorby reflektovať svoje problémy – hnev, depresiu, chaos, strach, zúfalstvo – a integrovať ich ako súčasť seba. Pacienti často nevedia vysvetliť svoj hnev, ale keď ho namaľujú, sú schopní ho komentovať. Umelecká reflexia funguje ako most medzi pacientovým vnútorným prežívaním a jemu samému k lepšiemu pochopeniu jeho situácie“ (Šicková-Fabrici, 2002, s. 76). Langartenova (1981 in Šicková-Fabrici, 2002, s. 78) sa zameriava na ciele arteterapie u anxiózných pacientov, „výtvarná reflexia iniciovať rast sebavedomia, preto je treba vyhýbať sa téme, ktorá by zvýšila anxiétu. Zadané úlohy by mali byť také, aby sa mohli dokončiť v krátkom čase. Je nevyhnutné pomôcť pacientom, aby svoj strach vyjadrili spontánne a expresívne, teda rýchle. To je totiž cesta k sublimácii strachu“.

Po vymedzení cieľov psychoterapie a arteterapie všeobecne sa zameriame teraz na cieľ liečby komplexne u ľudí s DD. Považujeme za potrebné si uvedomiť, že „jadrovým problémom v liečbe ako závislých tak traumatizovaných ľudí je opätovné získanie plnej kontroly a zodpovednosti za svoj život. Získanie kontroly je zásadné, lebo trauma znamená, že obeť nemala vôbec žiadnu moc a nemá ju ani v súčasnosti (Kudrle, 2003a, s. 132). Dôležité poznatky prináša ďalej Kudrle (2003a, s.132) keď dokladá „že „závislí sa cítia a konajú akoby nemali zodpovednosť. Skôr prenášajú svoju zodpovednosť na drogy (a na okolie). Liečba by toto mala obrátiť: kontrolu a zodpovednosť navrátiť späť traumatizovanému závislému. Taký musí byť postoj od samého začiatku, teda od prvého kontaktu, i keď v danú chvíľu ide len o zhodnotenie stavu alebo o krízovú intervenciu“

Jadrovým problémom v liečbe ako závislých, tak aj traumatizovaných ľudí je opätovne získanie plnej kontroly a zodpovednosti za svoj život. Získanie kontroly je zásadné, lebo trauma znamená, že obeť nemala vôbec žiadnu moc a nemá ju ani v súčasnosti (Kudrle, 2003a, s. 132)

Pre doplnenie obrazu o rozsahu možných potrebných cieľov arteterapie u ľudí s danou DD prinášame základné poznatky o cieľoch liečby s ľuďmi s diagnózou PTSD alebo jej čiastkových symptómoch. „Všeobecným princípom a cieľom psychoterapie je integrácia traumy do celku osobnostných skúseností a zmenšenie či odstránenie negatívneho vplyvu na duševný i telesný stav človeka. Špecifickým cieľom je rast osobnosti pomocou katalytického vzťahu s terapeutom“ (Vizinová & Preiss, 1999, 42). Avšak ako zdôrazňujú Hašto a Vojtová (2014, s. 24) „pre psychoterapiu posttraumatických porúch je dôležité porozumenie neurobiológii, ktorá je ich podkladom. Uvedomenie si, ako sú reakcie traumatizovaných pacientov podmienené biologicky, nám pomôže lepšie im porozumieť, ale aj pristupovať k nim s väčšou trpezlivosťou a empatiou“

V závere možno zhrnúť, že na základe uvedených informácií jednotlivé ciele arteterapie by mali smerovať na mikro, mezo a makro úroveň človeka, ak to vyžaduje aktuálny stav. Zároveň je tu nevyhnutné hľadisko pri spracovávaní cieľov konkrétneho klienta a to odbornosť a skúsenosť erudovaného arteterapeuta s prácou s ľuďmi s DD. V neposlednom rade považujeme za dôležité mať na pamäti, že „je zrejmé, že ťažko traumatizovaný závislí sú najobtiažnejšie liečiteľnou skupinou pacientov, a že často prerušujú liečbu. Čiastočne to môže byť preto, že liečba ich posttraumatickej symptomatiky, zvlášť jej disociatívne prejavy, nie sú správne rozpoznané a adekvátne liečené (Kudrle, 2003a, s. 132). Preto vnímame za potrebné, aby sa arteterapia zameriavala aj na témy a oblasti ako prevencia relapsu a motivácia s cieľom predchádzaniu včasnému vypadnutiu z liečby a umožniť tak plynulý prechod liečebnými fázami k úspešnému ukončeniu liečby.

2.2.2 Vzťah v arteterapii

Vzťah, ako sme už spomínali, je kľúčovým aspektom psychoterapii ako takej. Postupne sa buduje a vyvíja, má svoje špecifické fázy ale aj samotný začiatok a koniec. Ako popisujú Prochaska a Norcross (1999) terapeutický vzťah je najdôležitejší spoločný faktor jednotlivých psychoterapeutických smerov a je jedným z hlavných činiteľov ovplyvňujúci

úspech psychoterapie. „Psychoterapeutický vzťah je špecifický vzťah, ktorý sa vytvára medzi pacientom a terapeutom v procese liečby. Jeho základom je pocit bezpečia pre pacienta. Tvorí sa od prvého stretnutia a patrí k najvýznamnejším činiteľom psychoterapeutického procesu bez ohľadu na druh použitej metódy alebo školy (Praško, Štepecký, 1995 in Vizinová & Preiss, 1999, s. 42). Toto vymedzenie v sebe ukrýva aj procesuálnu stránku terapeutického vzťahu, upozorňuje tak na to, že má svoj určitý začiatok, kedy sa jedná o budovanie bezpečia a istoty, priebeh a samotný koniec. Tak ako v predchádzajúcej kapitole, aj v tejto budeme využívať integrujúci proces špecifických poznatkov z oblasti vzťahu a arteterapie, závislosti a PTSD. Šicková-Fabrici (2002, s. 59) predkladajú všeobecné vymedzenie vzťahu v arteterapii tak, že „vo vzťahu má dominovať dôvera, rovnocennosť a úcta k človeku, s ktorým pracujeme, snaha prežiť jeho uhol pohľadu. Terapeutický vzťah je kreatívna aliancia, klient je v nej sprevádzaný na určitom úseku svojho života.

Ak sa pozrieme do kontextu, ktorý zahrnuje vzťah a otázky DD teda DZ a PTSD, predpokladáme, že jeho dominantné prvky sú v korelácii, čo predkladá vzťah v arteterapii. Miovský, Bartošikova a Kalina (2003) upozorňujú na dôležité zložky v rámci terapeutického vzťahu ku klientom so závislosťou. Jedná sa o empatiu a pozitívny náboj, prvky výchovy, poradenstva a riadenia či vedenia klienta, motivujúce faktory, prijatie klienta bez výhrad, akceptácia klienta. Liečba založená na pracovnej aliancii, bez obviňovania, konfrontácie a nálepkovania klienta vykazuje viac úspechov. Vo vzťahu zohrávajú dôležitú úlohu aj prenosové javy, ktoré u závislých klientov bývajú časté a silné. Následne je potrebné nahliadnuť do potrieb ľudí s PTSD v rámci terapeutického vzťahu. Ako poukazuje Reddemann (2009) je dôležité zo strany terapeuta byť hlavne prirodzený a byť schopný súcitu, vnímať zdroje pacienta, nenakladať na terapeutický vzťah príliš mnoho traumatických prenosov a predchádzať tak tomu, aby sa pacient cítil stále opustenejší a zúfalejší. Ďalej upozorňuje, že „je obzvlášť dôležité vystríhať sa akémukoľvek terapeuticky indukovanému stresu. K tomu odporúčam, po prvé, zohľadniť dnešné poznatky o traumatickom strese, zvlášť poznanie, že sa jedná o fenomén, ktorý pacient prinajmenšom na začiatku terapie dokáže ťažko ovplyvniť (Reddemann, 2009, s.23). Ozdravenie z traumy a poprenia je možná len v kontexte bezpečných vzťahov. Dané tvrdenie potvrdzuje samotná psychobiológia (Kudrle, 2003a).

Dané informácie nám môžu slúžiť k zosumarizovaniu potrieb a očakávania zo vzťahu s klientom s danou DD. Ako zisťujeme na základe uvedených všeobecných informácií, vzťah v arteterapii môžeme vnímať ako jednu z dominantných zložiek prispievajúcu k liečivému procesu u klientov. Možno však zhrnúť, že arteterapeutický vzťah zabezpečuje základné

potreby jedinca s DD, a to potrebu prijatia, bezpečia, dôvery na umelecko-estetickom podklade.

2.2.3 Osobnosť arteterapeuta/ky

Ako za ďalšiu dôležitú zložku v arteterapeutickom procese môžeme určiť samotnú osobu arteterapeuta ktorý svojou osobnosťou prináša nové elementy terapeutického pôsobenia. Avšak ak chceme aby dané pôsobenie bolo liečivého rázu, domnievame sa ,že je možné zhrnúť základné predpoklady arteterapeuta/ky pre prácu s ľuďmi s PTSD a DZ.

Šicková-Fabrici (2002, s. 58) následne predkladá svoj pohľad na arteterapeuta/ku vo všeobecnej rovine „mal by byť empatický, mal by vedieť svoje informácie prepojiť do súvislostí, mal by vedieť improvizovať, nemala by mu chýbať intuícia, schopnosť predvídať vývoj udalostí a javov. Mal by mať vysoký morálny a etický kredit, mal by v terapii sledovať vždy jasný terapeutický alebo diagnostický cieľ, mal by vytvoriť atmosféru dôvery, pomáhať klientovi zvládať zadané úlohy, ktoré sú pre klienta nové a neznáme, mal by ho povzbudzovať k vlastným interpretáciám, iniciovať rozhovor“. Domnievame sa, že všetky tieto stránky je náročné zastupovať, avšak je žiaduce sa k nim svojou kultiváciou osobnosti približovať. „Robiť v arteterapii s pacientom alebo klientom rôzne veci bez toho, aby sme vedeli prečo, je jednoducho nezodpovedné. Dobrý arteterapeut tuší, čo je „zle“ a rovnako pozná i spôsoby, ako napomôcť“ zlepšeniu“ (Rubinová, 2008, s. 24). Šicková-Fabrici (2002, s. 59) následne popisuje, že „krédo terapeuta je byť tvorivý v budovaní klientovej kreativity, ktorá mu môže dať stimul k pozitívnym zmenám v jeho živote. Terapeut a klient sa snažia porozumieť výtvarnej symbolike, myšlienkovým vzorcom, celej štruktúre klientovej osobnosti“.

„Predpokladom profesijného zrenia v akomkoľvek klinickom obore je „zakúsenie“ či experimentovanie s rôznymi prístupmi, na jeho konci by mal zostať ten, ktorý terapeutovi „dobro padne“ a na jeho pacienta „funguje“ (Rubinová, 2008, s. 24). Dané tvrdenie nám môže ponúkať istú slobodu v procese namiesto rigidného dodržiavania zaužívaných postupov často prebratých alebo naučených od iných odborníkov. Myslíme si, že práve tieto nové postupy práce získavajú arteterapeuti doplnujúcimi školeniami a konferenciami, ale aj prostredníctvom odborných diskusií. Myslíme si, že arteterapeutický proces nevlýva len na samotného klienta, ale aj na arteterapeuta. Utvára sa tak aj pre neho priestor rastu a získavania nových skúseností. Hoffman (1985 in Šicková-Fabrici, 2002, s. 59) sa domnieva, že „terapeut

by mal zahrnúť do procesu arteterapie seba a byť ochotný sa tiež meniť. Arteterapeut nemá stáť mimo arteterapiu“. Avšak dané vplyvanie môže nabráť negatívny raz v momente, ak absentuje psychohygienu na strane pracovníka. Pohľad na základné vzdelávanie či poznatky predkladá Šicková-Fabrici (2002, s. 58) „pre výkon profesie sú dôležité znalosti z oblasti psychológie, medicíny (psychiatrie), pedagogiky (špeciálnej a liečebnej pedagogiky), a pretože v terapii ide o celostné zachádzanie s človekom, mal by mať arteterapeut i poznatky z antropológie“.

Poznatky v tejto podkapitole boli doposiaľ venované arteterapeutovi všeobecne, nasledujúce odseky prinesú potrebné znalosti či schopnosti potrebné pre prácu s cieľovou skupinou s DD v spojitosti s PTSD a DZ. Tieto informácie vychádzajú z poznatkov potrebných pre prácu s osobami jednak s PTSD, DZ a jednak s DD všeobecne. Myslíme si, že základným princípom práce arteterapeuta je neustále približovanie sa a rešpekt ku klientovi a jeho prežívaniu, obzvlášť u ľudí s PTSD. Dané tvrdenie rozvíjajú Hašto a Vojtová (2014, s. 24) „od prvého kontaktu terapeut buduje s pacientom základný bezpečný vzťah dôvery, akceptácie, otvorenosti“. Ďalšie dôležité aspekty práce pripomína Vizinova a Preiss (1999, s.42) „odborník vstupujúci do kontaktu s človekom po ťažkej traume napr. obeť násilia, by mal plne chápať špecifické rysy situácie, do ktorých sa dostáva. Musí sa maximálne opierať o svoju profesionalitu a zároveň byť človekom, ktorý pokorne podáva ruku druhému človeku v núdzi. Je potreba pristupovať ku klientovi ako k rovnocennej ľudskej bytosti, s postojom akceptácie, tolerancie a bazálneho porozumenia“. Pre efektívnu prácu je ďalej potrebné poznanie celkovej dynamiky PTSD ale aj DZ, avšak primárne vnímame potrebu ovládať dynamiku samotnej traumy. To ako vzniká, aký je jej priebeh a aké následky prináša traumatizovaným klientom. „Ľuďom, ktorým sa nepodarilo spracovať traumy, najviac chýbala schopnosť upokojiť sa, prípadne upokojujúce prostredie. Preto považujeme za dôležité, aby naše pôsobenie bolo upokojujúce a povzbudzovalo pacientovu vlastnú schopnosť upokojenia. Z toho dôvodu považujem za žiaduce jemné prostredie, neidealizujúci prenos a odporúčam, aby sa terapeut o to zasadzoval“ (Reddemann, 2009, s.24).

Odporúčania pre pracovníkov s ľuďmi s DD predkladá Scott (1995 in Millerová, 2011, s. 111) „odporúča, aby poradcovia pri práci s toto cieľovou skupinou klientov uplatňovali flexibilný prístup, najmä u konfrontačného štýlu. U tejto klientely bude zrejme v záujmu efektivity liečby nutné zaujať menej konfrontačný štýl poradenstva“. Millerová (2011) upozorňuje, že je dôležité, aby pracovník s toto cieľovou skupinou s DD neprijal hyperprotektívne vzorce správania, ale je dôležité, aby veril klientovi v schopnosť dosiahnuť abstinenciu. Nádej a viera môže klientovi uľahčiť proces liečby. V závere dodáva, že

„poradca nesmie zabúdať, že duálna diagnóza sa dá liečiť (Inba, 1995 in Millerová, 2011, s. 111). Posledný aspekt a to poznatok, že duálna diagnóza sa dá liečiť, považujeme za podstatný pre arteterapeuta, keďže ho môže motivovať k práci a dáva mu tak vieru v ozdravný proces, ktorý prevádza.

Na základe praxe, odporúčame pri práci využívať dostupné pomocné postupy práce ako vedenie dokumentácie, ale aj zostavovanie spoločného cieľa s klientom, prípadne samotný. Individuálny plán tu môže vytvárať rámec pracovného spojenectva medzi arteterapeutom/kou a klientom/kou. Vďaka nemu obaja vedia, kam proces smeruje a koordinujú na základe neho svoje kroky. „Pod pracovným spojenectvom rozumiem to, že pacient je informovaný o terapeutickom postupe, a že s ním súhlasí. Okrem toho by mali byť vypracované do istej miery dosiahnuteľné ciele. A obaja, terapeut a pacient, by mali spoločne preskúmať, aký krok alebo kroky v liečbe sú pri dosahovaní tohto cieľa účinné (Reddemann, 2009, s. 25).

2.2.4 Syndróm burn-out alebo cesta osobného rozvoja u arteterapeuta/ky

Vnímame, že práca s cieľovou skupinou DD v spojitosti s PTSD a DZ, môže byť do podstatnej miery vyčerpávajúca, a to na základe zdieľania traumatických udalostí, ale aj zvýšenej potreby odbornosti na strane arteterapeuta/ky. „Terapeut je konfrontovaný so svojimi životnými hodnotami a postojmi, môže zvädzať ťažký boj o rovnováhu medzi idealizmom a skepticizmom. Tvárou v tvár človeku poníženému, mučenému a znásilnenému je nútený premýšľať o ľudskej krutosti a koreňoch zla. Stojí pred problémami ľudstva ako celku, pred základnými otázkami hodnoty života a smrti, dobra a zla. Stojí pred otázkou samotného zmyslu bytia. Je však terapeutická práca s ľuďmi ťažko traumatizovanými niečím pre terapeuta prínosná je to práve týmto otvorením cesty k vlastnému presahu a tým i osobnému rastu“ (Vizinová & Preiss, 1999, s. 43). „Vzhľadom k vysokej záťaži terapie posttraumatických stavov je tu aktuálna otázka syndrómu „burn-out“ alebo vyhasnutia. Jedná sa o akýsi celkový útlm reaktivity, ktorý sa môže dostaviť, pokiaľ človek nepamätá na zásady duševnej hygieny“ (Vizinová & Preiss, 1999, s. 43). Považujeme za potrebné uvedomiť si svoje limity a hranice, ale aj to, že nie je možné urobiť všetko a všetko vyriešiť. Každý má právo byť unavený a odpočívať, a to aj terapeut. Na základe praxe usudzujeme, že ako vhodné sa javí využívať metódy ako supervízia a neopomínať potrebu psychohygieny.

V neposlednom rade možnosť využívať spoluprácu so všetkými odborníkmi, ale aj kolegami z tímu. Ako dodáva Orlin Davis (1993 in Millerová, 2011, s. 111) „ku klientovmu ozdraveniu výrazne prispieva, pokiaľ adiktologický poradcovia úzko spolupracujú s psychiatrickými službami“. Vnímame, že toto tvrdenie sa rovnako vzťahuje na arteterapeutov pracujúcich s klientmi s DD.

2.3 Arteterapia v kontexte procesu liečby závislosti ľudí s PTSD

Táto kapitola má za cieľ vytvoriť základný primárny rámec informácií pre samotný výskum tejto práce so zreteľom na možnosti arteterapie v procese liečby závislosti s PTSD. V rámci tejto kapitoly proces liečby zahrňujeme do kontextu pobytových adiktologických služieb, a to strednodobú ústavnú liečbu, rezidenčnú liečbu v terapeutických komunitách. Sme si vedomí toho, že každá táto služba má svoj špecifický proces liečby, ktorý zahŕňa terapeutické stratégie, postupy, ciele, režim liečby, ale aj jej proces a pravidlá pre klientovky. Táto práca, a teda aj táto kapitola, si nedáva preto za cieľ zmapovať možnosti arteterapie samostatne v konkrétnych typoch služieb, ale zmapovať a pokúsiť sa zjednotiť dostupné všeobecne a základné odporúčenia aplikovateľné pre všetky tieto služby. Avšak s jednotným kritériom, a to v rámci užšieho liečebného procesu, a to v rámci spomínaných služieb. Odporúčenia pre arte/terapeutov sa pokúsime v kontexte procesu liečby DD a syntézou poznatkov z liečby primárne na PTSD. Nakoľko absentujú odborné texty pre jej priame uplatnenie na duálnu diagnózu v spojitosti týchto oboch diagnóz.

Môžeme postupne bádať zvýšený záujem zo strany odborníkov pre potrebné ucelené doplnenie potrebných informácií skrze diagnostiku až po samotnú liečbu. Je však otázne, do akej miery sú jedinci s DD v rámci liečby podchytení a, napokon, na koľko je daná liečba riadne ukončená a z dlhodobého hľadiska efektívna. „Z dôvodu oddelenia systému liečby (duševného zdravia na jednej strane a užívania návykových látok sa strane druhej), ale aj stigmy sprevádzajúcej obe ochorenia sa túto populáciu zatiaľ nedarí efektívne liečiť“ (SAMHSA, 2002a in Millerová, 2001, s. 96). Domnievame sa však, že liečbou len jednej duševnej poruchy sa tak možno nechtiac vytvára jedna diagnostická optika na daného jedinca a možno necielené alebo aj z nedostatku informácií o DD sa opomína druhá diagnóza. Preto ako efektívnejšiu formu liečby vnímame integrovanú. Toto tvrdenie podkladá aj Zimberg (1993 in Millerová, 2011, s. 111) tvrdí, že „v záujmu dosiahnutia efektivity pri práci s toto

cieľovou skupinou klientov, je potrebné, aby sa symptómy oboch diagnóz stabilizovali a liečili súčasne“.

Kalina (2008), približuje základné tri formy liečby ľudí s DD:

- Následná: liečba prebieha v jednom a následne druhom zariadení, pričom liečba závislosti je tu primárna.
- Súbežná: liečba prebieha v dvoch zariadeniach súbežne – liečba návykového ochorenia a psychiatrické zariadenie (v ambulantných podmienkach).
- Integrovaná: v jedno zariadení je liečba zameraná na obe diagnózy súčasne.

Spomínane formy rozširuje Katona (2013,143):

- „Sekvenčná alebo postupná liečba, kde sa psychiatrické poruchy a závislosť liečia postupne a medzi jednotlivými službami nie je dostatočná komunikácia. Primárnym cieľom je zameranie sa na najzávažnejšie problémy a až po ich ukončení je liečba zameraná na ďalšie ťažkosti. V tomto prípade sa môže stať, že pacienti prechádzajú od jednej služby k druhej a ani jedna nedokáže v plnom rozsahu uspokojiť ich potreby.
- Liečba, pri ktorej sa dva odlišné typy porúch liečia zároveň, sa nazýva paralelná liečba.
- Integrovanú liečbu zabezpečuje psychiatrická nemocnica alebo zariadenie na liečbu závislostí. Súčasťou liečby sú motivačné a behaviorálne intervencie, predchádzanie recidívam a sociálne prístupy. Treba myslieť na to, že liečba pacienta s komorbiditou kladie nároky na interdisciplinárnu spoluprácu. Dôležitá je komunikácia, flexibilita a kooperácia medzi lekármi, psychológmi, sociálnymi a inými pracovníkmi. Zvýšenú pozornosť treba v komplexnej liečbe venovať aj prevencii suicidálneho konania“.

Na problematické oblasti v rámci procese diagnostiky ale aj liečby, poukazuje EMCDDA. „Opatrovateľské a lekárske služby nie sú obvykle pre diagnostiku a liečbu tejto skupiny klientov dostatočne vybavené, nevenujú pozornosť problémom tejto skupine alebo nie sú schopné si samy poradiť. Výsledkom je často tzv. situácia „otáčavých dverí“, kde sú pacienti, ktorí liečbu veľmi potrebujú, odkazovaní z jednej služby na druhú a ich situácia sa neustále zhoršuje“ (EMCDDA, 2004, s. 94). Práve riziko otáčavých dverí vnímame ako alarmujúce u ľudí s DD a teda aj s PTSD a DZ, kedy môže dochádzať aj k následnej retrumatizácií.

Máme predpoklad, že nakoľko samotné ochorenie predchádzalo traumatickým udalostiam, aj samotné zlyhanie v liečbe môže prinášať traumatické pocity zlyhania z vlastného neúspechu. Čím sa daný proces liečby môže narúšať, a to stratou dôvery jedinca v seba ale aj v inštitúcie a je reálne možné riziko úplnej straty kontaktu s daným jedincom. Považujeme za nevyhnutné uviesť doplňujúce poznatky ktoré prináša Kalina (2008) a to nasledovné. V minulosti boli klienti s DD často vopred neprijímaní do TK pre ich psychiatrickú anamnézu, a teda unikali pozornosti odborníkom, napriek tomu sa však v TK vyskytovali a vykazovali komplikovaný priebeh a predčasné vypadávanie z liečby alebo bola ich liečba neúspešná. Myslíme si teda, že v rámci týchto oblastí môže byť práve arteterapia v procese liečby nielen nápomocná, ale aj efektívna.

Kalina (2000, 2006, 2008) zdôrazňuje nasledovné špecifiká klientov s DD, ktoré vnímame ako potrebné aj pre samotný arteterapeutický proces:

- Prípadná psychiatrická porucha veľmi často komplikuje zapojenie klienta do liečby, znižuje jeho schopnosť obstať v náročnom programe, mať z liečby prospech a prípadne vôbec v liečbe vytrvať.
- Klientov problém s duševným zdravím sa často objaví až po určitej dobe abstinencie a sú častým faktorom relapsu.
- „Neobvyklé“ prejavy klientovej psychopatológie rozrušujú ostatných klientov, budí v nich úzkosť a provokujú psychologické a psychosociálne obrany spolu s agresiou, ostrakizáciou a odmietaním.
- Tím TK, pokiaľ nemá dostatočnú odbornú podporu a nie je vybavený potrebnými znalosťami a schopnosťami, sám túto problematiku nezvláda a reaguje podobne ako klienti.

Tieto špecifiká vnímame ako nevyhnutné pre arteterapeutov/ky pracujúcich s klientmi/kami s DD. Domnievame sa, že poukazujú na oblasti, v ktorých môže byť arteterapia nápomocná. Miestami, ktoré vnímame ako výzvu pre arteterapeutov/ky je aj prevencia relapsu, a teda vypadnutiu z liečby, no aj samotná motivácia. Liečebný proces konkrétne v medziach arteterapie má určitú prípravu, začiatok, priebeh a ukončenie so samotným zhodnotením. Záleží od osobnosti arteterapeuta, klienta, diagnózy, formy arteterapie. Müller (2005 in Štefan 2010, s. 176) formuluje základné pravidlá, ktoré platia pre všetky terapie:

- Terapie prebiehajú v určitom čase a v určitom prostredí,
- majú určitú organizačnú formu,
- dôležitá je vždy aj organizácia terapeuta,
- terapie závisia na veku klienta a na jeho symptómoch,
- cieľ terapie býva liečebný, ale aj preventívny a rehabilitačný.

Následne by sme radi priblížili možný proces liečby syntézou poznatkov vychádzajúc z liečby DZ a PTSD, jej jednotlivých fáz a cieľov v zariadeniach strednodobej liečby a TK so zreteľom práve na PTSD. „Vzhľadom k tomu, že mnoho klientov závislých na návykových látkach trpí súčasne PTSD, odporúčame prevádzať kombinovanú terapiu, pretože príznaky PTSD (flashbacky) môžu interferovať (zasahovať) do liečby a užívanie návykových látok môže naopak príznaky PTSD agravovať (zhoršovať)“ (Mathias , 2003 in Millerová, s. 167, 2011). Brady (2001 in Millerová, 2011, s. 167) píše, že „PTSD trpí 30% až 60% závislých klientov a uvádza tri kategórie príznaky PTSD. Cieľom terapie je potlačiť príznaky vo všetkých oblastiach:

- dotieravosť (flashbacky, nočné mory spojené s traumou)
- nadmerná vzrušivosť (úzkosť, ktorá sa prejavuje ako nadmerná ostražitosť, podráždenosť)
- vyhýbavosť (vyhýbanie sa čomukoľvek čo môže vyvolať spomienky)

Základné ciele strednodobej liečby popisuje Dvořáček (2003, s. 198) „stabilizácia sekundárnych problémov spojených so závislosťou; vybudovanie nadhľadu; postupné riešenie dôsledkov drogovej kariéry; prebudovanie motivácie, zvnútornenie abstinenčných noriem, zvnútornenie štruktúry dňa a týždňa; súčasné riešenie problémov ďalších ,zo závislosťou priamo nesúvisiacich; identifikácia rizík relapsu a nájdenie stratégií pre minimalizáciu týchto rizík; niektoré zmeny v pôvodnom prostredí; primerané zlepšenie sebahodnotenia; primerané zlepšenie prežívania“. Základné ciele terapie v TK dopĺňajú Adamček, Richterová-Těminová a Kalina (2003, s. 201):

- vývoj osobnosti a emócie
- na správanie
- na duchovný rozmer osobnosti a etiku
- na schopnosti prežitia a byť profesijne zaistený

Ciele jednak strednodobej liečby a TK, sú naplňované v rámci procesu, ktorý je rozdelený do fáz liečby, ktorými klient postupne prechádza. Tieto fázy nachádzame v oboch typoch služieb. Na základe ich syntézy poukážeme na možné ciele terapie PTSD. Syntézou fáz liečby strednodobej a TK sa nesnažíme o poukázanie ich stotožnenia, ale o prehľadnosť aplikácie poznatkov potrieb a cieľov terapie PTSD. S cieľom vymedziť potrebné informácie, s akými oblasťami je potrebné na jednotlivých fázach s klientom s DD v spojitosti s DZ a PTSD pracovať. Už Pierre Janet definoval tri fázy terapie traumy: stabilizácia, spracovanie traumy a napokon integrácia a nová orientácia. Tieto fázy bývajú vždy prítomné, psychoterapeutické smery sa líšia v technikách, ktoré vyžívajú (Hašto & Vojtová, 2014, s. 24). Taktiež aj Vizinová a Preiss (1999) rozdeľujú terapeutický proces práce s osobou s traumou tri fázy.

2.3.1 Prvá fáza liečby DZ a PTSD

Zahrňuje prvé fázy jednak z strednodobej liečby ale aj TK. V rámci tejto fázy zhrňujeme základné informácie o jej charaktere a cieľoch. „Prvá fáza strednodobej liečby (približne 1-3 týždne): detoxikácia“ (Dvořáček, 2003, s. 198). „Druhá fáza strednodobej liečby (približne 1 mesiac): adaptácia na terapeutický program a zariadenie, komunitu, postupne akceptuje komunitné normy a vytvára si nadhľad“ (Dvořáček, 2003, s. 198). A následne charakteristiky TK. „Nultá fáza TK (približne 2 a viac týždňov): klient absolvuje program, avšak pre prijatie do komunity musí požiadať a absolvovať vstupný rituál“ (Adamček, Richterová-Těminová and Kalina, 2003, s. 205). „Prvá fáza TK (približne 3 mesiace): cieľ- odnaučenie sa deštruktívneho správania a dôjsť k nadhľadu, prispôbiť sa životu bez drog a pravidiel komunity“ (Adamček et al., 2003, s. 205).

V rámci oboch fáz je pravdepodobné, že klient s PTSD v liečbe bude potrebovať primárne stabilizáciu a bezpečný priestor pre adaptáciu na prostredie, ale aj samotný proces. Vnímame, že základným cieľom bude približovanie sa terapeuta a klienta. V rámci stabilizačnej fázy je dôležité, aby terapeut vytváral pocit bezpečia, mal by byť predvídateľný a dať pacientovi kontrolu nad tým, čo sa deje v terapii aj nad vlastným prežitím. Vizinová a Preiss, (1999) upozorňujú, že dôležitým nástrojom je tu psychoedukácia a ďalšie techniky ako cvičenia na uzemnenie, sprítomnení tu a teraz, imaginácie a pod. Cieľom tejto fázy je redukovať symptomatiku tak, aby klient dokázal zvládať každodenný život, a aby sa zvýšila schopnosť jeho kapacity pre spracovanie traumatických zážitkov. Ak je fáza účinná, klient

získava dôveru v psychoterapeuta. „Prvým princípom psychotraumatérie je vytvorenie maximálneho možného kontrastu so situáciou traumy, ktorá bola ohrozujúca, nečakaná a nekontrolovateľná. Terapeut sa preto snaží vytvoriť pocit bezpečia, byť predvídateľný a dať pacientovi kontrolu nad tým, čo sa deje v terapii, i nad vlastným prežívaním“ (Hašto & Vojtová, 2014, s. 24). Vizinová a Preiss (1999) dodávajú, že počiatočná fáza: hlavný cieľ je vytvoriť istotu a bezpečie v rámci terapeutického vzťahu. Snaha načúvať a porozumieť klientovi, posúdiť vhodnosť postupu práce. Vytvorenie spojenectva, ktorého cieľom je jeho uzdravenie. Definovanie rolí, hraní. „Významným nástrojom je tu psychoedukácia. Pacient by mal dostať základné informácie o tom, čo je trauma, ako zvyknú ľudia na podobné situácie reagovať, a že jeho reakcie sú „normálnymi reakciami na nenormálnu situáciu“. Mal by sa dozvedieť, čo je predpokladom uzdravenia, čo mu napomáha a čo ho môže brzdiť – čo môže pre to urobiť sám; a čo je to psychoterapia, akým spôsobom terapeut pracuje a čo môže od psychoterapie pacient očakávať“ (Hašto & Vojtová, 2014, s. 24).

„Nikdy by sme sa nemali pýtať príliš mnoho na traumy v zhodnocovanej či úvodnej fáze, dokiaľ nie je vytvorená dostatočná stabilita a dôvera v terapeuta. Práve v tejto fáze môžu byť dôležitým vodidlom a indikátorom traumy PTSD symptómy, pretože komplexná PTSD sa nikdy nevyskytuje ucelene bez chronickej traumy s počiatkom v rannom detstve“ (Kudrle, 2003, s. 132). Ako autor ďalej dodáva, „vysadenie drogy a ukončenie závislého spôsobu života zastavuje retraumatizáciu. To je podstatnou súčasťou liečby traumy. Bez užívania drog sa začnú viac prejavovať posttraumatické príznaky, obzvlášť flashbacky a pocity neúčinnosti, ktoré je potrebné terapeuticky spracovať“ (Kudrle, 2003, s. 132). Tieto informácie vnímame ako nevyhnutné pre prípadne predpokladať určité správanie a možnosti ako na ne zareagovať s cieľom vyhnúť sa novej retraumatizácii.

2.3.1.1 Odporúčanie pre arte/terapeutov/ky

V odbornom článku autorov Jirku a Bičovského (2007) s názvom Arteterapeutický ateliér v PL Bohunice II je načrtnutý postup práce pri prijímaní nového pacienta. Autori popisujú prácu s klientom po hospitalizácii na príjmovom oddelení PL Bohunice. Autor uvádza, že volí témy, ktoré sa týkajú miesta a času s cieľom uvedomenia si prítomnosti v liečbe. Uvedené informácie môžu byť vhodné pre posúdenie prvých krokov v arteterapii respektíve jej načasovanosti po prijatí do liečby a zároveň k citlivému nadväzovaniu kontaktu.

Považujeme za dôležité uviesť náš názor, že v rámci využitia arteterapie v prvej fáze liečby, považujeme určite za vhodné orientovať sa na stabilizáciu jedinca a primárne sa neorientovať na témy ako trauma, či samotná závislosť pre vysoké riziko nožnej retraumatizácie a následne možné vypadnutie z liečby. „Počas prvej fázy zotavenia z duševného ochorenia, ľudia sú často hospitalizovaný v kríze. Dôraz sa kladie na stabilizáciu a plánovanie. Skupina má zvyčajne pevné pravidlá a rieši spoločné témy a využíva jednoduché materiály, napriek týmto obmedzeniam v rámci arteterapie u hospitalizovanej skupiny je špeciálne dôležité to, že psychoterapeutická skupina je často pacientova jediná skupina s prvým kontaktom s umením pre uzdravenie Spaniol, 2003).

„Témy môžu zahrňovať skúsenosti z ich hospitalizácie alebo nádeje do budúcnosti. Dôležitejšie ako výber témy je identifikovať ako proces arteterapie zasahuje život. Mnoho hospitalizovaných prichádza s pocitmi depresie alebo dezilúzie či zlosti. Arteterapeut v skupine môže využiť arteterapiu pre riadenie emócií. Pred začiatkom tvorby terapeut môže vysvetliť, že skúsenosť skrze umenie môže mať tri stupne procesu, a to vyjadrenie, integrácia a obsiahnutie ich pocitov a myšlienok. Keď je práca kompletná, terapeut prepojí spomienky s so silnými pocitmi s bezpečnou cestou a sú potom pripravení integrovať ich pomocou zdieľania s ostatnými v skupine“ Spaniol, 2003, s. 272)

2.3.2 Druhá fáza liečby DZ a PTSD

Začiatkom tejto podkapitoly vymedzíme charakteristiku liečby v nasledujúcich fázach. „Tretia fáza strednodobej liečby (približne 2-3 mesiace): fáza aktívnej liečby – vlastná aktívna spolupráca v psychoterapii a spolupodieľanie sa na chodu liečebného spoločenstva, riešenie následkov drogovej kariéry a spresňuje motivácia k abstinencii“ (Dvořáček, 2003, s. 198). „Druhá fáza TK (približne šesť mesiacov): cieľ- prijímať a uplatňovať nové hodnoty, zodpovednosť. Nájsť samého seba a svoje vzťahy v komunite“ (Adamček et al., 2003, s. 205).

2.3.2.1 Odporúčanie pre arte/terapeutov/ky

Možno predpokladať, že po navodení pocitu bezpečia a terapeutického vzťahu môžu postupne vychádzať na povrch skryté traumy. „Princípom je však vždy to isté: aktivácia traumatických spomienok v novom kontexte poskytujúcom bezpečie, porozumenie

a akceptáciu a umožňujúcom slobodné skúmanie a prežívanie. Pacient sa vracia k svojim zážitkom, ich perцепčným, telesným, emočným i kognitívnym aspektom a prítomnosť terapeuta a využitie konkrétnych techník mu dáva šancu vnímať, emočne prežívať i verbalizovať, a tak skladať roztrieštené fragmenty traumatických spomienok. Podmienkou spracovania je duálna pozornosť: schopnosť pacienta byť si súčasne vedomý minulosti, ktorú znovuprežíva a prítomnosti, v ktorej sa deje terapeutický proces. Vďaka tomu sa môžu spomienky spracovať a integrovať a uložiť už konštruktívne modifikované“ (Hašto & Vojtová, 2014, s. 24). Vizinová a Preiss (1999) túto fázu označujú ako fáza spracovania: založená na pevnom vzťahu, pomoc zo strany terapeuta vyjadriť traumatické pocity. Práca na rekonštrukcii traumatických udalostí s cieľom ich postupného zlúčenia so životným príbehom klienta. Možné pretrvávanie nedôvery z strany klienta ako následok traumy. Fázy dlhého mlčania. Potreba dávať zo strany terapeuta čas, prítomnosť, trpezlivosť, účasť a dôveru. Odporúča vnímať ako verbálnu ako aj neverbálnu stránku prejavu. Vystáva u klienta samotnou rekonštrukciou otázka prečo? Cieľom tejto etapy u klienta je prežívať kontinuitu vlastného života, objaviť novú nádej a silu k životu.

2.3.3 Tretia fáza liečby DZ a PTSD

Ako posledné je potrebné vymedziť ciele záverečných fáz. „Štvrtá fáza strednodobej liečby (približne mesiac): fáza prípravy na návrat do pôvodného prostredia. Pacient si vytvára reálne plány do života po liečbe, zaisťuje prácu a bývanie a naplánuje si kvalitnú následnú starostlivosť“ (Dvořáček, 2003, s. 198). „Tretia fáza TK: zháňanie bývania, práce, zaisťovanie doliečovania. Môže dôjsť k zhoršeniu stavu. V tejto fázy klienti vyžadujú množstvo podpory“ (Adamček et al., 2003, s. 205).

2.3.3.1 Odporúčanie pre arte/terapeutov/ky

V rámci práce s traumou, poslednou fázou terapie je integrácia a nová orientácia. Jej súčasťou býva od smútenia si toho, čo sa stalo alebo toho, čo nikdy nebolo a malo byť. Ak sa podarí traumy spracovať, môže sa objaviť nový zmysel a perspektíva. (Hašto & Vojtová, 2014, s. 24). Vizinová a Preiss (1999) definujú Fázu ukončenia: smerovanie k samostatnosti,

budúcnosti a vytvoreniu pevných vzťahov. Vytvoriť si svoj svet a dosiahnuť uspokojivú úroveň psychického a sociálneho fungovania. Priznáva, že sa stal obeťou a uvedomuje si následky traumatizácie. Nachádza nový vzťah k sebe. Vnímame za potrebné uviesť tvrdenia Šickovej (2002 in Štefan 2010, s. 178) „výber tém závisí od problémov klientov. Námety bývajú osobné alebo všeobecné, zdanlivo povrchné. Sú vyberané podľa cieľov. Je vhodné, aby terapeut vysvetlil klientom, prečo zvolil určité témy. Navodí tým atmosféru dôvery. Terapeuti pracujúci nedirektívne nechávajú klientom možnosť výberu námetu“. Základné pravidlá na výber materiálu nám podáva Pogády (1993 Štefan 2010, s. 178)):

- Neštruktúrovanosť, nekonvenčnosť uvoľňuje spontaneitu.
- Pri výbere materiálu prihliadame na vek, vývinový stupeň a problematiku.
- Pri hodnotení a interpretácii si treba uvedomiť možnosti poskytovaného materiálu.
- Ak existuje obmedzenie materiálu, ktorý nepodporuje spontaneitu v plnej miere, možno ju zdôrazniť v inej časti terapeutického pôsobenia.

Pre doplnenie mozaiky procesu liečby ponúkame fázy terapie traumy (Reddemann, 2009, s. 188):

- Vytvorenie pracovného spojenectva. Potreba ho neustále zaisťovať. Vždy po konfrontácií s traumou je nevyhnutné znovu dosiahnuť stabilitu.
- Práca na stabilizácii
- Konfrontácia s traumou
- Integrácia a nový začiatok
- Zachádzanie s terapeutickým vzťahom: dospelá časť klienta sa má postarať o „poranenie dieťa“, netvoríme podmienky pre regresiu, prenosové skreslenia sú pomenované a odbúravané, podpora a pocit bezpečia
- Fáza stabilizácie: redukcia stresu, uznanie a ocenenie stratégií zvládania, sprostredkovanie vedenia o následkoch traumy, sprostredkovanie liečivej imaginácií a poznávacích schopností, učenie sa regulácií afektov a ich diferencovania, budovanie bezpečia, objavovanie zdrojov a spôsobu ich využitia, učenie sa diferencovanému vnímaniu tela a láskavému zachádzaniu s telom, učenie sa kontrolovanému zachádzaniu s traumatickým materiálom
- Psychoterapia na vnútornom javisku: zachádzanie s introjektami páchatel'a, zachádzanie s vnútorným dieťaťom

Považujeme za nevyhnutné poukázať na zhrnutie ktoré zostavili Fridell a Nilson (2004, s. 4):

- Komorbidní pacienti majú často mnoho duševných, somatických a sociálnych problémov, ktoré treba identifikovať a diagnostikovať. Liečba je efektívna, ak sa poskytuje v súlade s praxou podloženou dôkazmi a je plánovaná a riadená individuálne.
- Komorbidní pacienti potrebujú starostlivo koordinované a integrované služby, ak má byť liečba úspešná. Pre týchto pacientov sa ako obzvlášť efektívny javí manažment prípadu.
- Na zvýšenie spôsobilosti personálu pri zaobchádzaní s komorbidnými pacientmi holistickým spôsobom a na zvýšenie úspešnosti liečby je potrebná odborná príprava na všetkých úrovniach každej zúčastnenej organizácie.
- Koordinované, integrované a pružné liečebné služby založené na vedeckých podkladoch a pravidelným monitorovaním znížia fluktuáciu pracovníkov a budú nákladovo efektívne.
- Poliečebná starostlivosť a resocializačné opatrenia sú dôležité na predchádzanie recidívy a opakovanej potreby nákladnej starostlivosti

V závere možno zhrnúť základné poznatky nasledovným citátom. Zwebwn (1995 in Millerová, 2011, s. 110) navrhuje dôležitý poznatok, myslíme si, že potrebný aj pre arteterapiu s ľuďmi s DD: „Poradcovia môžu liečebný proces zintenzívniť tým, že s klientmi s duálnou diagnózou budú zdieľať ich bolesť, že ich nebudú trestať za ich ambivalenciu vo vzťahu k liečbe a budú im odporúčať, aby skúsili nejakú dobu abstinovať“.

3 BIO-PSYCHO-SPIRITUÁLNY MODEL ZÁVISLOSTI V SPOJITOSTI S PTSD A MOŽNOSTI

V nasledujúcej kapitole, by sme radi vytvorili základný informačný rámec ako a do akej miery ovplyvňuje DD jednotlivé dimenzie jedinca s daným konkrétnym ochorením. V jednotlivých častiach sa pokúsime popísať škálu možných dopadov v rámci limitov rozsahu tejto práce. Tieto informácie môžu následne slúžiť pre arteterapeutov/ky pre prvotné základné oboznámenie sa s negatívnymi dopadmi DD, čo možno využiť pri prípadnom spracovávaní anamnézy, plánu liečby alebo voľby vhodnosti konkrétnych arteterapeutických intervencií. Zároveň tak primárne získať poznatky, v ktorých oblastiach života jedinca a ako sa dané ochorenie môže dotýkať a následne tak vedieť vnímať dosah a možnosti arteterapie. S cieľom pozitívne podporiť alebo rozvinúť jednotlivé základné oblasti jedinca, ktorých sa ochorenie dotýka alebo značne zasahuje. Táto kapitola má zároveň za cieľ predložiť možné návrhy, kedy a ako je možno arteterapiu uplatniť na základe dostupných informácií a odkázať prostredníctvom zaznamenananej konkrétnej štúdie, potvrdzujúc jej vhodnosť a prínos. Prípadne sa nimi inšpirovať do praxe či podporiť odbornú diskusiu o ich prínose a účelnosti.

3.1 Biologická dimenzia

Môžeme predpokladať, že aj laická verejnosť už pozná fakt, že závislosť, ale aj samotná traumatická udalosť zasahuje a výrazne ovplyvňuje zdravé fungovanie tela jedinca, ktorého zasiahli dané ochorenia. K tvrdeniu budeme predkladať vedecké štúdie vzťahujúce sa ako k závislosti tak aj traume, či PTSD a ich vplyvu na fyziologické procesy v organizme.

V danej podkapitole sa pokúsime zosumarizovať základné fyziologické zmeny, ktoré prináša nielen závislosť a PTSD, ale aj prvotná trauma. Tieto informácie predložíme pomocou syntézy odborných informácií z oblasti jednotlivých ochorení v rámci DD venujúcej sa tejto práci. PTSD a traume budeme venovať značnú pozornosť, nakoľko ako bolo poukázané, dané traumatické zážitky či PTSD sú pomerne úzko spojené následne so vznikom samotnej DZ. Sú teda v určitom podmieňujúcom vzťahu.

V tejto podkapitole sa súčasne budeme primárne orientovať k zmenám, ktoré dochádzajú v najzložitejšom ľudskom orgáne, a to mozgu, ktorý je zásadný pre správne fungovanie ostatných častí či dimenzií človeka. Preto je zároveň daná podkapitola čo do počtu strán a

informácií rozsiahlejšia ako nasledujúce. Existujú početné štúdie a výskumy, ktoré jednoznačne potvrdzujú vplyvy na mozog, a to ako zo strany prežitej traumy, tak aj jednoznačne vyplývajúce z užívania drog. Táto práca však nemá kapacitu pre komplexné preskúmanie tejto témy, avšak jej zámerom je náčrt základných štrukturálnych zmien v mozgu, ale aj iných sústavách ľudského tela pre následnú aplikáciu arteterapie.

Dnešné modrené technológie napomáhajú k poznaniu procesov na mikro a makro úrovniach ľudského tela. „Súčasnú neuropsychologickú a neurobiologickú štúdiu a technológie, umožňujúce vizualizáciu mozgových procesov, viedli k formulácii hypotéz o interakcii medzi mentálnou a fyzickou traumou, o vývoji mozgu, účinkoch návykových látok, stresu a duševnom vývoji (EMCDDA, 2013, s.95). Zdanlivo vzdialené technológie a metódy v oblasti neurológie nachádzajú uplatnenia aj v arteterapii ako poukazuje Klorel. „V dnešnej dobe mnoho klinických arteterapeutov pracujúcich s traumou hľadá odpovede na svoje otázky u neurovedcov“ (Klorel, 2014, s. 19). Myslíme si, že metódy a získané poznatky sú pre odborníkov v oblasti adiktológie, psychiatrie a arteterapeutov už nevyhnutné. Dávajú tak nové vedecky podložené informácie a možnosti, ktoré boli doposiaľ neprístupné. Tieto poznatky považujeme za nevyhnuté pri poznaní jednotlivých procesoch zmien, najmä v CNS pri vzniku DD a možnosti zvoliť zároveň vhodnú podpornú farmakoterapiu a psychoterapiu v rámci procesu liečby, ale aj intervencie v medziach arteterapie. Zároveň pochopiť vplyv a zmeny vyvolané už uvedenými faktormi či intervenciami z procesu liečby na úrovni štrukturálnych zmien mozgu.

Pozitívnym faktom teda je, že v štúdiách drogovej závislosti, ale aj PTSD v rámci zmien na úrovni CNS sa využívajú moderne zobrazovacie techniky a poznatky z neurológie pre pochopenie ich vplyvu na jednotlivé zmeny a zároveň pre mapovanie možností arteterapie. Využívanie nových metód a postupov demonštrujú aj nasledujúce tvrdenia. „Súčasnú trendy v prezentáciách odprednášaných na konferencii Americkej arteterapeutickej asociácie predložili návrh, aby terapeuti v rámci prístupu terapie prostredníctvom očných pohybov (eMDr) ako aj arteterapeuti videli paralely medzi oboma danými prístupmi“ (Klorel, 2014, s. 19). „Iní sa zasa domnievajú, že čoraz viac dochádza k zblížovaniu medzi neurovedou a arteterapiou“ (Klorel, 2014, s. 19). Domnievame sa, že tieto informácie prinesú aspoň postupné pretrvávajúce zblížovanie sa, diskusiu a prehlbujúcu sa spoluprácu medzi jednotlivými vedami a prístupmi a k spoločnej práci v prospech ucelenia nových poznatkov v práci s ľuďmi s DD, v procese samotnej liečby a zároveň v procese arteterapie.

Na základe odbornej literatúry sa dozvedáme, že prežitá trauma a následný stres má výrazný vplyv na fyziologické zmeny v oblasti CNS. Súčasťou vzniku PTSD je počiatková trauma a stres a emočné zmeny ako reakcia tela na ňu. Z posledných štúdií bolo zistené, že prežívaný stres má bezprostredné biologické dôsledky. A to najmä v narušenom vzťahu medzi štruktúrami hypotalamu, hypofýzy a nadobličiek (HPA osa). Každý dlhotrvajúci stres zvyšuje hladinu kortizolu. Pri narušení HPA osi dochádza k symptómom ako tachykardia spojenou s labilitou autonómneho nervového systému. Pri patologických reakciách v dôsledku emočného, fyzického či psychického týrania u detí dochádza k poruche HPA osi, porucha neuroendokrinného systému a taktiež patologické zmeny vo vermis mozočku, ďalej sú to epileptiformne zmeny v temporalnom laloku a limbickom systéme (Bob & Vymetal, 2005). Vnímame, že traumatická udalosť počas detstva či dospievania môže mať často rozsiahlejšie následky pre jedinca ako počas dospelosti, kedy je štruktúra mozgu ucelenejšia, ale aj samotný osobnostný vývoj.

Hašto a Vojtová, (2014, s.23) upozorňujú, že „pri opakovanom výskyte traumatických zážitkov, najmä v detstve, sa môžu stať habituálnymi reakciami a aj nepatrné stresory môžu byť potom neskôr spúšťačom silných, až maladaptívnych, obranných reakcií. Ak si všímame tieto reakcie u pacientov, s ktorými sme priamo v kontakte, môžeme získať veľmi užitočné informácie pre terapeutickú prácu“. „Traumatické skúsenosti v detskom veku behom obdobia zrenia detského mozgu môžu mať rovnako vplyv na orbito-frontálnu oblasť mozgu, ktorá zastáva riadenie, integráciu a moduláciu afektov (Schore, 1996, 1997, 2001 in Brisch, 2011, s. 41). „Zlé nakladanie, prípadne trauma v rannom detstve najviac silne mení vývoj pravej „neverbálnej“ polovice mozgu, ktorá zodpovedá za rôzne aspekty väzby a regulácie afektov“ (Schore, 2001, 2007, 2008 in Brisch, 2011, s. 41). Tieto stresové situácie môžu meniť neurobiologický systém primárne hladinu opioidov. „Evidencia poukazuje na to, že raná vzťahová trauma sa prejaví v deficitoch v pravej mozgovej hemisfére – v spracovaní sociálne-emočných a telesných informácií. Optimálne podmienky pre rozvoj mozgu zahŕňajú prítomnosť bezpečnej postavy, ku ktorému by sa dieťa mohlo pripútať, ktorá dieťaťu poskytuje vonkajšiu stimuláciu a emočné väzby“ (Klorel, 2014, s. 19). Tieto poznatky nám prinášajú informácie nevyhnutné pri jedincoch, ktorí prežili traumatickú udalosť už počas detstva. Domnievame sa, na základe praxe, že nie malé percento osôb so závislosťou prekonalu traumatickú udalosť práve v detstve, ktorá však pomerne často nebola odborne podchytená a jedincom tak bezpečne spracovaná.

Vzniknutá traumatická udalosť a s ňou spojený prežitý stres sa postupne za určitých podmienok môže rozvinúť v PTSD. „Posttraumatická stresová porucha vzniká ako následok traumatického stresu. Ak je organizmus vystavený extrémnemu stresu, resp. stresu, ktorý presahuje jeho aktuálne schopnosti zvládania, dochádza k dysregulácii komplexných neurobiologických systémov – autonómneho nervového systému, osi HPA, noradrenergného systému s locus coeruleus, neuronálnych okruhov spájajúcich limbický systém s prefrontálnou kôrou“ (Hašto & Vojtová, 2014, s.23). Tieto zistenia jednoznačne odhaľujú pomerne značné zmeny v jednotlivých častiach mozgu pri PTSD. Na základe doterajšej praxe usudzujeme, že tieto stresové situácie, ako sme už spomínali, možno u UD nachádzať už počas detstva, ale aj počas samotného často traumatického života so závislosťou, ktoré bližšie uvedieme v podkapitole venujúcej sa sociálnej dimenzií.

Pri štúdiu jednotlivých štrukturálnych zmien v rámci PTSD a DZ, zisťujeme rozsiahle zmeny na úrovni mnohých neurochemických systémov. „Na psychopatológii PTSD sa podieľa množstvo neurochemických systémov, ktoré reagujú na stres: zmeny vo fungovaní neurotransmiterov norepinefrínu, sérotonínu, GABA, neuropeptidu Y; endokrinné zmeny sú najvýraznejšie pozorovateľné na hladinách kortizolu“ (Hašto & Vojtová, 2014, s.24). „Výskum biológie u PTSD potvrdil trvalé zmeny u stresových hormónov. Extrémny stres, aký sa objavuje u traumy, je sprevádzaný uvoľnením početných neurohormónov, ako sú endogénne opioidy. Tieto hormóny sú nevyhnutné pre zvládanie stresu, napríklad pre boj alebo útekovú reakciu. U závislých traumatizovaných jedincov je celkom zrejme užívanie heroínu vysvetlené ako pokus zvýšiť hladinu opioidov v mozgu, keď sa ich už nedostáva“ (Kudrle, 2003, s. 131). „Chronická trauma znižuje citlivosť receptorov k endorfínom. Pre túto zníženú citlivosť je potrebný väčší prísun opioidov k vyvolaniu rovnakého upokojúceho a utišujúceho účinku (Kudrle, 2003, s. 131). Predpokladáme, že to môže viesť k potrebe pravidelného prísunu opioidov z vonkajších zdrojov. Myslíme si, že práve táto informácia prináša možné prvotné vysvetlenie či vzhľad do konceptu self medicácie u ľudí s DZ pri prípadnej prekonanej traume.

V spojitosti s DZ vznikajú na úrovni mozgu pridružené následné zmeny. „V CNS dochádza k zmenám na prakticky všetkých úrovniach od neuronálneho systému až k submolekulárnym jednotkám – rozvíjajú sa tzv. adaptačné zmeny. Pri výskumu drogových závislostí boli preukázané určité znaky genetických predispozícií a rovnako aj dispozície osobnostné súvisiac so syndrómom narušenej závislosti na odmene, odchýlky v dopaminergnom systéme (Hoschl, 1996, Vinař, 1999 in Fišerová, 2003a). „Väčšina neurobiologických modelov závislosti predpokladá, že vzhľadom na uvoľňovanie dopamínu

a aktivovanie systému odmeny zneužívanými drogami, je závislosť spôsobená modifikáciou kinetických reakcií a zvýšeného uvoľňovania dopamínu. Takáto narušená regulácia by zodpovedala buď zvýšenej reaktivite dopamínergických neurónov na špecifické podnety spojené s produktom vyvolávajúcim eufóriu a návyk, alebo útlmovej regulácii signalizácie dopamínu a zníženiu aktivity dráhy odmeny. V prirodzených situáciách sa dopamín uvoľňuje vtedy, keď je odmeňujúca skúsenosť nová, lepšia ako sa očakávalo alebo neočakávaná. Takéto uvoľňovanie dopamínu pomáha jedincovi zapamätať si signály ohlasujúce odmenu. Teda, keď sa dopamínový systém v dôsledku užívania drogy nadmerne vybudí, snaha zopakovať tieto účinky môže prevládnúť nad inými dôležitými aktivitami zameranými na cieľ“ (Tassin, 2009, s. 2). Považujeme za potrebné, mať na pozornosti to, že „všetky látky s vysokým potenciálom závislosti majú centrálné účinky, rýchle a dobre prenikajú hematoencefalickou bariérou a viažu sa väčšinou na špecifické receptory, či skupinu viacerô rôznych receptorov, podľa príslušných chemických štruktúr drog, eventuálne droga pôsobí priamo zmeny prestupu niektorých iónov alebo zmenu fluidity membrán (Fišerová, 2003, s. 97). Dané poznatky ponúkajú zaujímavé zistenia, že obe ochorenia výrazne zasahujú správne fungovanie CNS a primárne opiátový systém a dopaminergný systém.

Predpokladáme, že je možno pozorovať, že jedným z popredných rysov prejavu prežitej traumy či PTSD je u jedinca výrazná problematická oblasť pamäte – a to primárne rozpomätávanie sa na danú konkrétnu traumatickú udalosť. Ako sa ukazuje, táto problematika sa viaže priamo na zmeny v oblasti mozgu pri prežitej traume. „U pacientov s PTSD bola opakovane pozorovaná zvýšená reaktivita amygdaly, ktorá sa prejavuje prežívaním strachu a hnevu, pri súčasnej zníženej aktivite prefrontálnych oblastí, ktoré sú sídlom exekutívnych funkcií a za normálnych okolností majú za úlohu regulovať emócie. Recipročná inhibícia týchto oblastí spôsobuje, že ani opakovanými návratmi do spomienok sa tieto nespracujú, ale zostávajú uchované v pamäti v pôvodnej fragmentovanej podobe s vôľou neovládateľnými sprievodnými psychickými a vegetatívnymi prejavmi“ (Hašto & Vojtová, 2014, s.23) „Psychiater Bessel van der Kolk vyslovuje názor, že v stavoch veľkého podráždenia sympatického nervového systému sa slovné kódovanie pamäti zablokuje a centrálny nervový systém sa vracia k zmyslovým a obrazovým formám pamäti, ktoré prevládali v rannom detstve (Herman, 2001, s. 62). Proces, ktorý následne zasahuje do oblasti pamäte približujú následne zistenia. „Prostredníctvom štúdie veteránov vietnamskej vojny a obetí zneužívania zistil, že pacienti s PTSD vykazujú zmeny v štruktúre a vo funkcii v tých oblastiach mozgu, ktoré sprostredkovávajú pamäť, zahŕňajúc hipokampus a stredný prefrontálny kortex, rovnako ako aj mozgové chemické systémy spojené so stresovou reakciou a vybavovaním

spomienok“ Bremner (2001 in Klorel, 2014). Ďalej Bremner predložil hypotézu, že „atrofia a dysfunkcia hipokampu nasledujúca po vystavení zneužívaniu vedie k narušeniu a fragmentácii spomienok. Ťažkosti týchto pacientov s rozprávaním o zneužívaní môžu byť spôsobené aspoň sčasti funkciou zmien v ich mozgových štruktúrach“ (Bremner, 2001 in Klorel, 2014, s. 21). Autor následne pokladá pozoruhodné otázky. „Je práve menší objem hipokampu, ktorý bol zistený u ľudí s PTSD, existujúcou podmienkou, ktorá robí mozog náchylnejším voči stresu, alebo je to v skutočnosti raná trauma v detstve, ktorá spôsobuje menší objem hipokampu? Štúdia dvojčiek skúmala tieto závažné otázky, avšak neboli vyvedené jasné závery“ (Klorel, 2014, s. 22). Daným otázkam sa venovali aj autori Hašto a Vojtová nasledovne. „Viaceré štúdie našli znížený objem hipokampu u ľudí s PTSP, pričom existujú hypotézy o príčinnej súvislosti v oboch smeroch: znížený objem hipokampu je následkom nespracovanej traumatizácie vs. je príčinou neschopnosti CNS traumatické skúsenosti spracovať“ (Hašto & Vojtová, 2014, s.24)

Ďalšie rozsiahle zmeny súvisiace s pamäťou no aj s jednotlivými zmenami na úrovni neurochemických systémov, približujú Hašto a Vojtová (2014). „PTSP niektorí autori konceptualizujú ako „poruchu pamäti“, resp. poruchu spracovania informácií v CNS. Informácie, ktoré sa do CNS dostali v čase traumatického zážitku, nie sú adaptívne spracované a sú zapamätané odlišným spôsobom ako bežné spomienky. Hovorí sa o „horúcich pamäťových stopách“ (Hašto & Vojtová, 2014, s.23) . Predpokladáme, že dané súvislosti môžu zároveň úzko súvisieť s depersonalizáciou a derealizáciou, ktorej sa budeme venovať v ďalšej kapitole. Celkovo je možné dané poznatky zhrnúť, že „ na rozvoji a udržiavaní PTSD sa podieľa celá rada neurobiologických systémov. Zatiaľ nie je jasné, či tieto zmeny sú výsledkom zážitkov traumy samotnej, alebo či ide len o odkrytie biologických abnormalít u disponovaných osôb. Nálezy u postihnutých PTSD podporujú hypotézu o hyperaktivite noradrenergneho, opiatového systému a osi hypotalamus – hypofýza – nadobličky“ (Praško et al., 2001,s. 158)

Ďalšie viditeľné telesné zmeny uvádza Baldwin (in Hašto & Vojtová, 2014, s.23) keď opisuje päť základných psychobiologických obranných reakcií na nebezpečenstvo: „ostrážité zamrznutie, útek, útok, vydesené zamrznutie a kolaps. Uvedené poradie zodpovedá situáciám od objavenia sa nebezpečenstva a jeho posúdenia, cez ohrozenie, ktoré sa subjektu javí ako vlastnými kapacitami zvládnuteľné, až po také, ktoré vyhodnocuje ako úplne nezvládnuteľné, nedá sa riešiť ostrážitosťou, útokom ani útekem, zostáva len imobilizácia s ustrnutím alebo kolapsom. Všetky tieto reakcie sú za určitých okolností adaptívne, môžu však pretrvávajúť aj po odznení nebezpečnej situácie a formovať posttraumatickú symptomatiku“. PTSD a DD

vyvolávajú značné rozsiahle zmeny aj v ostatných častiach tela. Tieto informácie považujeme za potrebné pri priebehu artetreapie, nakoľko nám pripomínajú nevyhnutnú prácu s telom, a tak neopomínať telesný stav klienta, ktorý rovnako určuje voľbu a vhodnosť jednotlivých intervencií a metód.

V prítomnosti traumy alebo PTSD u jedinca možno zaznamenávať nasledovné somatické príznaky. „Príznaky stiahnutia, zvierania, sú dôsledkom, kedy bol človek vystavený totálnej bezmocnosti, nemohol utiecť ani klásť odpor a ocitol sa náhle v stave strnulosti, skamenelosti, v paralýze. Zo svojej bezmocnosti mohol uniknúť jedine vnútorne – zmenou stavu vedomia (Vizinová & Preiss, 1999, s. 22).

Ruppert (2008, s. 47) prezentuje horizontálne štiepenie tela ktorého sa dotýka PTSD:

- oblasť hlasiviek
- pocity u srdca
- pocity v bruchu
- sexuálna slasť

Autor súčasne dopĺňa, že „môžu byť prerušené signály z mozgu do hlasiviek a človek nemôže hovoriť o niečom pre neho dôležitom. Na ramenách môže spočívať obrovská tiaž a človek nevie prečo. Oblasť pŕs a srdca môže trpieť izolovanou bolesťou a tlakom bez toho, aby niečo prenikalo do vedomia. V bruchu môže byť veľká tiaž nezávisle na všetkom ostatnom. Sexuálna slasť môže byť blokovaná, aj napriek tomu, že by ju človek rád prežíval. Paže, ruky a nohy môžu mať izolované vnemy (svrbenie, necitlivosť, nepokoj) (Ruppert, 2008, s. 47). K tejto oblasti môžeme doplniť náš postreh z praxe, že práve s danými príznakmi sme sa v u klientov v nízkoprahových službách stretávali najčastejšie. Ruppert (2008, s. 49) však ďalej upozorňuje, že „ak je rozštiepenie dlhodobé, zvyšuje sa riziko telesných ochorení taktiež s vekom, pretože pre telo je stále ťažšie zjednocovať a vyrovnávať vzájomne si odporujúce riadiace impulzy, ktoré mu posiela jednak ja prežitia, jednak traumatizované ja. Pripadá mi, že ochorenia príznačné pre toto duševné rozštiepenie sú predovšetkým ochorenia spočívajúce v oslabení imunitného systému. Sú to ochorenia, za ktorých imunitný systém napadá a ničí vlastné telo, miesto toho, aby ho chránil“. To nás privádza aj k dôležitosti včasnej krízovej intervencie pri PTSD ale aj nevyhnutnosť pracovať s klientom na úrovni jeho telesného prežívania. Venovať sa otázkam relaxácie, dýchania a telesného ukotvovania v prítomnosti.

V spojitosti s DZ nesmieme zabúdať na ďalšie možné riziká poškodenia na biologickej úrovni. Tieto poškodenia sú odvodené od typu užívanej návykovej látky, frekvenciou užitia, kvalitou drogy, spôsobom a množstvom užívania. Celkovým zdravotným stavom a životným štýlom. Aplikácia drogy spôsobuje zmenu prirodzenej rovnováhy v systéme CNS, ak sa látka vpravuje do tela opakovane, rovnováha sa vychýľuje dlhodobo. Následne sa v CNS začne rozvíjať proces znovunastolenia homeostázy tzv. adaptačné mechanizmy. Organizmus sa teda prispôsobuje návykovým – cudzorodým látkam. Nastáva teda patologická homeostáza, a pre jej udržanie je nutné drogu stále dodávať. Ak sa droga nedostaví, vychýli sa daná patologická homeostáza a nastane syndróm z odňatia drog (Fišerová, 2003a). Jednotlivé somatické poškodenia vzniknuté injekčným užívaním môžeme roztriediť aj podľa dopadu na jednotlivé telesné sústavy (Minárik & Řehák, 2008):

1. kardiovaskulárny systém: poškodenie cievneho systému, zápal hlbokých žíl na dolných končatinách, abscesy, flegmóny, zasiahnutie tepny, bakteriálna endokarditída, infarkt myokardu, arytmia;
2. dýchací systém: aspiračná pneumónia, zápal pľúc, akútny pľúcny opuch;
3. zrak: plesňové infekcie oka, poruchy sietnice, šedý alebo zelený očný zákal;
4. obličky: rozpad bielkovín a tvorba tzv. amyloidu, u heroinistov čiernej pleti: malígna nefroskleróza;
5. centrálna nervová sústava: mozgové abscesy, mozgová príhoda;
6. ďalšie súvisiace ochorenia, ako napr. krvou prenosné infekčné ochorenia.

Medzi najzávažnejšie infekčné ochorenia vyskytujúce sa u injekčných užívateľov možno zaradiť HIV/AIDS, vírusové hepatitídy A, B, C a pod. So vznikom týchto ochorení súvisí mnoho príčin. Minárik a Hobstová (2003a, s.223) uvádzajú, že „vznik infekčných chorôb súvisí s používaním nesterilných pomôcok užívaných k intravenóznemu užívaniu, nesterilnou prípravou drogy (často taktiež jej primárna kontaminácia), vzájomným požičianím ihiel a striekačiek pri nedostatku vlastných, nízkou socioekonomickou životnou úrovňou a z nej vyplávajúci nízky hygienický štandard, so sexuálnou promiskuitou, ktorá býva v horšom prípade násobená sex-biznisom oboch pohlaví k získaniu finančných prostriedkov na drogu alebo drogy samotnej“. „Užívanie opiátov a injekčné užívanie drog sú dve formy užívania drog úzko spojené s takýmito škodami, najmä predávkovaním a prenosom infekčných chorôb. Počet fatálnych predávkovaní uvádzaných v Európskej únii v posledných dvoch desaťročiach sa rovná jednému úmrtiu z predávkovania za každú

hodinu. Z výskumu tiež vyplýva, že v posledných dvoch desaťročiach veľký počet užívateľov drog zomrelo z iných príčin, napr. AIDS alebo samovražda“ (NMS, 2010, s. 82).

Je dôležité pripomenúť, že jednotlivé dopady sú vysoko špecifické a nevyhnutne sa nemusia manifestovať u každého jedinca s PTSD a DZ. Súvisia aj s celkovou psychickou odolnosťou, životným štýlom a včasnosti zachytenia daného ochorenia. Na základe uvedených informácií možno zhrnúť, že pri daných ochoreniach môže dochádzať k značnému poškodeniu jednak v rámci CNS ale aj iných sústav. Je otáznne, nakoľko a ako v týchto zmenách môže arteterapia vplývať k pozitívnym zmenám, respektíve mať liečebné či rehabilitačné účinky aj na fyziologickej úrovni pokúsime sa to zmapovať v rámci nasledujúcej podkapitoly.

3.1.1 Možnosti Arteterapie

Dané zmapované poznatky v tejto podkapitole sú možnou inšpiráciou pre prax prípadne a pre vedenie samotnej diskusie ako už bolo spomínané. Táto podkapitola prináša iba základný rámec možných návrhov na základe dostupných poznatkov. Predpokladáme, že arteterapia má jednoznačne vplyv aj na samotnú telesnú stránku jedinca, teda dokáže pozitívne vplývať na jednotlivé ciele zložky pre ich samotnú a potrebnú rehabilitáciu. Vplyv aj na najzložitejší orgán ľudského tela mozog, a teda tak uplatnenie arteterapie u ľudí s rôznym ochorením poukazuje Malchiodi vo svojom príspevku Arteterapia a mozog v zborníku Handbook of art therapy. „Ako funguje mozog a ako ovplyvňuje emócie, proces poznávania a správania sú dôležité pri liečbe väčšiny problémov ľudí, vrátane poruchy nálad, posttraumatickej stresovej poruchy, závislosti a iných fyzických ochorení“ (Malchiodi, 2003, s.18). Rozvoj modernej technológie naďalej výrazne napomáha k pochopeniu jednotlivým minimálnym zmenám v spojitosti arteterapiou. „Nedávne vedecké poznatky hovoria o tom, ako obrazy ovplyvňujú emócie, myšlienky a pohodu, a ako mozog a telo reagujú na skúsenosti z kresby, maľby či iných umeleckých aktivít. Objasňujú tak ,prečo je arteterapia efektívna u rade ľudí“ (Malchiodi, 2003, s.19) Domnievame sa, že výrazným prvkom, ktorý arteterapia prináša, je byť tu a teraz v súlade so svojim telesným a duševným prežívaním. Dané tvrdenie podkladá aj autor Malchiodi (2003, s.21) , „výtvarná činnosť môže pomôcť traumatizovanému človeku myslieť a cítiť sa súčasne, nakoľko počas traumy dochádza

k štiepeniu myslenia a cíteniu. A zároveň arteterapia redukuje úzkosť a podporuje pocit pohodlia s terapeutom“. Práve dané informácie sú podkladom pre možnosti práce arteterapie pri dôsledku, ktoré prináša trauma, a to štiepenie, ktoré sme predkladali v prvej kapitole skrze autora Rupperta. Je dôležité pripomenúť, že u ľudí s prežitou traumou, ako bolo uvedené, môže nastať celkový nesúlad a v tom zahrnutá určitá absencia stratu kontaktu či vzťahu so svojim telom. „Súčasní arteterapeuti si uvedomujú odcudzenie dnešného človeka od jeho telesnosti. Vyvinuli telesne orientované metódy v rámci arteterapie. Jednou z týchto metód je obkresľovanie tela v životnej veľkosti alebo modelovanie z hliny“ (Šicková-Fabrici, 2002, s. 112). Autorka ďalej konkrétne opisuje proces arteterapie s pacientkou v rámci tejto roviny. Uvádza, že v kresbe tejto pacientky bolo bádať rozloženie jej tela do fragmentov a v procese terapie tieto jednotlivé časti boli následne zložené. Cieľom arteterapie teda bolo „pozbiarať jednotlivé časti, vložiť ich do symbolickej nádoby, naplniť ich teplom a láskou, zmyslom. V závere dopĺňa „umenie sa využije ako dôležitý tmeliaci materiál, ktorým arteterapeut spojí jednotlivé časti do celistvosti. Dosiahnutím celistvosti sa prejaví zmenou body image“ (Šicková-Fabrici, 2002, s. 112).

Odborný článok s názvom Art Therapy and the brain od Lusebrinka (2004) sa zaoberá vzťahom medzi funkciami a štruktúrou mozgu a samotnou arteterapiou. Článok popisuje ich vzájomný vzťah a pôsobenie v smere arteterapie až k mozgu. Jednoznačne poukazuje vplyv arteterapie aj na tejto zdanlivo nedosiahnuteľnej úrovni. Potvrďuje to aj nasledovné základné výňatky článku, kedy autor popisuje základne oblasti pre arteterapiu. Arteterapia je jedinečne vybavená pre aktivovanie pomocou rôznych výtvarných médií v terapii. Ponúka možnosť riešiť základne zmyslové bloky pri spracovávaní informácií a emócií. Arteterapia ponúka možnosti odlišných selektívnych aspektov vizuálneho spracovávania informácií (Lusebrink, 2004).

Malchiodi (2003, s. 21) upozorňuje na dôležitosť poznania funkcií jednotlivých častí mozgu „mnoho častí mozgu sú dôležité v procese traumy, limbickému systému, sídlu inštinktu prežitia a reflexu, bola venovaná značná pozornosť. Zahŕňa hypotalamus, hipokampu a amygdalu, ktorá je tiež relevantná pre pochopenie traumatickej pamäte. Nedávne zistenia naznačujú jej značnú úlohu v zmyslových spomienkach na stresujúcu udalosť. Tieto zistenia odhaľujú, prečo výtvarný výraz je užitočnou súčasťou arteterapie, poradenstva a duševného zotavenia. Pretože jadro traumatickej skúsenosti je fyziologické, expresie a spracovanie zmyslových spomienok na traumatické udalosti sú nevyhnutné pre úspešnú intervenciu a výsledky“.

Arteterapia je, ako ukazuje nasledujúci odborný článok, vhodná aj pri práci s poruchami pamäti, ktoré sú ako bolo uvedené pomerne časté u ľudí s danou DD. Považujeme za nevyhnutné uvedomiť si, že „umenie je prirodzený sensorický spôsob vyjadrovania, pretože zahŕňa dotyk, vôňu a ďalšie zmysli v rámci skúseností. Kreslenie a iné umelecké aktivity, mobilizujú vyjadrenie zmyslových spomienok, a to spôsobom, ktorý slovný rozhovor a intervencie nemôžu. Pre úspešné spracovanie traumatického zážitku musí byť tento zážitok spracovaný sensorickými prostriedkami. Kapacita umeleckej tvorby preniknúť zmyslovým materiálom (tj. Limbický systém – zmyslová pamäť udalosti) robí silným intervenčným nástrojom“ ((Malchiodi, 2003, s.21)). Myslíme si, že jednotlivé intervencie sú vhodné pri samotnom nadväzovaní vzťahu s jedincom, ktorý napr. vykazuje známky mutizmu po traumatickej udalosti alebo aj pri samotnom bezpečnom odhaľovaní a spracovávaní traumatických udalostí. Vnímame, že arteterapia tak môže prinášať jednoznačne pocit bezpečia, potrebného dostatočného času a primeraného tempa na základe špecifických potrieb konkrétneho jedinca. V závere autor popisuje vhodné základné postupy napr.: „konkrétne kreslenie úlohy ako je napríklad ‚kresli čo sa stalo (Malchiodi, 2003).

Mušinská, Živčaková a Živčák (2013) vo svojom článku zaoberajúcim sa návrhu metodiky biomechanických princípov pre telesne postihnutých na základe arteterapie, demonštrujú pozitívny vplyv arteterapie na jednotlivé telesné postihnutia. Ako uvádzajú „Arteterapia ako mladá disciplína má dobré výsledky na poli psychológie a psychiatrie, je mostom k psychickej rovnováhe a životnej motivácii klientov. Spojením biomechanických princípov a výtvarných techník vieme vytvoriť metodické základy pre terapiu zlepšenia funkčnosti poškodených segmentov ľudského tela“ (Mušinská, Živčaková and Živčák, 2013, s. 197). Medzi ochorenia, na ktoré možno liečebne pôsobiť autori uvádzajú nasledovne „detská mozgová obrna (poruchy hybnosti a vývoja hybnosti spôsobené poškodením mozgu v dobe pred pôrodom, pri pôrode alebo do 1 roku po ňom), zápalové ochorenia mozgu, epilepsia, chabá detská obrna, amputácie, myopatia (progresívna svalová dystrofia), poruchy zakrivenia chrbtice ‚vrodené poruchy vývinu“ (Mušinská et al., 2013, s. 198). Tieto informácie prinášajú nádej a zároveň výzvu pre arteterapeutov/ky k práci s ľuďmi s telesným postihnutím, ktoré do určitej miery môže vzniknúť ako dôsledok danej DD. Domnievame sa, že aj v rámci cieľovej skupiny tejto práce sa možno stretnúť so spomínanými poškodeniami či podobnými variáciami vzniknutými na základe užívania drog, či PTSD ako bolo zhrnuté v tejto podkapitole. Konkrétne techniky, ktoré autori uvádzajú prinášame následne zosumarizované (Mušinská et al., 2013, s. 197 - 198). :

- Patrí prsto-mal'ba, spoločná kresba s terapeutom, spoločná kresba v rámci skupiny, textilné formy, drôtikovanie, práca s kameňom, nástenná mal'ba, práca s hlinou.
- Využívame jednu či viac výtvarných techník, prostriedkov a pracujeme buď na ploche (napríklad: mal'ba vodovými, temperovými, koláž, práca s papierom), alebo v priestore (napríklad: modelovanie, keramika, práca s drevom).
- Techniku voľného čmárania, voľnú kresbu či mal'bu, tematickú kresbu, mal'bu snov, fantázií, prianí a spomienok, autoportréty a portréty.

V rámci postupov ale aj prínosu konkrétnych techník prinášajú následné zhrnutia:

- Rozličnosť výtvarných techník a činností je vhodná preto, aby sa zvýšilo sebavedomie i u tých klientov, ktorí nie sú v kreslení a maľovaní príliš zruční (Mušínská et al., 2013, s. 198).
- Arteterapia má okrem potenciálu rehabilitácie jemnej motoriky aj možnosť kompenzácie psychického handicapu. Zážitok úspechu, pocit tvorivosti, povzbudenie sebavedomia vlastnou činnosťou, to všetko napomáha (Mušínská et al., 2013, s. 203).

Zároveň si aj na základe týchto informácií uvedomujeme limity arteterapie pri vážnejších fyzických poškodeniach tela avšak aj napriek tomu vnímame víziu pre arteterapiu venovať zameranie aj vážnejším telesným poškodeniam s cieľom k hoci len zdanlivo nepatrných rehabilitačných zmenám. Ako zaujímavá príležitosť sa ukazuje aj prípadná možnosť spolupráce s fyzioterapeutom pri samotnej rehabilitácii. Ďalšie informácie nám prináša kazuistika Lhotovej (2013) v odbornom článku Chronické bolesti a arteterapeutická péče, kedy v závere autorka uvádza, že pacient pociťoval predĺžený účinok analgetík behom tvorby v rámci arteterapie. Autorka ďalej poznamenáva „zdá sa, že v rámci prevencie atak bolesti arteterapia svojimi tvorivým činnostným potenciálom transformujúcim negatívne emócie vytvára pozitívny vzťah k sebe a prispieva k poznávaniu svojich možností a síl, ovplyvňuje tak schopnosť adaptácie a učí čeliť negatívnym emočným prežitkom (strachu, úzkosti, tiesni, depresii, sklamaniu, bez moci, zlosti) inými emóciami (odhodlaním, vierou, nádejou, radosťou) (Lhotová, 2013, s. 132). Wadesonová (2000 in Šicková – Fabrici, 2002) poskytuje poznatky z výskumu Pollackovej – vytvorila arteterapeutický program pre pacientov s AIDS.

Hlavný cieľom arteterapeutickej intervencie tu spočíva v prelomení izolácie, zmiernení depresie a obáv zo straty kontroly nad svojim životom (Šicková- Fabrici, 2002, s.74). Všetky tieto zaznamenané informácie nám dávajú predpoklad k nádeji , že arteterapia ma rozhodne značný vplyv aj na rehabilitáciu postihnutej telesnej časti človeka s danou DD.

3.2 Psychologická dimenzia

Táto kapitola priblíži základné negatívne dopady PTSD a DZ na psychickú stránku jedinca. V rámci tejto podkapitoly sa konkrétnejšie pozrieme aj na fenomény derealizácie a depersonalizácie, ktoré sú podľa nášho názoru pomerne kľúčové v rámci subjektívneho prežívania jedincov s DD. Súčasne sa domnievame, že ako negatívne javy v psychologickej dimenzii sú pomerne často sa vyskytujúce aj u oboch duševných ochorení zameraných v tejto práci. Zároveň v rámci našej doterajšej praxe sa u UD v spojitosti s traumatickou udalosťou tento jav vyskytoval veľmi často v rôznych intenzitách a variáciách. Na základe pozorovania v praxi vnímame, že u jedincov spätne vyvolávali pocity zmätku, strachu, ale aj hanby z neschopnosti ovládať svoje telo a prípadne tak čeliť pocitu nemožnosti zabrániť tak danej traumatickej situácii. V tejto podkapitole budeme následne pokračovať sumarizovaním základných odborných poznatkov vplývajúcich z negatívum ktoré prináša DD na psychiku jedinca na základe informácií z odborných publikácií.

Mnoho štúdií v dnešnej dobe poukazuje na rozsiahle a dlhotrvajúce psychofyziologické zmeny pri PTSD. Jedná sa o kombináciu symptómov generalizovanej úzkosti a špecifických fóbií. Prejavuje sa zvýšená podráždenosť a ich telo sa nachádza v neustálom strehu. Neočakávané podnety ich mimoriadne vyplašia a obzvlášť špecifický reagujú na podnety spojené s traumatickou udalosťou. Následne sa u nich vyskytuje zvýšená dráždivosť a to aj počas spánku, prejavuje sa v snoch ako nočné desy. Zdá sa tak, že traumatické udalosti menia ľudský nervový systém (Herman, 2001). Ďalej možno hovoriť o intrúzií, ustrnutí až ochrnutí. „Dôsledkom mimoriadne veľkého nebezpečenstva, je že človeku sa rytmicky striedajú dve protichodné reakcie intrúzia a ustrnutie. Táto dialektika protichodných psychických stavov je zrejme najtypyckejšiou črtou PTSD syndrómov. Keďže ani jedna z týchto reakcií neumožňuje integráciu traumatickej udalosti do vedomia, striedanie týchto dvoch extrémnych stavov možno chápať ako pokus nájsť medzi nimi uspokojivú rovnováhu. Lenže práve táto rovnováha je to, čo traumatizovanej osobe chýba (Herman, 2001, s. 72). V spojitosti s DZ sa

pridružujú ďalšie zmeny, prípadne pridružené psychické ochorenia. Morel (1999 in EMCDDA, 2004, s. 95) „odlišuje nešpecifické duševné poruchy, ktoré sa vyskytujú medzi narkomanmi, od problémov konkrétne súvisiacich s užívaním drogy. Užívatelia často vykazujú nasledujúce poruchy:

- úzkostne - depresívne poruchy
- poruchy spánku spôsobené depresiou, úzkostnými poruchami alebo psychózou
- agresívne a násilné správanie, ktoré je známkou antisociálnej, psychopatickej, schizofrenickej alebo paranoidnej poruchy osobnosti

Problémy priamo súvisiace s užívaním drog zahŕňujú:

- psychózy navodené halucinogénnymi drogami alebo amfetamínmi
- syndróm zmätenosti“

„Z psychologických faktorov je to celá rada tých, ktoré vznikajú ako dôsledok abúzu a posilňujú obvykle ďalší abúzus, čím smerujú jedinca k závislosti. Napríklad alkohol má anxiolitické a antidepresívny účinok na počiatku užívania. Neskôr sa však sám stáva príčinou depresívnych a úzkostných stavov, ktoré stimulujú ďalšie pite. Vidíme to často v ústavnej liečbe, keď v prvých týždňoch je pacient depresívny a úzkostný, obvykle od 4. týždňa liečby tieto symptómy miznú. Iným príkladom môže byť aktivácia paranoidných stavov u chronického abusu stimulancií, poruchy identity pri abusu halucinogénov a pod.“ (Kudrle, 2003a, s. 92). Na základe praxe, môžeme vnímať, že u ľudí s DZ sú pomerne značne zastúpené príznaky depresívneho ochorenia u ľudí s abusom alkoholu a tlmivých látok, ale aj príznaky rozvoja psychózy primárne u užívateľov stimulantov či halucinogénov.

3.2.1 Disociácia a depersonalizácia

Táto podkapitola sa bude venovať bližším špecifikám patologickej forme disociácie a v neposlednom rade depersonalizácie. Ako sme spomínali, už počas praxe sme mali možnosť zaznamenať na základe komunikácie s jedincami s DD možné príznaky daných javov. Dnes je už jasná spojitosť medzi traumou a disociácie, podložená aj odbornou verejnosťou. S disociáciou sa môžeme stretávať u jedincov, ktorí prežili zvlášť vysoko traumatické udalostí ako znásilnenie, prepadnutie či svedectvo iného obzvlášť závažného

kriminálneho činu. „Fenomén disociácie býva popisovaný ako vzájomne oddelenie rôznych mentálnych procesov a zahrnuje široké spektrum prejavov od bežných, každodenných zážitkov ako (napr. denné snenie), až po prejavy závažnej psychopatológie, ako je napríklad mnohopočetné poruchy osobnosti. Patologická disociácia sa prejavuje hlavne amnéziou, poctami derealizácie, depersonalizácie a zmenami v prežívaní identity“ (Pastucha, Praško & Cinculová, 2011, s. 162). Ďalším javom pomerne častým pri traumatickej udalosti je depersonalizácia. Jedinci pri traumatickej udalosti majú pocit, akoby prestali byť súčasťou svojho tela. Akoby sa pozerali na udalosť z výšky. „Depersonalizácia je porucha sebauvedomenia jedinca, ktorý sa pri nej cíti oddelene od vlastných prežitkov a jeho osoba, telo či psychické procesy sa mu zdajú cudzie alebo si ich nemôže uvedomiť. Najčastejšie sa pridružuje k depresívnej poruche (60% pacientov) posttraumatickej stresovej poruche (30%) a panickej poruche (7,8 – 82,6%)“ (Raszka & Praško, 2008, s. 140). Janet zaznamenal, že „disociatívni pacienti striedajú príliš veľa a príliš málo zo svojej traumy. Syndróm vytvárajú dva zjavné protichodné javy. Sú navzájom spojené a ochorenie pozostáva z dvoch súčasne prebiehajúcich vecí“ (Vojtová, 2006, s. 139):

- Neschopnosť subjektu vedome a vôľovo si vyvolať spomienky.
- Automatická, neovládateľná a nevhodná reprodukcia tých istých spomienok

Proces disociácie na neurobiologickej úrovni vysvetľuje Ruppert (2008, s. 47). „Disociácia spôsobená traumou nie je jednorazový dej, ale proces látkovej výmeny, ktorý je udržovaný a podporovaný duševnými mechanizmami. Domnievam sa, že preto sa traumatizovaní ľudia mimo iné tak rýchle unavia – spotrebujú príliš mnoho energie na to, aby udržali svoje rozštiepenie“. Ruppert následne približuje duševné rozštiepenie po traumatickom zážitku na :

- traumatizovanú časť – uchováva traumatické skúsenosti
- časť prežitia – zaoberá sa prekonávaním traumatickej skúsenosti
- zdravú časť

„Hlavným cieľom tohto štiepenia je oddeliť traumatizovanú časť od vedomého vnímania, cítenia, myslenia a konania a pokiaľ možno ju udržiať v odstupe. To je základnou úlohou časti prežitia. Tá má totiž prístup k vedomým a nevedomým procesom., kedykoľvek sa prejavuje traumatizované ja. Zdravé ja musí dať priestor ja prežitia, kedykoľvek sa to javí nevyhnutné, aby sa nedostalo do ďalšej traumatickej situácie. Duševná štruktúra ako taká sa rozštiepila, zatiaľ časť, ktorá v sebe nesie spomienku na traumy, sa odštiepila“ (Ruppert,

2008, s. 31). „Podľa Janeta, čím viac je jedinec traumatizovaný, tým väčšia je fragmentácia jeho osobnosti. Vo všeobecnosti bol Janet presvedčený, že disociácia sa týka rozdelenia osobnosti na disociatívne systémy ideí a funkcií, každý s vlastným pocitom self“ (Vojtová, 2006, s. 140).

Depresionalizácia je rovnako prítomná aj u ľudí s DZ, ako uvádzajú nasledovné informácie. Nástup depersonalizácie úzko súvisí s užívaním a teda konkrétne samotnou intoxikáciou psychoaktívnych látok. „Rada štúdií a kazuistík popisuje náhly začiatok depersonalizácie v súvislosti s intoxikáciou psychoaktívnymi látkami. Zo štúdie 165 jedincov, s chronickou depresionalizáciou vyplýva, že nástup súvisel s epizódou zneužívania narkotík u 24,4%. Táto skupina vykazovala skorší nástup poruchy v zrovnaní s jedincami, ktorí drogy neužívali. Medzi potenciálne spúšťače týchto stavov patria kanabinoidy, extáza a halucinogény ako LSD a ketamin“ (Raszka & Praško, 2008, s. 144). Prax nám ukazuje, že depersonalizáciu možno zaznamenávať pri intoxikácií, ale aj stavom vedomia ovplyvnené užitou drogou ako následne upresňuje autor. „K účinkom drog je nutné podotknúť, že depersonalizácia môže byť ako obranou disociatívnou reakciou na úzkosť vyvolanou zmenou vedomia pri intoxikácií, tak priamo stavom vedomia, ktorý droga vyvoláva“ (Raszka & Praško, 2008, s. 145). Na základe týchto základných informácií môžeme usudzovať, že u javov ako depersonalizácia a disociácia je veľká pravdepodobnosť ich percentuálneho zastúpenia u jedincov s DD. Domnievame sa však, že je problematické určiť aspoň približné percentuálne zastúpenie, nakoľko je ich prejav vysoko špecifický a možno stále málo zmapovaný u jedincov v procese liečby. Aj napriek tomu, vnímame za potrebné apelovať na odborníkov k zvýšenej citlivosti pri ich mapovaní či odhaľovaní, v neposlednom rade pri procese samotným spracovávaním.

Medzi ďalšie základne dopady na psychickú dimenziu u človeka s PTSD ale aj DZ môžeme zaznamenávať: intruzívne príznaky, nočné mory, extrémne poruchy spánku, stavy duševnej roztrieštenosti, problémy so sústredením, poruchy pamäti a procesu spomínania, nadmerné vzrušenie, stav vnútorného napätia a nepokoja, extrémna náchylnosť k prehnatým a prekvapivým reakciám, extrémne striedanie nálad, strach, „že nie som normálny“, extrémna nedôvera a pocit izolácie, hĺbanie, letargia a apatia, vegetatívne symptómy, rôzne fyzické bolesti (Dorn & Novoa, 2005).

Willsonová (2003) sa v rámci svojho príspevku v zborníku s názvom Arteterapia v liečbe závislosti venuje podľa našej mienky významnej teórií v oblasti závislosti, a to konkrétne teórií hanby. Ako ju približuje v danom textu z nasledujúceho vplýva samotný jednoznačný negatívny ráz v rámci dopadu na jedinca v závislosti na psychoaktívnych látkach. Tradičné

psychoanalytické teórie vidia hanbu ako tenziu medzi id, ego a superegom. Erikson (1952 in Wilson, 2003) zahrňuje koncept hanby v rámci druhého stupňa jeho vývojového modelu. So skúsenosťou hanby silne súvisí mechanizmus popretia, ktorý je považovaný za primárny príznak chemickej závislosti. Popieranie je neschopnosť správne vnímať neprijateľné alebo bolestnú realitu. Popieranie chráni ego závislého pred hrozbou nedostačnosti (Thombs, 1999 Wilson, 2003). Boj závislého človeka je boj zabráneniu jeho bezmocnosti na závislosti a zabráneniu tak pocitu hanby. Ariette (1976 in Wilson, 2003) veril, že tvorivosť pomáha ľuďom vytvoriť puto medzi sebou a svetom (Wilson, 2003, s. 282). Naša doterajšia prax naznačuje, že základné oblasti popierania sa u jedincov s DZ zameriavajú na popierania samotnej závislosti, popieranie pocitov viny či popieranie traumatických spomienok, či už z detstva, alebo počas života v spojitosti so závislosťou.

3.2.2 Možnosti arteterpie

Arteterapeut Lusbebrink (1990) uvádza, že obrazy sú most medzi telom a myslou alebo medzi vedomou úrovňou spracovania informácií a fyziologickými zmenami v tele. S daným tvrdením jednoznačne súhlasíme. Jednotlivé oblasti dopadu, ktoré boli uvedené, vnímame do určitej miery možné rehabilitácie. Ako významnou cestou ich rehabilitácie sa ukazuje aj arteterapia. Ako jej prednosť vnímame práve citlivý až jemný prístup k samotným jedincom, ktorý umožňuje a vytvára bezpečný priestor pre neverbálne vyjadrenie traumy. Dané tvrdenie podkladá Klörel, (2014, s. 21) keď tvrdí, že „arteterapeuti sa s tým stretávajú znovu a znovu; klienti sú schopní vyjadriť svoje pocity prostredníctvom výtvarnej tvorby ešte predtým, než sú schopní svoje pocity verbalizovať“. Domnievame sa, že práve arteterapia môže byť významná pri predchádzaní retraumatizácie v procese diagnostiky či liečby. Práve vďaka tejto vlastnosti vnímame možnosť jej uplatnenia vo viacerých procesoch či štádiách liečby. Vplyv arteterapie na psychické procesy zaznamenáva aj (Malchiodi, 2003, s. 21) keď tvrdí, že „obrazy môžu vytvárať pocity radosti, strachu, úzkosti alebo pokoja a existujú dôkazy, že môžu zmeniť náladu a dokonca navodiť pocit pohody“.

Ako uvádza táto kapitola, jedným zo sprievodných negatívnych javov u jedincov s PTSD, ale aj DZ, je úzkosť. Možnosť arteterapie u jedincov s úzkosťou predstavuje (Šicková-Fabrice, 2002) „Pri úzkostných pacientoch má výtvarná reflexia vyjadrovať rast sebavedomia, preto sa treba vyhýbať témam, ktoré by úzkosť zbytočne zvyšovali. Zadané

úlohy by sa mali dať dokončiť v krátkom čase. Je potrebné pomôcť človeku, aby svoju úzkosť vyjadril spontánne a expresívne, a pri tom rýchlo. To je totiž cesta k obrane pred úzkosťou“. Tieto informácie nám prinášajú jasné konkrétne postupy. Štúdia s názvom Môže farbenie mandaly zmierniť pocity úzkosti? autorov Curry a Kasser (2005) prináša poznatky z výskumu vplyvu mandaly a meditácie na zmiernenie pocitov úzkosti. Táto štúdia skúmala účinnosť rôznych typov výtvarnej činnosti v znižovaní úzkosti. Do štúdií bolo zaradených 84 vysokoškolákov do troch skupín, ktorí farbili tri rôzne plochy: farbenie mandaly, kockovaný formulár alebo prázdny papier. Výsledky ukázali, že hladina úzkosti klesala pri mandale a kockovanom hárku a obe tieto skupiny mali hlbšie zníženie úzkosti ako skupina s prázdny hárkom. Tieto zistenia naznačujú, že štruktúrované farbenie môže prinútiť k meditatívnemu stavu, ktorý je prospešný u jedincov s úzkosťou. Táto štúdia nám prináša možnosť využitia aj jednoduchého procesu samotného vymaľovania štruktúrovanej plochy. V rámci praxe sme mali možnosť vnímať a komunikovať pacientkou hospitalizovanej na psychiatrickom oddelení, ktorá cielene žiadala možnosť farbenia mandaly a uvádzala samotný proces ako formu modlitby a pri procese a jej ukončení uvádzala pocity upokojenia, ale aj určitého včerpania. Autori článku následne prinášajú dôležité poznatky od ďalších odborníkov. Grossman (1981 in Curry & Kasser, 2005) arteterapia môže pomôcť organizovať a upokojiť vnútorný chaos. Christenfeld a careger (1996 in Curry & Kasser, 2005) naznačujú, že terapie bez slov sú pre jedinca s úzkosťou najlepšie, pretože pomáhajú ľuďom vyhnúť sa sebedovomiu, ktoré často sprevádza samotné rozprávanie.

V rámci už uvedenom konceptu hanby u ľudí s DZ autorka Willson následne poukazuje „Proces liečby závislostí, teda zbavovania sa starého životného štýlu a kompulzívneho užívania chemických látok alebo správania vyžaduje odhodlanie. Odborníci majú za úlohu učenie základných zotavujúcich konceptov a schopností, ale taktiež riešiť vyplývajúcu hanbu, a to podporujúcim spôsobom a učenie k zodpovednosti. Arteterapia môže mať významnú úlohu v týchto liečebných javoch a môže byť použitá primárne alebo doplnkovo“ (Willson ,2003, s. 292). Ako autorka naznačuje, arteterapia sa javí ako mimoriadne vhodná pre vyjadrenie a spracovanie hlbších foriem psychických bolestí ako je hanba. McNiff (1986 in Willson, 2003) uviedol, že umenie, hovorí jazykom duše a má väčšinou okamžitý prístup k emocionálnym konfliktom a psychickej bolesti. Moon (1994 in Willson, 2003) opísal umelecký proces ako metaverbálny, obrazy, ktoré umelci vytvárajú, prichádzajú z hlbokého miesta vo vnútri nich. Skúsenosti, ktoré by ťažko vyjadrili slovami sú vyjadrované oveľa prirodzenejšie cez kreatívne média. Predpokladáme, že jednou z techník, ktoré tu môžeme zaradiť je portrét – kedy klienti sú naladení ku kresbe samého seba podľa

aktuálneho prežívania a vnímania svojho self. Túto metódu približuje autor Hanes (2007) v odbornom článku s názvom Tvárou v tvár so závislosťou : spontánny produkt autoportrét v procese arteterapie. Autor prichádza k záveru , že skrze arteterapeutickú techniku – kresbu portrétu, poskytuje závislému človeku vierohodnú seba reprezentáciu, a tak následne možnosť konfrontovať samotný návyk. Ako autor ďalej uvádza, závislá osoba ťažko uznáva svoju závislosť. Nastáva tak popretie. Popieranie tak je často faktorom k recidíve. Arteterapia tak môže závislým napomôcť pracovať cez obranné mechanizmy. „Hlavným cieľom arteterapie u tejto populácie je transformovanie autoagresívnych pocitov do sociálne a spoločensky akceptovanej podoby, možnosť seba vyjadrenia, aktivovanie tvorivého potenciálu“ (Šicková-Fabrice, 2002, s. 74)

V závere možno upozorniť aj na ďalšie zhrňujúce aspekty arteterapie. „Slúži na ventiláciu pocitov hnevu, depresie, úzkosti ale aj radosti. Arteterapia umožňuje uvoľnenie týchto pocitov, a tak napomáha k ich zvládaniu a načerpaniu novej energie. Je významným prostriedkom k rozvoju vnímania a k prípadnému sebauzdraveniu. Ako motivujúci prvok podnecuje samotný výtvarný proces, vyvoláva fantazijné predstavy a núti k hľadaniu ďalších súvislostí. Vedie k celkovému citovému, intelektuálnemu a duchovnému rozvoju osobnosti. Obrázok klienta, ktorý sa oddelí z nevedomia, má tú výhodu, že ho môžeme znovu a znovu vnímať. Preto je dôležité a vhodné archivovať sériu kresieb klienta. Takáto dokumentácia dôkazom vývoja ochorenia, či už v pozitívnom , alebo negatívnom slova zmysle. Výtvarná reflexia nemusí podliehať zákonom logiky, času ani perspektívy“ (Piliarová & Radačovská, 2009 s. 114)

3.3 Sociálna dimenzia

V rámci sociálnej diemenize sa môžeme zameriavať na základe zložky ako sú rodina, práca, voľný čas a zmeny v oblasti roly a statusu v živote jedinca, ale aj špecifickejšie oblasti ako kodependencia či hranice a vzťahy v rodine až samotné sociálne vylúčenie a stigmatizácia. V tejto kapitole sa však budeme venovať len určitým oblastiam, nakoľko je táto problematika pomerne rozsiahla ku kapacite tejto práce. Tieto časti vnímame ako do značnej miery nevyhnuté pre každého jedinca a ktoré zároveň hlboko zasahujú do prežívania a ovplyvňujú ráz života človeka. Jednotlivé zložky však môžeme chápať aj ako rizikové faktory, ktoré môžu svojim špecifickým rázom prispieť k rozvoju DD či jej jednotlivých

ochorení. Cieľom sociálnej práce s ľuďmi s DD konečnom dôsledku je prevencia celkového prepadu v sociálnej sieti či sociálnom systéme. Predpokladáme, že arteterapia má v terapeutickom procese možnosť skrze rozvoja jednotlivých zložiek osobnosti predchádzať danému prípadnému prepadu. Na úvod vnímame za potrebné vymedziť definíciu sociálneho vylúčenia podľa Štěchovej (2008, s. 37) „sociálne vylúčenie býva vymedzované ako proces, kedy sú jednotlivci i celé skupiny osôb zbavované prístupu ku zdrojom nevyhnutným pre zapojenie sa do sociálnych a ekonomických aktivít spoločnosti ako celku. Sociálne vylúčenie je primerane dôsledkom chudoby, súvislosti s ním i nízke vzdelanie a rôzne formy diskriminácie“. Cieľom pracovníkov je zamedziť tomuto prepadu, a to hlavne pomocou sieťovania služieb ako aj case managementu.

Domnievame sa, nakoľko bolo uvedené, že DD zasahuje základné zložky biologickej a psychologickej dimenzie, že predpoklad sociálneho vylúčenia je vysoký u ľudí, ktorí nie sú aktívne zapojení v sociálnom systéme. V neposlednom rade je to aj otázka predsudkov a samotnej stigmatizácie, s ktorou sa ľudia so závislosťou, ale aj duševným ochorením stretávajú ešte aj v dnešnej dobe pomerne často. Zo strany médií k nám doliehajú pomerne často skreslene informácie bez odborne podložených informácií a dôkazov a následkom toho spoločnosť reaguje v snahe rýchlej sebaregulácie rýchlymi a často nepremyslenými zásahmi s negatívnym dopadom. Preto si dovoľíme apelovať aj na samotnú arteterapiu a jej potrebu o snahu minimalizácie stigmatizácie ľudí s duševným ochorením alebo závislosťou. Veríme, že existujú citlivé formy advokácie a prezentácie reálnych informácií, ktoré by boli terapeutickým prínosom pre samotných klientov, ale aj pre spoločnosť.

Ako sme uvádzali, možno predpokladať, že dané rozsiahle zmeny na biologickej a psychologickej úrovni podstatne ovplyvnia sociálnu oblasť a celkové fungovanie jedinca ako aj jeho subjektívny pocit spokojnosti – well being. Tieto zmeny sa jednoznačne pretavia aj do širšej spoločnosti, ale ovplyvňujú aj celkový sociálny rámec a fungovanie spoločnosti. Napríklad práceneschopnosť alebo rozvrat rodiny sa nepriamo dotýka celkovej ekonomiky jednotlivých krajín, preto aj práve tieto dôsledky dávajú často logický rámec pre spoločnosť a jednotlivé intervencie, ktoré inak sú pomerne často chápané ako podpora užívania drog.

Medzi najčastejšie okruhy problémov konkrétnejšie u IUD v tejto súvislosti so sociálnym vylúčením možno zaradiť (Dvořák, 2003b, s. 63):

- narušená alebo neexistujúca sieť blízkych vzťahov a naopak dlhodobá alebo závislá „zablokovaná“ schopnosť blízke vzťahy vytvárať, udržať a rozvíjať;

- nedostatočné sociálne schopnosti v oblasti komunikácie, vyjadrovaní emócií a „adekvátneho“ sebahodnotenia;
- nízke vzdelanie a malé alebo žiadne profesijné schopnosti a návyky;
- právne a finančné problémy a nízky socioekonomický status;
- životný štýl poskytujúci nedostatok príležitostí k pozitívnemu sebahodnoteniu
- a sociálnemu oceneniu.

V rámci dopadu na rodinu oblasť môžeme uvažovať nasledovne. Predpokladáme, že už samotné zistenie duševného ochorenia, teda aj závislosti u jedinca, možno označiť ako stresový zážitok jednak pre neho samotného, ale aj pre celú rodinu. Jediniec, ale aj rodina následne prechádzajú rôznymi fázami adaptácie na zmenu, ktorej cieľom by malo byť zmierenie a prijatie danej zmeny. „V prvej fáze rodina má tendenciu popierať skutočnosť a prevládajú myšlienky, že sa jedná len o prechodnú záležitosť. Je to ťažké obdobie ako pre jedinca, tak pre jeho rodinu. Dané obdobie sprevádzajú pocity zaskočenia. V ďalšej etape rodina pristupuje k duševnému ochoreniu ako k telesnému ochoreniu. Zaujímajú sa, za ako dlho sa pacient uzdraví, ako dlho bude brať lieky“ (Štastný, 2012). „Rodinní príslušníci nie vždy dobre pochopia, ako sa ochorenie vyvíja a čo všetko prináša. Kladú niekedy na pacienta prehnané nároky, obviňujú ho z lenivosti, z túžby vyhnúť sa zodpovednosti alebo domácim prácam. Môže dôjsť k tzv. vyhoreniu, kedy ľudia už nemajú silu, aby situáciu ďalej znášali“ (Štastný, 2012). Kudrle (2003) dopĺňa, že život so závislým jedincom prináša disfunkčné vzťahy, prudké zmeny nálad a postojov, sľuby bez naplnenia, nepredvídateľnosť blízkych hodín. Ľudia žijúci v blízkosti závislého sú často vystavení zneužitiu, a to či už fyzickému alebo emočnému. U IUD bez domova sa domnievame, že môžeme predpokladať život mimo ich rodiny avšak často bádať vytváranie skupín IUD, ktoré im do určitej miery nahrádzajú rodinné väzby. Možno povedať, že všetky negatívne zmeny spojené s DD priamo ovplyvňujú vzťahy v rodine, či už sa jedná o nočné desy až po celkovú emočnú nestabilitu. V neposlednom rade možno usudzovať, že dané ochorenie prináša zmeny v rodine aj v oblastiach financií, zmeny zaužívaných roľ, ale aj možnosť vzniku kodependencie.

Ako sme v úvodne naznačili, DD môže mať dopad aj na zapojenie jedinca do ekonomického systému. „Miera nezamestnanosti u osôb s dlhodobým duševným ochorením je obvykle udávaná medzi 70 -90% (v USA, VB) v závislosti na závažnosti duševného ochorenia“ (Farbiaková, 2008, s.77). Lloyd (2005, in Farbiaková, 2008, s. 78) „člení bariéry na priame a nepriame. Tzv. priame bariéry v pracovnom uplatnení môžu vplývať

z pozitívnych a negatívnych symptómov psychóz, z vedľajších účinkov antipsychotík alebo antidepresív, alebo následného zníženia sociálnych schopností, nedostatku dôvery a podobne. Tzv. nepriame bariéry môžu vyplývať z negatívnych skúseností, zo stigmatizácie a nepriamej diskriminácie alebo z načasovania počiatku ochorenia, ktoré môže prerušiť dokončenie vzdelania alebo prechod zo školy do zamestnania, či získania dôležitých pracovných skúseností“. Waghorn a Lloyd (2005, in Farbiaková, 2008, s. 79) uvádzajú, že „ľudia s duševným ochorením majú menej pracovných príležitostí ako ostatná populácia, väčšinou pre zlé chápanie ochorenia a predsudkom voči ich schopnostiam a potrebám“. V neposlednom rade si myslíme, že dôležitú rolu tu zohráva aj motivácia, ale aj dôvera vo svoje vlastné schopnosti. Zároveň je nevyhnutné si uvedomiť, že samotný životný štýl spojený s užívaním drog, ale aj život s duševným ochorením, zamedzuje možnosť pravidelne dochádzať do práce. Myslíme si, že v neposlednom rade je to aj samá spoločnosť s predsudkami, ktoré zamedzujú nástupu alebo opätovnému návratu na pracovný trh po liečbe.

Za ďalší negatívny dopad môžeme zaznamenať chudobu a následne bezdomovectvo u ľudí s duševným ochorením alebo závislosťou. Súhlasíme s Pekarovičovou (2012) keď tvrdí, že „chudoba a injekčné užívanie je často bludným kruhom, pričom užívanie drog môže byť prostriedkom ako sa vyrovnáť so sociálnou izoláciou a ďalšími dopadmi chudoby. Chudoba súvisí s vyššou prevalenciou fajčenia, konzumácie alkoholu a užívaním drog. Bludným kruhom je skutočnosť, že tento spôsob vyrovnávania sa so sociálnou izoláciou, prináša ďalšie problémy“. Pre približný obraz o problematike predkladáme štatistiku od Flemenovej (1997, in: Fitzpatrick, Kemp and Klinker, 2004, s. 53) ktorá zistila, že „35% mladých bezdomovcov na ulici v centrálnom Londýne bolo užívateľmi heroínu, čo je 18-krát viac ako medzi rovnako starými nie-bezdomovcami. To taktiež odhalilo vysoké počty vnútrožilových užívateľov so všetkými súvisiacimi zdravotnými rizikami“. Kleea a Reide (1998, in Fitzpatrick et al., 2004, s. 53) popisujú, že „veľké percento duševných problémov (depresia) bolo identifikovaných vo vzorke mladých užívateľov drog v Manchesteri a takmer polovica sa pokúsila o samovraždu. Včlenenie sa do drogovej subkultúry bolo pravdepodobne najzávažnejším a najdlhšie trvajúcim dopadom bezdomovectva na život týchto mladých ľudí“. Dané štatistiky ukazujú úzku spojitosť medzi užívaním drog, duševným ochorením a samotným bezdomovectvom.

Naše tvrdenie zaznamenáva aj Daly (1996 in Millerova, s. 101, 2011) keď tvrdí, že „medzi bezdomovectvom a duševným ochorením existuje súvislosť. Často dochádza k tomu, že osoby s chronickým duševným ochorením sú prepustené z ústavnej starostlivosti, čo môže viesť k rozvoju problémového užívania alkoholu“. Ako sa ukazuje bezdomovectvo môže byť

príčina užívania drog, ale aj jeho následok. „Bezdomovectvo môže viesť k problémom s duševným zdravím a s užívaním návykových látok, tieto problémy však môžu byť súčasne príčinou bezdomovectva“ (Koegel et al, 1996 in Millerova, s. 101, 2011). „Kombinácia bezdomovectva, užívania návykových látok a poruchy duševného zdravia môžu značne komplikovať riešenie týchto ich problémov, : narušenie duševného zdravia a užívanie návykových látok môže stáť v ceste ich zapojenia do programov pre bezdomovcov a ich bezdomovectvo im zase môže brániť v prijímaní pomoci zo strany programov zameraných na poskytovanie pomoci duševne chorých a závislým“ (Oakley & Dennis, 1996 in Millerová, 2011, s. 101).

Násilie možno označiť za ďalší negatívny aspekt, v zmysle, kedy jedinec sám je vykonávateľom násilných činov, ale jednako, kedy je jedinec obeťou násilného činu. Nuckols (1995 in Millerova, s. 103, 2011) uvádza, že násilie „sa môže u závislých jedincov prejavovať z rôznych dôvodov. Môže ísť o príčinu organickej povahy. napríklad nižšia hladina serotonínu môže súvisieť so zlou kontrolou impulzivity. Niektorí problémoví užívatelia alkoholu taktiež prekonali úrazy hlavy, ich následkom je násilné správanie. Ďalšou príčinou môže byť psychóza, ktorú možno liečiť antipsychotikami. Tretím pôvodcom môžu byť charakterové problémy osobnostnej povahy (napr. antisociálne a hraničné osobnosti, ľudia trpiaci posttraumatickou stresovou poruchou, ktorí môžu uplatňovať agresivitu ako jeden z obranných mechanizmov“. Gregg a Moos (2002 in Millerová, 2011, s. 165) „dospeli na základne analýzy príslušného výskumu k záveru, že väčšina žien a početná menšina mužov absolvujúcich liečbu závislosti na návykových látkach zažila fyzické týranie alebo pohlavné zneužívanie, čo súvisí s medziľudskými problémami a komorbiditou s PTSD, a preto možno predpokladať horšie výsledky pri liečbe závislosti“. Dané zistenia sú nevyhnutne poznať pre ďalšiu prácu s jedincami v terapeutickom procese. Zároveň nám tieto informácie umožňujú predikovať určité historické udalosti jedincov a byť tak možno ako pracovník pre ich citlivé odhalenie v rámci anamnézy potrebnej pre špecifikáciu potrebných intervencií.

Z praxe vieme, že znásilnenia sú jednou z primárnych traum či už u žien alebo mužov, s ktorými sa závislí stretli v pomernej väčšine už vo svojom detstve, neskôr však aj počas samotného života so závislosťou. Dané tvrdenie rozširujú autori Downs a Harrison. V DSM – IV sa uvádza, že „poruchy z užívania návykových látok môžu súvisieť s PTSD (ako následok pohlavného zneužívania v detstve) ale vzorec, ktorý posttraumatickému stresu predchádza alebo nasleduje je nejasný. Zneužívanie v detstve sa skutočne javí ako rizikový faktor vo vzťahu k problému s alkoholom a drogami v období adolescencie a dospelosti“ (Downs & Harrison, 1998 in Millerová, s. 164, 2011). Gilmartin (1994 in Millerová, 2011, s.

163) nabáda spoločnosť, aby „dlhodobým následkom znásilnení venovala pozornosť a v príznakoch ako je užívanie drog a alkoholu alebo závislosti na týchto látkach, pozorovala metaforické vyjadrenie boja jeho obetí za prekonanie tejto traumatickej udalosti“.

V závere možno zhrnúť, že následky DD v sociálnej oblasti môžu naberať rozsiahle spektrá a vnímame, že pri ich neriešení majú tendenciu jednotlivé negatívne dopady na seba nadväzovať a vytvárať tak pomyselný bludný kruh, z ktorého je ťažko sa bez pomoci iných dostať von.

3.3.1 Možnosti arteterapie

Ako sme už uvádzali, myslíme si, že arteterapiu možno pozitívne využiť pri destigmatizácii ľudí s duševným ochorením skrze nové projekty ako napr. na Slovensku projekt Galéria Nezábudka v rámci organizácie Liga za duševné zdravie. Samozrejme, s ohľadom na citlivosť danej tematiky a zároveň s dôrazom na zachovanie etickej stránky. Ako ďalšie oblasti, v ktorých môže arteterapia pozitívne vplyvať, vidíme prevenciu sociálneho vylúčenia skrze rozvoj a tréning sociálnych zručností ako komunikácia, práca s emóciami a celkovo sociálnymi vzťahmi. V neposlednom rade schopnosť vnímať svoju hodnotu a budovať, rozvíjať jedinečnú osobnosť. Dané predpokladané následne môžu umožniť človeku jednoduchšie opätovne sa zaradiť do života zahrňujúcu prácu, školu a často zložité sociálne vzťahy. Z praxe zároveň vieme, že arteterapia dáva priestor pre bezpečné prijatie svojho ochorenia a získanie potrebného nadhľadu nad často nepríjemnými spomienkami z minulosti. Dané tvrdenie rozširuje Liebmanová (1984, in Šicková – Fabrici, 2002, s. 61) „sociálne ciele arteterapie: vnímanie a prijatie druhých ľudí, vyjadrenie uznania ich hodnoty, ich ocenenie, naviazanie kontaktov, zapojenie do skupiny a kooperácia, komunikácia, spoločné riešenie problémov, skúsenosť, že iní majú podobné zážitky ako ja, reflexie vlastného fungovania v rámci skupiny, pochopenie vzťahu, vytvorenie sociálnej podpory“. Za dôležité označujeme, skúsenosť jedinca práve zistenie, že v danom „probléme“ nie je sám a v niektorých prípadoch skúsenosť, že aj ja môžem byť potrebný, prospešný a moje miesto a slovo má svoju hodnotu a váhu. Pocit rešpektu a základných práv utvára rovinu rozvoja a veríme, že aj možnosť učenia sa zároveň zodpovednosti, a tak vyzrieť v zdravú sociálnu a autonómnu osobnosť.

Veľká oblasť, ktorá sa nám na základe praxe a odbornej literatúry javí ako zásadná, sú práve sociálne vzťahy, ktoré sú pomerne často u ľudí s duševným ochorením narušené. Súhlasíme s nasledovným tvrdením, že „ cieľom je navigovať klienta, aby sa zriekol správania a vzťahov, ktoré jemu alebo jeho okolí uspôsobujú bolesť a dokázat' ich nahradiť takými, z ktorých by mal radosť, a ktoré by posilnili jeho vedomie vlastnej hodnoty a sebalásky v pozitívnom slova zmysle“ (Šicková-Fabrici, 2002, s. 59). Veríme, že práve arteterapia svojim citlivým a neverbálnym vyjadrením dáva možnosť postupne odhaliť nevyslovené a zároveň priestor pre budovanie seba prijatia. Možnosť niečo vytvoriť a zažiť pocit úspechu je neprekonateľný a dôležitý pre každého človeka. Do tejto problematiky určite môžeme zaradiť a vnímame, že tu právom patrí je samotná arteterapia s rodinou či v oblasti partnerských vzťahov. „Rodinná arteterapia musí byť komplexná – rovnako ako je rodina komplexom zložitých vzťahov, identifikácií, koalícií a dominancií. Niekedy sa arteterapeutovi podarí pomocou kresby odkryť dôležité fakty, ktoré zostali z rôznych príčin neodhalené alebo utajené. Stáva sa, že i skúsený arteterapeut býva v ťažkej pozícii, ak má otvorene odhaliť alebo neodhaliť ich členom pravdu o rodine, napr. dominancií matky, protekčné postavenie niektorého dieťaťa. Vyžaduje to veľkú múdrosť a takt“ (Šicková-Fabrici, 2002, s.45). Autorka následne uvádza, že arteterapeut s rodinou má voliť jednoduché techniky ako voskový pastel, koláž alebo hlinu. Pri práci sa má zameriavať či všímať iniciatívu, poradie zapájania, koho nápady sú používané, a ktoré ignorované, delbu papiera, prekračovanie hraníc, spoločnú či nezávislú prácu členov a ich priestor pre tvorbu, Zároveň si všíma i verbálny prejav členov (Šicková-Fabrici, 2002).

V súladne s touto oblasťou pripomínáme možnosť rozvoja alebo tréningu komunikácie skrze metódy arteterapia, a teda aj samotným výtvarným aktom. Práve schopnosť vyjadrovať svoje emócie, myšlienky ale aj ich opätovné vnímanie a chápanie u druhých, je určite primárne pre možnosť rehabilitácie v medziach sociálnych vzťahov. „Niektorí možno objavia svoju radosť z tvorivosti vo výtvarnom prejave až počas ochorenia, v čase, keď sa jeho život dramaticky mení, či už na kratší alebo dlhší čas. Takýto človek má možnosť vo výtvarnom prejave nájsť rozširujúci a obohacujúci spôsob komunikácie s okolím, so spoločnosťou; môže tiež získať nový okruh známych s podobnými záujmami,“ (Čermáková, 2008, s. 15). Stotožňujeme sa s názorom, že arteterapia vytvára priestor nie len pre samotnú rehabilitáciu, ale aj jednoznačne obohacujúce spôsob komunikácie jedinca s okolím.

Nevšímal vo svojom článku s názvom Neverbálne techniky v terapii závislých uvádza jednotlivé techniky pri práci s ľuďmi v procese liečby závislostí. Nevšímal (2004) uvádza, že techniky, ktoré nevyužívajú slovné výrazové prostriedky ich významom je prínos v diagnostickej hodnote skrze relatívne jednoduchému prístupu k nevedomým intrapsychickým konfliktom. Ďalej vníma priestor pre sebaujadrenie, vytvorenie vzťahu k sebe, skupine ale aj k okolitému svetu. V rámci procesu arteterapie uvádza, že je možné si postupne všimnúť zmeny v rámci jednotlivých artefaktov postupne vytvorených počas pobytu v TK. Zároveň ako pozoruhodné uvádza povšimnutie si, ako sa vo výtvarnom prejave odráža ich vývoj v rámci terapie, osobný rozvoj a miera otvorenosti. Myslíme si preto, že práve artefakty vzniknuté v procese arteterapie nám s pomocou daného človeka môžu poodhaliť aj jeho vnútornú, hoci len nepatrnú zmenu či dynamiku. Zároveň to môže byť aj prípadný ukazovateľ pre arteterapeuta a jedinca, či daná cesta je vhodná. Za zmienku stojí uviesť tvorbu koláží, ktorú autor v danom článku približuje. Ich cieľom vníma ako pomôcku v diagnostických úvahách a orientácií v problematike vzájomných vzťahov v komunite. Ďalej autor opisuje prínos týchto techník v tom, že umožňujú pracovať s obrannými mechanizmami, pomáhajú odhaľovať nevedomé intrapsychické konflikty, či ventilujú negatívne afekty taktiež utvárajú priestor nielen pre otvorenie, ale i spracovanie tém (Nevšímal, 2004). Za nevyhnutné považujeme zmieniť posledné slová v článku, s ktorými sa plne stotožňujeme. Nevšímal (2004) dodáva, že v rámci techník pri práci so závislými je nutná práca s ich motiváciou smerujúcou k zmene pohľadu na ich cestu z drog ku slobode, uvedomenie si, že závislosť súvisí s celým človekom a cesta od závislosti nevedie len cez rozumné uvedomenie, ale primárne cez city, emócie a prežívanie. Uvádza aj potrebu uvedomenia si, že klienti vykazujú určitý handicap ako nezrelosť osobnosti, problémy s udržaním koncentrácie a rigiditu a odpor k zmene.

V odbornom článku autorov Jirku a Bičovského (2007) s názvom Arteterapeutický ateliér v PL Bohunice II. získavame zaujímavé informácie. Autori opisujú potup práce so skupinou ľudí s depresiami a úzkosťami, kam by sme mohli prípadne zaradiť aj PTSD, ľudí po traumatickom zážitku. Ako opisujú pri práci sa zameriavajú na vopred zadané témy začínajúc s relaxáciou alebo imagináciou s cieľom počiatočného uvoľnenia. Témy sú vyskladané so zámerom poznania a prítomnosti a pochopenia a zmierenia s danou skutočnosťou a zároveň hľadanie zdrojov motivácie k pokračovaniu v ceste.

V závere ponecháme priestor pre zaujímavý postreh, ktorý prináša Kolovecká (2009) vo svojom článku Slová hovorené obrazom: arteterapia a závislosť na základe vlastnej skúsenosti. Autorka píše, že drogový závislý volí buď obmedzenú škálu farieb, alebo naopak

intenzívnu, ornamentálne a abstraktné kresby. Uvádza, že vníma za vhodné voliť vhodnú metódu a pokúsiť sa priviesť klienta z abstraktného sveta do reality. Dodáva, že dlhodobé užívanie – byť pod vplyvom drog – vytvára v živote vákuum a dodáva tak odstup od vnútorného prežívania a vnímania seba, okolia a sociálnych vzťahov.

3.4 Spiritualna dimenzia

Spirituálnu oblasť vnímame ako často opomínanú dimenziu ľudského života, a to aj pri samotnom intervenčnom procese. Posada (2004, in Kalina, 2008, s. 245) uvádza, že spiritualitu môžeme zahliadnuť pri tkaní vzťahov, predovšetkým je to vzťah k sebe samému, k vlastnej hlbine, čoho kľúčovými zložkami sú priehľadnosť, jasnosť, oddanosť, zanietenie a schopnosť rozlišovať kvality, ktoré sa vynárajú. V rámci tejto kapitoly by sme radi apelovali na arteterapeutov na to, aby táto zložka pri práci s klientmi nebola prehliadaná. Práve tieto mechanizmy môžu byť dôležité, ale pomerné často skryté. Záleží na vzťahu medzi arteterapeutom a klientom, nakoľko ho klient pozve do tejto oblasti.

Dovolíme si predpokladať, že v rámci spirituálnej dimenzie, môže zahrnúť aj zmeny v oblastiach narušenia seba vnímania, hodnôt a cieľov, pocitu bezpečia čo môže viesť až k celkovej strate zmyslu života. Kudre (2003a, s. 93) popisuje, že „ide o intímnu oblasť priameho prežitku toho čo, je za každodenným úsilím, čo dáva zmysel tomuto úsiliu, čo dáva zmysel životu vôbec“. Podľa logoterapie „zmysel života nie je žiadna abstrakcia. Ľudia, ktorí sa neustále pýtajú čo je zmyslom života, by si mali uvedomiť, že nie oni, ale život sám sa pýta, aký zmysel mu dáme. Môžeme odpovedať jedine zodpovedným bytím“ (Prochaska & Norcross, 1999, s. 103). Aktívne plánovanie budúcnosti narušuje očakávanie niečoho strašného a pocit, že zo života už veľa neostáva. Zvlášť u traumatizovaných detí je viditeľná nedôvera vo vlastné schopnosti a nechť premýšľať o budúcnosti“ (Vizinova & Preiss, 1999, s. 22). Časť úzkosti vychádza z poznania, že sme to jedine my, kto dávame svojmu životu zmysel. A my sami sme tí jediní, kto ho nechajú umrieť. Takže to sme my, kto musí pokračovať v utváraní hodnotného života (Prochaska & Norcross, 1999, s. 89). „Často až bieda a núdza nás donúti zaoberať sa poriadne tým, kde naša bieda pramení. V takýchto okamžikoch sa náš duch môže pozdvihnúť k netušeným výšinám a objavovať hlboké vedenie a pravdy o nás, ľuďoch a o svete, ktorý poznáme. Preto sú, ako potvrdzuje moje skúsenosti, práve traumatizovaní ľudia tými najlepšimi znalcami ľudskej duše, majú odvahu hlbšie sa

zapozerat' do svojho vnútra. Traumatické skúsenosti a duševné ochorenie sú tým, čo nás najmocnejšie núti, aby sme na novo premýšľali a rozlišovali svoje porozumenie vlastnému vnútru. Traumatické zážitky môžu vyvolať pozitívne podnety k lepšiemu a intenzívnejšiemu životu,, (Ruppert, 2008, s. 46). Toto tvrdenie v rovine ľudí s traumatickým zážitkom dopĺňa Kudrle o rovinnú závislosti. Ako možno vnímať, obe problematiky sú úzko spojené so samotnou spiritualitou, či už v medziach jej negatívneho dopadu alebo opakom jej aktualizácie. Avšak jej celková absencia či práve narušenie skrze traumatickú udalosť môže následne jedinca natoľko ovplyvniť, že v snahe sa so stratou či zmenou volí cestu užívania drog. Táto cesta môže byť vedomá, ale zároveň aj nevedomá, teda určitá forma obranného mechanizmu. Kudrle (2003) uvádza, že v posledných rokoch možno zaznamenať nárast potrieb spirituálneho naplnenia u ľudí a vyvoláva pravdepodobne mnoho príčin aj napríklad žitie orientované na konzumné uspokojovanie a absencia duchovných hodnôt. Napĺňanie týchto potrieb ľudia môžu hľadať práve užívaním drog. Avšak namiesto vnútornej slobody užívateľa drog nachádzajú fatálnu väzbu na drogu ako závislí. Kudrle (2003, s. 145) dopĺňa „v užívaní drog ľudia hľadajú naplnenie hlbšej potreby a motivácie ako napríklad potrebu transcencie utrpenia, v zážitku splynutia alebo seba prekročenie, jednoty so sebou samým a s druhým, jednoty s Bohom a podobne“.

Domnievame sa, že pod túto podkapitolu by sme mohli zaradiť aj pomerne nový termín či jav, a to psychospirituálnu krízu. „Psychospirituálna kríza je v oblasti duševného zdravia pomerne novým pojmom. Ide o náročné obdobie v živote jedinca, ktoré sa prejavuje epizódami neobvyklých zážitkov, ktoré zahŕňujú zmeny vedomia, vnímania, emócií a myslenia. V týchto skúsenostiach sa výrazne prejavuje presah do tej doby obvyklých hraníc prežívania samého seba s častým výskytom transpersonálnych alebo spirituálnych zážitkov. Psychospirituálna kríza nastáva vtedy, keď je priebeh a prejavy osobného rozvoja jedinca príliš intenzívne a on prestáva svoje zážitky zvládať zároveň so svojím doterajším fungovaním (Diabasis, 2015). Je však potrebné podotknúť, že daný jav nemožno zamieňať za akútnu intoxikáciu, abstinenčný príznak či psychózu. Medzi spúšťačmi psychospirituálnej krízy možno zaradiť extrémne zážitky, silné emočné zážitky, užitie psychadelických látok a pod (Diabasis, 2015). Avšak na základe práve spomínaných faktorov možno predpokladať, že v prípade vzniku prevládajú u ľudí s DD. Čo je dôležité podotknúť terapeutický zvládnutá psychospirituálna kríza môže viesť k vyššej integrácii osobnosti. Zároveň však autor upozorňuje aj na možný vznik transgeneračného prenosu traumy ako v prípade z histórie konkrétne holokaustu či prírodných katastrof (Preiss, 2009).

Z praxe zaznamenávame, že táto oblasť je u aktívnych užívateľov drog často potlačená aktuálnymi základnými potrebami pre samotné prežitie aktuálneho dňa. Následne sa dané spirituálne či existenčné otázky postupne objavujú, či vynárajú v jednotlivých štádiách liečby. Potreba byť človekom, zaradiť sa začína hľadaním samého seba, svojho priestoru, ale aj presahu. Možno sa tak stretávať z otázkami prečo žiť a ako so svojím životom naložiť. Následne sa môže vynárať potreba niečo za sebou zanechať – byť potrebný, užitočný. Všetky tieto oblasti sú blízke a známe každému človeku na svete, avšak možno predpokladať, že u ľudí so závislosťou či traumou sa hlásia naliehavejšie.

3.4.1 Možnosti arteterapie

„Výtvarný prejav je pre človeka a predovšetkým pre deti a dospelujúcu mládež prirodzeným prostriedkom vyjadrovania vlastných pocitov, postojov k svetu i k sebe samému, je to spôsob sebapoznávania. Dôležitou vlastnosťou arteterapie je, že nie je zameraná iba na výsledok, dôležité je celé tvorenie. To znamená, že človek sa môže o sebe niečo nového dozvedieť alebo niečo nové zažiť už od chvíle, kedy vezme do ruky štetec či keramickú hlinu. Pre terapeuta je všímanie si celého tvorivého procesu veľmi dôležité, dáva mu nahliadnuť do sveta svojho klienta a umožňuje mu tak jeho svetu lepšie porozumieť“ (Holos, 2015).

Na základe uvedeného si myslíme, že práve prostredníctvom arteterapie sa utvára priestor nie len pre celkové spracovanie traumatických zážitkov, ale aj možnosť osobnostného rastu, teda nastoliť priestor pre spracovanie traumy v pozitívny prospech jedinca. Dovolíme si predpokladať, že sa tak v určitých situáciách a u určitých jedincov môže aktualizovať posttraumatický rast osobnosti. Ako poznamenáva Řičan (2006, s.2) „skutočné umenie je ako vnímal aj Moore – vždy na hranici spirituality, pretože v nás oslovuje to najbyťostnejšie, otvára nové perspektívy, oslobodzuje. Pre spirituálny rast má základný význam aktívna tvorba, akokoľvek neumelá (mimo chodcom pre arteterapiu sa hodí tá neumelá, neopretá o rutinu), ale pokiaľ nie je gýčom. Ale i pasívna participácia, počúvanie hudby, vnímanie výtvarných diel, poézia, próza, dráma – to všetko je na hranici spirituality, pokiaľ tomu dáme šancu, aby nás to oslovilo a premenilo“. Ako autor ďalej pokračuje, je potrebné, aby terapeut či poradca vždycky mysleli aj na skrytú spirituálnu dimenziu a vhodným spôsobom ju u klienta podporovali ako zdroj osobného rastu i ako potenciál pre zvládanie jeho aktuálneho problému (Řičan, 2006) Máme za to, že u ľudí s PTSD u DZ je dôležité brať do úvahy aj

možnosti posttraumatického rastu v rámci arteterapie. Stotožňujeme sa s nasledovným tvrdením. „Chápem rastový proces ako charakteristický cyklický –ako regresívne tak progresívne – jeho tendencia je smerovať k istému druhu homeostázy a k poriadku s dynamickými i statickými prvkami. Všetky tieto predpoklady sa týkajú ľudských schopností a pozitívnych tendencií – k tvorivosti, rastu a rovnováhe – čo je, zdá sa, vlastné všetkým živým tvorom“ (Rubinová, 2008, s. 24). „Posttraumatický rast je zážitok pozitívnej zmeny, ktorá pre niektoré osoby znamená radikálny osobný vývoj, vynikajúci zo zápasu jedinca s vysoko náročnými životnými okolnosťami“ (Preiss, 2009, s. 12) Ten sa môže prejaviť v piatich zmenách : vzťahy, nové životné možnosti, v osobnosti jedinca a spirituálnej roviny, ocenenie života (Preiss, 2009). Nešpor a Csémy (2006, in Kalina 2008, s. 244) definujú spirituálnu oblasť v širších súvislostiach „spirituálne prebudenie patrí medzi tzv. transformujúce skúsenosti, ktoré mierna následky zneužívania v detstve či následky u bezdomovcov zneužívajúcich psychoaktívne látky, alebo že spiritualita môže hrať pri udržaní abstinencie väčšiu rolu ako spokojnosť alebo miera stresu“. Toto tvrdenie je dôležité pre pochopenie skrytých významov v medziach abstinencie. Zároveň ukazuje aj v tejto oblasti silné prepojenie medzi abstinenciou a naplnenou spirituálnou zložkou. Posada (2004, in Kalina, 2008, s. 245) dáva „spiritualitu do súvislosti s formovaním charakteru človeka, ktorí priama drogovú závislosť ako „znamenie“ a „poučenie“, ktoré umožňuje rozpoznať cestu od závislosti k autonómii, sebprijatiu, sebariadeniu a slobode“. Chickereneo tvrdil, že viditeľne umenie pomohlo klientom so závislosťou objasniť duchovnú vieru (in Wilson, 2003, s. 282).

Vďaka terapeutickému využitiu umenia, môžu ľudia s duševným ochorením rozvíjať a posilniť ich spojenie k sebe, k druhým, k ich prostrediu (Farrelly-Hansen, 2001 in Spaniol, 2003). Tým, že jedinca projektujú svoje vnútorné obsahy do svojich diel, môžu sa tak následne spojiť so svojimi emóciami, rozvíjať hlbší zmysel pre empatiu a súcitu. (Moon, 2002 in Spaniol, 2003). Autori tak poukazujú na nevyhnutnosť naplnenia a rozvoja spirituálnej oblasti pre nie len úspešný proces liečby, ale aj udržanie abstinencie. Naskytuje sa tu zároveň otázka možnosti uplatňovania arteterapie nie len v doliečovacích programoch, ale zároveň aj prípadnú možnosť upevňovania abstinencie už v reálnom živote mimo inštitúcií. A to buď ambulantou formou dochádzania k arteteraputovy, či prípadne následné osvojenie si techník pre samostatnú umeleckú tvorbu s čiastočným terapeutickým prínosom v oblasti spirituality.

V závere ponúkame zhrňujúci pohľad autorky Paintner (2007). Umelecká tvorba vyžaduje priestrannosť a čas čo nám v často rušných životoch pomáha spomaliť. Účasť v umení nám môže napomáhať v angažovanosti v danom prebiehajúcom okamžiku, dáva nám možnosť praxe pre utvorenie si času pre naše vzťahy prostredníctvom vedomej tvorby.

Môžeme tak zároveň pestovať zmysel pre spontánnosť a hravosť, ktoré otvárajú predstavivosť k novým možnostiam. Tvorba zároveň podporuje zvedavosť a údiv, pomáha prebudiť a oživiť nás. Pravidelné cvičenie umeleckej tvorby je cesta objavovania a nám môže pomôcť kultivovať kreatívne spôsoby bytia vo svete. Kreativita je o tvorení priestoru a načúvaní hĺbky našich životov a sveta okolo, vidieť pod povrch vecí k hlbokým dimenziám sveta, otvoreniu sa novostiam ,rozvíjať vzťah k tajomstvu (Paintner, 2007).

VÝSKUMNÁ ČASŤ

4 METODIKA VÝSKUMU

Súčasťou diplomovej práce je aj kvalitatívny výskum, ktorý nadväzuje a rozširuje o nové informácie z praxe terapeutov praktickú časť. Venuje sa konkrétne možnostiam arteterapie u ľudí s traumou v procese liečby drogovej závislosti. Výskum bol realizovaný pološtruktúrovanými rozhovormi s terapeutmi pracujúcimi skrze arteterapie v službách venujúcim sa rezidenčnej liečbe drogovej závislosti.

4.1 Ciele výskumu

Primárnym cieľom tohto výskumu je:

- *Zistiť, aké prístupy využívajú terapeuti pri práci v rámci arteterapie s osobami s traumou a závislosťou.*

4.2 Čiastkové ciele

- *Zistiť existenciu a charakteristiku traumy u ľudí s drogovou závislosťou.*
- *Zistiť, ako sa vzájomne ovplyvňuje existencia traumy a drogovej závislosti u jedinca.*
- *Zistiť špecifiká prístupu arteterapie u ľudí s danou DD.*
- *Zistiť špecifiká ľudí s danou DD v procese liečby.*

Cieľom tak bolo odhaliť existenciu traumy u ľudí so závislosťou a následne, aké témy sa v jej spojitosti objavujú. Následne zistiť, ako terapeuti vnímajú vzťah medzi týmito dvoma ochoreniami. A vytvoriť tak základné informácie pre komplexné porozumenie dynamiky daného fenoménu. A následne primárne zistiť fenomény či osobné skúsenosti terapeutov v procese arteterapie pri odhalení traumatickej skúsenosti jedinca. Prostredníctvom zosumarizovaní daných informácií dotvoriť tak prácu, ktorá zhrňuje základné prvotné informácie pre prácu terapeuta s arteterapiou u ľudí s traumou či samotnou PTSD. A vytvárať tak prácu so základnými informáciami pre prax s ľuďmi s traumou v procese liečby závislosti. Tento cieľ vychádza z výskumného problému na základe nami doposiaľ skúmaných odborných informácií.

Sformulovaný výskumný problém tak znie:

Vnímaná absencia uceleného postupu arteterapie s osobami s traumou v procese liečby drogovej závislosti.

Pri výskume sme sa orientovali na skúsenosti terapeutov s ľuďmi cielene s traumou a nie PTSD. Vychádzame tak z odborných informácií z teoretickej časti tejto práce, ktoré uvádzajú, že základným predpokladom vzniku PTSD je prekonaná trauma u jedinca. Praško (2001, s. 158), „táto porucha nemôže existovať bez toho, že postihnutý bol vystavený traumatickej udalosti. Trauma je teda nevyhnutný faktor, ale sám o sebe nestačí. Na rozvoji sa zrejme podieľajú taktiež environmentálne faktory v dobe okolo traumatickej udalosti a predisponujúce faktory, ktoré môžu byť v premorbidnej osobnosti a jej biologickej výbave. Podľa definície je stresor hlavným faktorom rozvoja PTSD“. Máme za to, že trauma je tak významným rozhodujúcim prvkom nevyhnutným pre pochopenie následne PTSD. Zároveň, práve terapeutickú prácu s traumou možno vnímať ako prevenciu prípadného jej rozšírenia či prehĺbenia a v neposlednom rade tak zamedzenia vzniku PTSD. Ďalej sú to naše postrehy z praxe, že samotná PTSD je u ľudí diagnostikovaná vo veľmi nízkom percente. Je otázne, či dané ochorenie je tak reálne zastúpené v nízkych percentách u ľudí s DZ, alebo ich diagnostika sa s určitých dôvodov neuskutočňuje. Možno sú to práve ďalšie otázky, ktoré nás podnecujú k ďalšiemu možnému výskumu. Nekladíme si za cieľ zmapovať konkrétne postupy či metódy arteterapie, nakoľko sú špecifické u jednotlivých arteterapeutov, či pracovník. Zamerali sme sa tak primárne na osobné skúsenosti a postrehy terapeutov pri procese arteterapie, v rámci ktorých vnímame nezanedbateľný prínos pre ďalšiu prax a inšpiráciu do praxe.

4.3 Výskumné otázky

Pre výskum boli určené nasledovné otázky, ktoré vychádzajú a rozširujú základnú výskumnú otázku.

4.3.1 Základná výskumná otázka

Aké sú možnosti arteterapie u ľudí s traumou v procese liečby drogovej závislosti?

Pre naplnenie hlavnej výskumnej otázky boli pre zodpovedanie terapeutmi zostavené následné otázky:

1. *Objavujú sa témy traumy u ľudí s drogovou závislosťou?*
2. *Pokiaľ áno, aké sú to ?*
3. *Keď sa téma objaví, ako na to reagujete?*
4. *Ako s tým ďalej pracujete?*
5. *Postrehli ste nejaké špecifiká u ľudí s traumou a drogovou závislosťou oproti ostatným klientom? Aké špecifiká?*
6. *Ak áno, ako s tým zaobchádzate? Načo kladiete dôraz?*

4.4 Metodológia

V rámci tejto kapitoly priblížime jednotlivé čiastkové metódy a postupy, ktoré boli využité pre zostavenie a vyhodnotenie dát z interview. Ako bolo uvedené, v tejto práci bol zvolený kvalitatívny výskum, a to z dôvodu charakteru tejto práce a jej skúmanému obsahu. Celkový postup výskumu priblížime a podrobne popíšeme. Na úvod vymedzíme naše ponímanie kvalitatívneho prístupu, a teda, aj samotného výskumu. Miovský (2006, s. 18) uvádza, že „kvalitatívny prístup je v psychologických vedách prístupom využívajúcim princípov jedinečnosti a neopakovateľnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cielene pracujeme s reflexívnou povahou akéhokoľvek psychologického skúmania. Pre popis, analýzu a interpretáciu nekvantifikovaných či nekvantifikovateľných vlastností skúmaných psychologických fenoménov našej vnútornej a vonkajšej reality využíva kvalitatívne metódy.“ Creswell (1998, s. 12 in Hendl, 2005, s. 50) definuje kvalitatívny výskum ako „proces hľadania a porozumenia založený na rôznych metodologických tradíciách skúmaného daného sociálneho alebo ľudského problému. Výskumník vytvára

komplexný, holistický obraz, analyzuje rôzne typy textov, informuje o názoroch účastníkov výskumu a uskutočňuje skúmanie v prirodzených podmienkach.“

4.4.1 Výskumný súbor

Tu bola využitá metóda zámerného výberu na základe prvotne získaných informácií z webových stránok o konkrétnych zariadeniach či súkromných osobách v rámci Českej republiky. „Zámerný výber výskumného vzoru označujeme taký postup, kedy cielene vyhľadávame účastníkov podľa ich určitých vlastností. Kritérium výberu je práve vybraná vlastnosť alebo stav“ (Miovský, 2006, s. 135). V medziach tohto výskumu základným kritériom voľby daného terapeuta bola práca pomocou arteterapie v praxi s ľuďmi v procese liečby drogovej závislosti v ČR.

Na základe daných kritérií boli vytípané a oslovené zariadenia:

- dve adiktologické zariadenia zabezpečujúce liečbu drogovej závislosti
- štyri terapeutické komunity
- dve súkromné osoby – arteterapeuti
- jeden denný stacionár

Daným zariadeniam či súkromným osobám bol zaslaný osnovný email o možnosti zapojenia sa do výskumu tejto diplomovej práce. Daný proces trval v mesiacoch január – marec 2015.

Následne z oslovených zariadení boli bez spätnej odozvy v počte:

- dve súkromne osoby,
- tri terapeutické komunity,
- jedno zariadenie pre liečbu drogovej závislosti.

Záujem o spoluprácu prejavilo:

- jedno zariadenie pre liečbu drogovej závislosti, v ktorom v rámci terapie s arteterapiou v praxi pracujú piati terapeuti:
 - tri ženy,

➤ dvaja muži.

V rámci denného stacionára momentálne absentuje prítomnosť arteterapeuta a v rámci jednej therapeutickej komunity pracovná vyťaženosť arteterapeutky zamedzila možnosti zberu dát.

4.4.2 Charakteristika výskumného súboru

Tabuľka č. 1 Pohlavie

Pohlavie	
Pohlavie	Počet
muži	2
ženy	3

Tabuľka č. 2 Vek

Vek	
Vek	Počet
30 - 40	2
41 - 50	2
51 - 60	1

Tabuľka č. 3 Vzdelanie v rámci arteterapie

Vzdelanie v rámci arteterapie	
Vzdelanie	Počet
V rámci výcviku arteterapie	1
V rámci iného výcviku (SUR)	3
Samoštúdium	1

Po spoločnom dohovore a predaní informácií ohľadom postupu zberu dát, bol nasledovne dohodnutý termín priebehu rozhovoru. V danom termíne však jedna z dopytujúcich terapeutiek nebola na pracovisku. Daný rozhovor však prebehol podľa aktuálnej možnosti, cez e-mailovú komunikáciu, a to z dôvodu predpokladaného prínosu.

Tému skúmanú prostredníctvom tohto výskumu možno označiť za vysoko špecifickú, nakoľko bol zvolený výskumný súbor terapeutov na fenomény ohľadom práce arteterapie pri vyplavení traumy u ľudí s drogovou závislosťou. Preto je tak postačujúci počet rozhovorov a získaný obsah dát pre ich kvalitatívne vyhodnotenie a následnou trianguláciu. V procese získavania výskumného súboru sme zároveň zistili obmedzený počet arte/terapeutov pracujúcich s ľuďmi s drogovou závislosťou. Zároveň bol zistený celkovo malý záujem o zapojenia sa do výskumu. Ako bolo spomínané, jednak absenciou práce s arteterapiou alebo samotnou vyťaženosťou terapeuta. V ďalších prípadoch sa môžeme domnievať, že nezáujem môže plynúť z vnímania témy ako okrajovej.

4.4.3 Metóda tvorby dát

Zber dát prebehol v mesiaci marec 2015. Pre získavanie dát na účel tohto výskumu sme stanovili metódu interview. „Z terminologického hľadiska termínom interview označujeme taký rozhovor, ktorý je moderovaný a prevádzaný s určitým cieľom a účelom výskumnej štúdie“ (Miovský, 2006, s. 156). V rámci toho sme dané interview špecifikovali na štruktúrované, nakoľko nás zaujímali konkrétne fenomény v spojitosti s arteterapiou, avšak vnímali sme potrebu ponechania priestoru pre prípadné doplňujúce dotazovanie výskumného súboru. Pre voľbu štruktúrovaného interview nás viedli aj nasledovné fakty. Štruktúrované interview je zrejme najrozšírenejšou podobou interview, vyžaduje náročnejšiu technickú prípravu oproti neštruktúrovanému, špecifikujú sa konkrétne okruhy otázok a je možná ich zámena v priebehu rozhovoru. U pološtruktúrovaného rozhovoru je tak definované jadro otázok, ktoré sa má anketár opýtať a zároveň má možnosť klásť doplňujúce otázky (Miovský, 2006).

4.4.4 Zber dát

Zber dát prebiehala pomocou nahrávania audiozáznamu na notebook. V rámci toho boli počas rozhovoru zaznamenávané poznámky pre efektívnejšiu orientáciu v priebehu rozhovoru. Tieto poznámky tak flexibilne umožňovali formulovať doplňujúce otázky. Limitujúce pre nahrávanie boli šumy z miestnosti, ktoré sa nedali eliminovať a ktoré následne

zhoršovali kvalitu nahrávky a zamedzovali plynulej transkripcií dát. Tieto šumy boli následne zmierňované pomocou zvukového ekvalizéra. Pri transkripcií dát bola zvolená doslovná transkripcia pre prvotné zaznamenanie celkového obsahu. Transkripcia je proces prepisu hovoreného slova na základe interview. Je to časovo náročná procedúra, avšak pre vyhodnotenie je podmienkou (Hendl, 2005). Následne bol rozhovor upravený redukciou prvého rádu štylisticky a oddelený od tzv. „vaty“ a zameriavali sa tak na obsahovo tematickú rovinu a vytvorili tak text pre následný priebeh otvoreného kódovania. „Najjednoduchšia forma redukcie prvého rádu je vynechanie všetkých častí viet, ktoré nezdediajú nejakú identifikovateľnú explicitne vyjadrenú informáciu. Vynechávame vtedy rôzne zaznamenané zvuky, slová tvoriace iba tzv. slovnú vatu. Text ďalej býva očistený od výrazov, ktorých prítomnosť skôr narušuje plynulosť a ktoré samy nenesú žiadnu ďalšiu informáciu“ (Miovský, 2006, s. 210).

4.4.5 Metóda analýzy dát

Pri voľbe metódy analýzy dát bola ako kľúčová zvolená obsahová analýza práve pre svoje charakteristiky vhodné v rámci skúmania fenoménov tohto výskumu. Plichtová (1996 in Miovský, 2006, s. 238) chápe obsahovú analýzu ako „veľmi široké spektrum čiastkových metód a postupov slúžiacich k analýze akéhokoľvek textového dokumentu s cieľom objasniť jeho význam, identifikovať jeho štylistické a syntaktické zvláštnosti, prípadne určiť jeho štruktúru.“ Získané dáta sme tak následne podrobili obsahovej analýze a vytvárali pomocou otvoreného kódovania kategórie, ktoré vychádzali z jednotlivých rozhovorov. „Otvorené kódovanie odhaľuje v dátach určité témy. Tieto témy sú najskôr na nízkej úrovni abstrakcie. Majú vzťah k položeným výskumným otázkam, k prečítanej literatúre, k pojmom používanými účastníkmi alebo ide o nové myšlienky vznikajúce ako výskumník preniká k textu“ (Hendl, 2005, s. 247). Následne sme pod jednotlivými kategóriami priradzovali konkrétne čiastkové podkategórie. Pri tvorbe a triedení dát sme sa riadili nasledovnými odbornými informáciami. „Kategórie musia byť vyčerpávajúce, musia sa vzájomne vylučovať, každá jednotka musí byť zaradená iba do jednej kategórie, kategórie by mali byť vytvorené tak, aby sa pri zaradovaní do nich zhodovali nezávisle na sebe rôzni výskumníci (Miovský, 2006, s. 240). Po vytvorení jednotlivých kategórií a zaradenia obsahu k nim prináležiacim, sme dané výsledky zobrazili v tabuľkách v rámci jednotlivých výskumných

otázok. V závere sme k jednotlivým výsledkom pripojili náš komentár pre komplexnejšie pochopenie a rozpracovania výsledkov.

V neposlednom rade sme po získaní ucelených výsledkov vyplývajúcich z výskumu, sme previedli trianguláciu. „Triangulácia zaručuje rozmanitosť pohľadov na skúmanú otázku. „Triangulácia ukazuje rôznosť pohľadov a vplyv na situácie a výpovede“ (Švaříček, Šed'ová, s. 204). Obsahom tejto metódy v medziach tohto výskumu bolo porovnávanie výsledkov z výskumu, odbornými informáciami a osobnými skúsenosťami z praxe. Cieľom tak bolo minimalizovať subjektívny vplyv do výskumu a vyhodnotiť tak závery objektívneho charakteru. Zároveň tak skompletizovať a podrobiť získané výsledky validite na základe odborných informácií či vyčleniť jednoznačné nové a prínosné informácie pre prax.

4.5 Etika výskumu

Cieľom výskumu bolo primárne neohroziť pacientov a neuškodiť zariadeniu, kde bol zber dát realizovaný. Účastníci pred realizáciou rozhovoru boli oboznámení jednak emailom a jednak ústne s témou a designom výskumu tejto práce a celkovým účelom výskumu. V úvode rozhovoru boli uistení o ich anonymite pri spracovávaní dát a o možnosti odmietnutia zodpovedania určitých otázok podľa ich subjektívneho pocitu. Zároveň v úvode rozhovoru boli účastníci výskumu požiadaní o slovný súhlas s nahrávaním rozhovoru. Počas rozhovoru neboli uvedené a zaznamenávané reálne mená terapeutov a prípadných pacientov a ani informácie, ktoré by viedli k ich odhaleniu.

Pri spracovávaní dát sme dané zariadenie anonymizovali na základe konkrétnej žiadosti. Táto žiadosť plynula z obavy, že získané dáta môžu byť citlivého charakteru a ovplyvniť tak chod zariadenia. Na základe týchto informácií sme žiadosti vyhovelí. Napriek tomu, získaným dátam ich celková anonymita jednoznačne neuberá na výpovednej hodnote.

4.6 Limity práce

Za limity tejto práce možno považovať nižší počet zapojených arte/terapeutov/tiek do samotného výskumu. Celkovo sme zaznamenali nízky počet art/eterapeutov/tiek vhodných pre zapojenie, ale zároveň aj malý záujem o aktívnu účasť.

5 Výsledky výskumu

Obsahom tejto časti priblížime spracovanie a výsledky v rámci analýzy získaných dát. Po samotnej transkripcii dát sme postupovali nasledovne. Jednotlivé texty sme si pozorne preštudovali a postupovali prostredníctvom otvoreného kódovania vytváraním jednotlivých kategórií, ktoré jednoznačne vyplývali z textov. Tieto kategórie sme si prostredníctvom možnosti Wordu farebne označovali a zaraďovali tak do samostatných skupín. Následne v rámci jednotlivých skupín sme vytvorili podkategórie, ku ktorým sme prirad'ovali ich frekvenciu výskytu v texte na základe zaznamenávaných odpovedí. Prostredníctvom komentárov sme sa pokúsili, aby jednotlivé zistenia boli komplexnejšie uchopené a zaznamenané. Otázky sme spracovávali tak, ako boli radené prostredníctvom interview.

5.1 Výskyt a druhy traumy

Objavujú sa témy traumy u ľudí s drogovou závislosťou?

Tabuľka č. 4 Prítomnosť traumy

Prítomnosť traumy u pacientov	
odpoveď	Počet
áno	5

Komentár:

V rámci odpovedí vyplýva jednoznačný výskyt ľudí s traumou v procese liečby závislosti. Zároveň dané odpovede áno, ukazujú aj na samotný postreh terapeutov, ktorí zaznamenávajú ich výskyt.

Pokiaľ áno, aké sú to ?

Tabuľka č. 5 Druhy tráum I.

Druhy tráum všeobecne	Počet	Konkrétne traumy	Počet	Traumy v rodine	Počet
psychické	5	rozpad vzťahov	2	závislosť u rodičov	2
fyzické	5	týranie	3	výchova	2
v detstve	5	sexuálne zneužitie	3	prostredníctvom náboženských dogiem	1
v dospelosti	5	úmrtie blízkeho	1	snaha o potrat zo strany matky	1
prenatálne	1	šikana	1	zneužívanie v detstve	3
		ťažká havária	1		

Tabuľka č. 6 Druhy tráum II.

Dopad traumy v detstve	Počet	Dopad traumy v priebehu závislosti	Počet
zasahuje celú osobnosť	1	chronická	1
je hlbšia	3	spôsobuje ďalšie problémy	1
je zložitejšia	1	ľahšie prijímaná ako z detstva	1
následne prekrytá obrannými mechanizmami	2		
často jednorazová	1		
má dlhší proces prijatia	1		

Komentár:

Terapeuti jednoznačne uvádzajú výskyt tráum u svojich pacientov. Uvádzajú širokú škálu jednotlivých tráum, s ktorými sa stretli v praxi pri terapii s pacientmi. Zaznamenávajú jednak fyzické a jednak psychické traumy. V rámci vývoja pacientov sú to traumy, ktoré vznikli v detstve, ale aj v dospelosti. Zaujímavým sa ukazuje aj postreh terapeutky, ktorá uvádza výskyt už prenatálnej traumy. Následne je možné traumy zachytiť aj v konkrétnom arteterapeutickom artefakte. Jej potvrdením je tiež východisko z osobnej anamnézy pacienta.

Najčastejšie boli označované traumy ako týranie a sexuálne zneužitie. V oblasti sexuálneho zneužitia trauma prevládala u žien, avšak, je zaznamenaná aj u mužov. Bola rozpoznaná samostatná oblasť, a to trauma vzniknutá v rámci rodiny, kedy prevládalo zneužívanie a následne závislosť u rodičov či špecifická traumatizujúca výchova. Za zaujímavé vnímame pozastaviť sa nad odlišnosťami, ktoré terapeuti uvádzali pri vnímaní dopadu tráum, ktoré vznikli v detstve alebo až počas samotného života so závislosťou. Pri prvej variácii bolo uvádzané, že ju vnímajú ako hlbšiu a zároveň následne prekrytú obrannými mechanizmami. Zároveň táto trauma je vnímaná skôr ako jednorazová, pričom trauma vzniknutá počas života v závislosti ako chronická, teda často sa opakujúca. Za povšimnutie stojí aj samotný rozsah opisu, ktorý venovali jednotlivých oblastiam. Jednoznačne, čo do počtu a rozsahu kategórií, budila záujem téma tráum vzniknutých v detstve. Práve tieto traumy, ktoré majú svoje korene v detskom veku sú opisované ako náročnejšie pre samotnú terapiu. Tomu sa budeme venovať v nasledujúci podkapitolách.

5.2 Vzťah medzi traumou a závislosťou

Tabuľka č. 7 Vzťah medzi traumou a závislosťou

Vzťah traumu a závislosti	Počet	Charakteristika závislých ľudí s traumou	Počet
t. je schovaná pod závislosťou	2	zraniteľnejší, krehkejší	2
t. ako dôsledok závislého života	2	s nízkou odolnosťou	1
t. ako spúšťač závislostí	2	s neočakávanými emočnými reakciami	1
existencia podmieňujúceho vzťahu	1	vyhýbanie sa určitým témam	1
užívanie drog ako obranný mechanizmus pred traumou	1	bagatelizácia určitých tém	1

Komentár

V rámci jednotlivých otázok vyplynula samostatná kategória pre spracovania, a to vzťah medzi traumou a závislosťou. Terapeuti uvádzali svoje skúsenosti, ako sa im javí

vnímaný vzťah medzi týmito oblasťami. Na jednom póle ju vnímajú ako možný spúšťač vzniku závislosti, na druhom ako dôsledok samotného života so závislosťou. Vyjadrujú tak existenciu určitého podmieňujúceho vzťahu. Zaujímavým postrehom je vnímanie užívania drog ako obranný mechanizmus pred nespracovaným traumatickým zážitkom. Ako ďalšia zaznamenaná kategória je vnímaná charakteristika závislých ľudí s traumou. Terapeuti zachycujú u daných ľudí určitú krehkosť a zraniteľnosť oproti ľuďom bez traumatizácie. V rámci praxe sa ďalej stretávajú s ich nízkou odolnosťou na záťaž a s neočakávanými emočnými reakciami aj na často nenáročné situácie. V neposlednom rade je to aj vyhýbanie sa určitým témam často v spojitosti so samotou traumatickou spomienkou či až bagatelizácia určitých tém v spojitosti s traumatickým zážitkom. Myslíme si, že vnímanie ľudí s traumou terapeutom, vplýva na terapeutický proces.

5.3 Prístup arteterapie

Ked' sa téma objaví ako na to reagujete? Ako s tým ďalej pracujete?

Tabuľka č. 8 Techniky v rámci arteterapie

Využívané techniky v arteterapii	Počet	Doplňujúce techniky, metódy	Počet
psychodráma	2	skupinová dynamika	3
akčný akvarel	3	načúvanie	1
Koláž	2	graf závislosti	1
voľné asociácie	1	osobná anamnéza	1
projektívne techniky	1	prerámovanie traumy	1

Tabuľka č. 9 Formy a témy arteterapie

Forma arteterapie	Počet	Témy v arteterapeutických technikách	Počet
Skupinová	5	rodina	1
		vzťahy	1
		vzťah k drogám	1
		sebavnímanie	1

Tabuľka č. 10 Kladený dôraz pri arteterapii

Pri arteterapii dôraz kladený na	Počet		Počet		Počet
abreakciu	3	vyhnutie sa retraumatizácii	1	podpora	1
voľne vyplynutie traumy	3	Individuálny prístup	1	predávanie informácií terapeutickému tímu	1
dôvera v skupine a v terapeuta	4	udržanie pacienta pri téme	1	rozmanitosť techník	1
nezameriavanie sa na traumy v začiatku liečby	2	ochrana – bezpečie pacienta	2		
korektívna skúsenosť	2	v závere ukotvenie v realite	1		
Dôraz na primárne prijatie závislosti	1	Pochopenie odmietnutia spolupráce	1		

Komentár

Pri spracovávaní dát v spojitosti s arteterapiou nám ako zásadné vychádzali uvedené kategórie. Terapeuti v rámci arteterapie využívajú rôzne techniky ako akčný akvarel, koláž, psychodrámu. Samozrejmosťou sú voľné asociácie jedného jedinca, ktorého areterapeutické dielo je pozorované, ale aj celej skupiny. Zároveň sú využívané aj ďalšie projektívne techniky, v rámci ktorých je vnímaný priestor pre postupné odhalenie traumatických zážitkov, pretože zameriavajú na nevedomé obsahy.

Ako ďalšia metóda je využívaná primárne skupinová dynamika, nakoľko je arteterapia vedená práve touto formou. A to aj v prípade, kedy je trauma odhalená mimo skupinu, terapeuti sa snažia o citlivé opätovné prinavrátanie tejto traumy do skupiny, kde môže daný jedinec s traumou zažiť korektívnu skúsenosť a prípadne potrebnú abreakciu. Terapeuti pracujú aj s celkovou osobnou anamnézou jedinca, grafom závislosti a spokojnosti. Dôraz kladú na načúvanie a snahu o následné prerámčovanie traumatického zážitku.

Forma arteterapie je zvolená skupinová, avšak v prípade potreby je možný individuálny rozhovor s pacientom. Proces arteterapie je orientovaný na základné témy, ktoré sú vnímané ako prínosné pre ľudí v procese liečby drogovej závislosti, ide tiež o vzťahy,

vzťah k sebe, vzťah k drogám a sebaužívanie. V téme vzťahy, konkrétne „Adam a Eva,“ kedy je využívaná technika akčný akvarel, vychádzajú traumatické zážitky často na povrch. Pri arteterapii, ale aj v rámci celej terapie s pacientmi s traumou, je treba mať na zreteli primárne vytvorenie dôvery v skupine, ale aj k terapeutovi. Následne je to ponechanie voľnému procesu „vyplávania“ traumatických zážitkov. Pritom vytvoriť priestor na abreakciu, katarziu. Terapeuti upozorňovali na nezameriavanie sa na traumu v prvých fázach liečby. Daný pacient ešte plne neprijal svoju závislosť a zodpovednosť za ňu. Ak by to nastalo, pacient by svoje užívanie drog mohol ospravedlňovať danou traumatickou udalosťou. Preto terapeuti vnímajú ako prvotné zameriavať sa na liečbu závislosti. Prípadnú prácu s traumou orientujú na druhú fázu liečby, keď je zaradená arteterapia. V jej rámci pacienti vypracúvajú spomínané jednotlivé témy v technikách: portrét, akčný akvarel Adam a Eva, koláž rodiny a koláž závislosti.

5.4 Špecifiká u ľudí s PTSD a DZ

Postrehli ste nejaké špecifiká u ľudí s traumou a drogovou závislosťou oproti ostatným klientom? Aké špecifiká?

Tabuľka č. 11 Špecifiká pri terapeutickom procese

Špecifiká pri arte/terapeutickom procese	Počet
ťažko dostupný	3
Primárne orientácia na závislosť	2
Postupné vyplývanie traumy v procese	1
Potreba postupnej prípravy pre spracovanie traumy– mesiace, liečby	1
Možné odporúčanie skupiny, doliečovanie	1
Vnímanie celkovej súvislosti medzi traumou a procesom liečby	1

Tabuľka č. 12 Vzťah medzi traumou a motiváciou, vypadávaním z liečby

Vzťah traumu a motivácie	Počet	Vzťah traumu a vypadávanie z liečby	Počet
Nevnímam	3	Nevnímam	1
Áno, spracovanie traumu podporuje motiváciu a následne abstinenciu	2	Áno, ak o traume nedokáže hovoriť, vyhýba sa jej	3
		Áno, vnútorné vypadnutie z liečby	1

Komentár

V následnej otázke sme sa zameriavali na vnímané špecifiká terapie ľudí s traumou a závislosťou. Terapeuti vnímajú daných pacientov ako ťažko dostupných v rámci práce s konkrétnou prežitou traumatickou udalosťou. Vnímajú, že jednotlivé traumy vyplývajú v procese liečby postupne. Niekedy je to v horizonte niekoľkých mesiacov až niekoľkých absolvovaných liečení. Daný proces vníma ako lineárny. V jednotlivých liečbach si jedinec postupne spracováva svoju traumu alebo traumy. Zároveň vnímajú jednoznačnú súvislosť medzi procesom liečby závislosti a procesom liečby danej traumu. Ako ďalšiu možnosť práce na traume uvádzajú odporúčania skupiny alebo po absolvovaní doliečovacej liečby, kedy proces zotavenia pokračuje.

Terapeuti nezaznamenali odlišnosti motivácie k liečbe u ľudí s traumou. Vnímajú však pozitívny prínos, ak sa daná trauma spracuje a pacient tak získava nadhľad. To môže viesť k upevneniu motivácie a následne k upevneniu abstinencie. Ku vzťahu vypadávania z liečby, terapeutii uvádzali možnosť častejšieho vypadávania, ak sa daný pacient vyhýba traume a v rámci terapeutického procesu ju nespracováva. Môže sa stať, že jedinec z liečby odíde fyzicky alebo sa psychicky odpojí. Zameriava sa tak na nedôležité ciele a vyhýba sa práci na danom traumatickom zážitku. Jeden z terapeutov zároveň upozornil, že vypadnutie z liečby môže nastať aj keď terapeut, či skupina na daného pacienta tlačia so spracovávaním traumu, kedy na to nie je pripravený. Preto je dôležitý citlivý a individuálny prístup.

5.5 Doplnujúce informácie

Tabuľka č. 13 Doplnujúce informácie

Doplnujúce informácie	Počet
Citlivosť terapeutov na prítomnosť traumy	3
Potreba vzdelania v tejto problematike	3
Vnímanie prejavov traumy v arte. dielach	1
Nízka odolnosť dnešnej populácie voči traumám	1
Prítomnosť oboch pólů šikany	1

Komentár

V priebehu spracovávanía jednotlivých odpovedí sa objavili zaujímavé doplnujúce informácie, ktoré svojím obsahom neboli zaradené do vyšších kategórií. Terapeuti uvádzali, že prítomnosť traumy u pacienta vedía „vycítiť“ pred jej samotným odhalením. Na základe toho špecificky a citlivo pristupujú k danému pacientovi. Ponechávajú mu dostatočný priestor, poprípade vo vhodnom čase citlivo a terapeuticky smerujú otázky k danej traume. Terapeuti uvádzajú aj potrebu vzdelania v tejto oblasti. Vnímajú zároveň potrebu odovzdávania skúseností od terapeutov s dlhšou praxou pre nových terapeutov. Jeden z terapeutov danú tému nepovažuje za kľúčovú. Ako primárne uvádza vzdelanie opierajúce sa o prácu s rodinou. Avšak myslíme si, že práve za touto veľkou témou sú ukryté časté prežitie traumatické udalosti. V rozhovore bolo spomínané aj vnímanie celkovej nízkej odolnosti voči traumám v porovnaní s predchádzajúcimi generáciami. Ako odpoveď prečo sa to deje, vystalo zamyslenie nad celkovou stratou prechodových rituálov, napr. zabránenie prítomnosti rodiny dieťaťu na pohrebe a urýchlenie životného štýlu.

6 TRIANGULÁCIA

Prostredníctvom realizovaného výskumu bolo cieľom nájsť odpovede na vopred stanovené výskumné otázky, ktoré boli odvodené na základe výskumného cieľa. Hlavným cieľom výskumu tak bolo zistiť, aké prístupy využívajú terapeuti pri práci v rámci arteterapie s osobami s traumou a závislosťou. Čiastkové ciele boli stanovené nasledovne:

- Zistiť existenciu a charakteristiku traumy u ľudí s drogovou závislosťou.
- Zistiť, ako sa vzájomne ovplyvňuje existencia traumy a drogovej závislosti u jedinca.
- Zistiť špecifiká prístupu arteterapie u ľudí s danou DD.
- Zistiť špecifiká ľudí s danou DD v procese liečby.

Získané informácie budú teraz porovnávané s odbornými a relevantnými informáciami od odborníkov venujúcim sa ako liečbe traumy či PTSD, tak aj drogovej závislosti. Ucelené zdroje venujúce sa danej téme skrze arteterapiu, ale aj celkovo špecifickej DD, pomerne absentujú. Poznatky budú doplnené o vlastné postrehy a poznatky nadobudnuté z praxe v oblasti zameranej ako s ľuďmi s drogovou závislosťou, tak aj s duševným ochorením. V procese štúdia odbornej literatúry a jednotlivých štúdií sme doposiaľ nezaznamenali priebeh podobného výskumu so zreteľom na arteterapiu.

6.1 Trauma a ich výskyt u ľudí so závislosťou

V oblasti traumy bolo cieľom zistiť primárne jej existenciu u ľudí v procese liečby závislostí a následne zistiť jej charakteristiku či obsah. Danej téme boli venované prvé dve otázky, avšak v priebehu rozhovoru sa v jednotlivých odpovediach terapeutov objavovali ďalšie doplňujúce informácie k danej téme. Dôvodom bolo zistiť vôbec ich samotnú existenciu a vnímanie terapeutov pre následné pokračovanie vo výskume, ale aj odhalenie s akými traumami sa ľudia so závislosťou stretli alebo stretávajú.

Z odpovedí terapeutov vyplýva, že jednoznačne určujú a zaznamenávajú prítomnosť traumy u ľudí so závislosťou. Deykin a Buka (1997, in Nešpor, 2003, s. 233) uvádzajú, že výskyt PTSD je u dospelých závislých päťkrát vyšší ako u ich vrstovníkov, ktorí závislí nie sú.“ Daný údaj potvrdzuje naše úvahy a tvrdenia v úvode práce, že u ľudí s DZ možno bádať časté traumatické udalosti už v detstve alebo počas dospelosti. „Výskumné štúdie v USA ukázali, že 98,8% osôb s PTSD trpelo vo svojom živote najmenej jednou inou

psychiatrickou poruchou a zároveň užívaním návykových látok“ (Davidson, 1996 in Vizinová a Preiss, 1999, s. 31.). Ako ďalej dodáva Vizinová a Priess (1999, s. 32) „súhrnne možno povedať, že komorbidity PTSD je vysoká. Častý je výskyt úzkostných stavov, depresie, závislosť na návykových látkach (drogy, alkohol), časté sú manželské problémy, ale i suicidálne myšlienky a pokusy.“ Dané štatistické ukazovatele sa zameriavajú na PTSD, pričom vieme, že jej predchádzala určitá traumatická udalosť alebo séria traumatických udalostí. Z praxe vnímame vysoký počet jedincov so závislosťou, ktorí prekonalí alebo sa stretávajú aj v súčasnom živote s traumatickými zážitkami.

Čiastkový záver

Na základe triangulácie vplýva, že terapeuti sa v procese liečby drogovej závislosti stretávajú s traumami u svojich pacientov, ktoré sú často zastúpené práve u ľudí so závislosťou. Štatistické údaje sa však primárne zameriavajú na rozvinutú PTSD. Celkovo možno zaznamenať výskyt ľudí s traumou v procese liečby závislosti.

6.2 Charakteristika jednotlivých tráum u ľudí so závislosťou

Na základe odpovedí možno hovoriť a prvotne rozdeliť traumy na psychické a fyzické, ďalej so vznikom v detstve či už prenatálne alebo až v samotnom dospelom živote v spojitosti so závislosťou. Ako konkrétne formy sa vyskytujú v podobe rozpadu vzťahov, týrania, sexuálneho zneužívania. Greg a Moos (2002, in Millerova, 2011, s. 165) „dospeli na základe analýzy príslušného výskumu k záveru, že väčšina žien a početná menšina mužov absolvujúcich liečbu závislosti na návykových látkach zažila fyzické týranie alebo pohlavné zneužívanie, čo súvisí s medziľudskými problémami a komorbiditou s PTSD, a preto možno predpokladať horšie výsledky pri liečbe závislosti“. Na základe absolvovanej praxe možno usúdiť, že spomínané traumatické udalosti sú zastúpené pomerne často.

Zároveň v rámci získaných dát ako špecifické možno označiť traumy vznikajúce v rodine: sexuálne zneužívanie, závislosť u rodičov, výchova, náboženské dogmy. V rámci rodiny, na základe odborných informácií, sa pozornosť orientuje na vzťahovú väzbu dieťaťa k matke, ktorú možno vnímať aj ako súčasť spomínaných oblastí. „Trauma väzby znamená,

že je traumatizovaná základná duševná potreba dieťaťa, mať emocionálnu väzbu k matke. To znamená, že sa dieťa cíti bezmocné a neschopné pripútať k sebe svoju matku a svojho otca. Traumatizácia tejto prapôvodnej potreby dieťaťa mať väzbu, má ďalekosiahle následky na celý ďalší vývoj jeho osobnosti“ (Ruppert, 2008, s. 71). Vizinová a Preiss (1999, s. 18) uvádzajú, že „pokiaľ trauma pôsobí v ranom detstve, môže poškodiť vznik bazálnej dôvery blízkej osoby, čo je súčasťou všetkých ďalších životných vzťahov a taktiež podmienkou zdravého vývoja osobnosti. Dôsledkom traumy v akomkoľvek veku je strata dôvery v seba a ostatných, zraniteľnosť a hanba z prežitej bezmocnosti. Pretrvávajú pocity viny.“ Ďalej dopĺňajú „možno teda povedať, že trauma primárne a sekundárne spôsobuje porušenie väzieb a vzťahov. Traumatizovaný jedinec často vnútorne osciluje medzi krajnou izoláciou a túžbou po silnom ochraňujúcom vzťahu. Výsledkom je utváranie intenzívnych, nestabilných väzieb, ktoré sa impulzívne zmietajú medzi extrémami“ (Vizinová & Preiss, 1999, s. 18). Z praxe vnímame, že najčastejšie traumatické zážitky pochádzajú práve z úzkych rodinných kruhov. Najčastejšie sa jednalo o vzťahy s rodičmi, kde možno s určitosťou zaradiť aj problematiku vzťahových väzieb. Jednalo sa o závislosť u rodičov alebo výskyt duševných ochorení. Následne s vysokým percentom zastúpenia možno označiť sexuálne zneužívanie ako u žien, tak aj u mužov.

Následne zo získaných dát z výskumu možno jednoznačne zaznamenať odlišnosti podľa časového horizontu prežitia traumy. V detstve majú charakter zasahovať celú osobnosť, pocity u terapeuta sú vnímané ako hlbšie a zložitejšie a môžu byť prekryté obrannými mechanizmami. V rámci tejto problematiky predpokladáme súvislosť s už spomínanou vzťahovou väzbou a následne na základe jej narušenia je aj terapeutmi vnímaná celková trauma ako hlbšia a zložitejšia. Na základe praxe si myslíme, že zároveň trauma v detstve môže daného jedinca ovplyvniť a zasiahnuť v rámci celkového vývinu osobnosti a majú spomínaný jednorazový charakter situovaný v rodine. Avšak traumy prežité v dospelosti, počas života so závislosťou, sú vnímané terapeutmi ako chronické. Často spôsobujú ďalšie problémy, ale zároveň sú pacientmi ľahšie prijímané ako z detstva. Danú spomínanú chronicitu tráum v živote so závislosťou uvádza aj Kudrle (2003, s. 131): „závislý život znovu potvrdzuje traumy, je retraumatizujúci. Retraumatizácia, ktorá je vlastná závislosť, vedie k zvýšenej potrebe obrany. Tak sa vytvára bludný kruh traumy a závislosti - závislosť na traume“. Ďalej dopĺňa „vzniká už samotným aktom závislosti, ale obzvlášť deštruktívnymi injekčnými aplikáciami, páchaním kriminálnych deliktov či už ako páchatel, alebo ako obeť, či predávkovaním. Ďalej je to konfrontácia so smrťou niekoho blízkeho na drogách alebo práca v sex-biznise (najmä ak je táto práca praktikovaná pod hrozbou, alebo

pod násilím“ (Kudrle, 2003, s. 130). Pre zaujímavosť dopĺňujeme zistenie, že existujú tvrdenia v rámci gender odlišností. „Národný inštitút pre užívanie drog (NIDA) dospel k zisteniu, že ženy zrejme vykazujú vyššiu senzitivitu voči odmenám vo forme drogy, a že stretávanie sa s psychosociálnymi faktormi (zlé zaobchádzanie, depresie, PTSD, vzťahy so signifikantnými osobami, násilie zo strany partnera) môže výrazne prispieť k tomu, že žena začne užívať a v užívaní pokračuje“ (Millerová, 2011, s. 319).

Čiastkový záver

Triangulácia odhalila, že jednotlivé traumy nadobúdajú rôzny charakter so zreteľom na špecifickú životnú históriu daného jedinca. Z výskumu vyplýva, že traumy z detstva zasahujú celú osobnosť jedinca, majú jednorazový charakter pomerne často situovaný v rodine. Tieto traumy sú vnímané ako zložitejšie, hlbšie a prekryté obrannými mechanizmami, kde možno zaradiť aj samotné užívanie drogy. Tieto informácie podkladajú odborníci vo vzťahu s problematikou vzťahovej väzby u detí. Zaujímavé a novo zistené informácie prinášajú dáta z výskumu, ktoré pripomínajú existenciu a vznik tráum už počas prenatálneho života. Ako ďalší zaujímavý faktor sa javí traumatizácia zo strany rodiny prostredníctvom náboženských dogiem. Traumy vzniknuté počas života so závislosťou, sa prostredníctvom získaných dát ukazujú ako chronické. Dané tvrdenie je potvrdené odbornou informáciou o možnosti vytvorenia bludného kruhu traumy a závislosti. Za zmienku stojí aj zistenie na základe výskumu, že terapeuti vnímajú u pacientov ľahšie prijímanie tráum z dospelého života v spojitosti so závislosťou, než z detstva, v procese liečby drogovej závislosti. Zároveň možno hovoriť aj o špecifikách tráum u žien a mužov.

6.3 Vzťah medzi traumou a závislosťou

V rámci tejto oblasti bolo cieľom zistiť u terapeutov vnímanú existenciu vzťahu medzi traumou a následnou závislosťou. Zároveň tak aj vnímané špecifiká ľudí s traumou a závislosťou. K tejto oblasti sa vzťahovali otázky orientované na zistenie špecifik ľudí so závislosťou a traumou, ale aj otázky zamerané na špecifiká prístupu areterapiu.

Na základe získaných dát možno hovoriť o tom, že trauma je vnímaná ako schovaná pod závislosťou. Zároveň ako dôsledok závislého života alebo aj ako jeho spúšťač. Je tak celkovo vnímaný existujúci podmieňujúci vzťah medzi traumatizáciou a závislosťou na drogách. Tento vzťah je vnímaný v oboch smeroch, teda, kedy je závislosť ako príčina alebo ako dôsledok. V rámci smeru trauma – závislosť možno hovoriť aj o tzv. self medikácii. „Ide o tzv. „model automedikácie“, keď osoba užíva návykovú látku za účelom zmiernenia psychických problémov“ (Katona, 2013, s. 142) . Ako Nešpor (2003, s. 233) uvádza „v oboch prípadoch sú totiž príznaky duševného ochorenia a návykového ochorenia v interakcii a vzájomne sa ovplyvňujú“. Autor následne popisuje myšlienku získaných dát prostredníctvom popisu vzniku DD. Nešpor (2003) uvádza dve základné alternatívy vzniku DD:

3. Duševná porucha => návyková choroba.

Závislosť na návykovej látke alebo iné návykové ochorenie sa objavilo u jedinca, ktorý už pred tým trpel nejakým duševným ochorením. Výskyt návykových problémov je u jedincov s duševným ochorením vyšší ako u bežnej populácie.

4. Návykové ochorenie => duševné ochorenie.

Duševné ochorenie sa prejavilo u jedinca, ktorý návykové látky zneužíval alebo bol na nich závislý. Táto možnosť sa týka predovšetkým PTSD, ale vznikla až po rozvoji návykového problému.

„Psychológ John Briere uvádza, že osoby, ktoré zažili v detstve týranie, celkom zjavne vykazujú vo väčšej miere nespavosť, sexuálnu dysfunkciu, disociáciu, hnev, samovražednosť, kaličenie vlastného tela, sklon k drogám a alkoholizmu, než iní pacienti a pacientky“ (Herman s. 172). Aj toto tvrdenie poukazuje na značnú spojitosť medzi vzniknutou traumou počas detstva a následnou závislosťou. Na základe praxe súhlasíme, že jednoznačne existuje úzky vzťah medzi traumou a závislosťou na drogách. Stotožňujeme sa s tvrdením, že postupnosť vzniku oboch ochorení môže byť formou predchádzania jedného druhým v oboch smeroch. Avšak vnímame za potrebné doplniť aj tretiu možnú variáciu, a to situáciu, kedy traumatická situácia a závislosť nastala v jednom okamihu života jedinca.

Čiastkový záver

Na základe uvedených dát ako z výskumu tak aj odborných informácií možno jednoznačne hovoriť o vzájomnom podmieňujúcom vzťahu medzi traumou a závislosťou.

Tento vzťah vykazuje určité špecifiká v podobe predchádzania a vplyvu jedného z ochorení v časovom horizonte života jedinca. Výskum tak potvrdzuje premenlivý charakter vzniku daného duševného ochorenia. Zaujímavým zistením z výskumu ktoré potvrdzuje aj relevantný zdroj predkladá zistenie existencie užívania drog ako obranného mechanizmu a teda formu tzv. self medikácie.

6.4 Vnímané špecifiká ľudí so závislosťou a traumou

Získané dáta z výskumu ukazujú, že terapeuti vnímajú ľudí s traumou, oproti ľuďom bez traumatického zážitku, ako zraniteľnejších a krehkých, s nízkou odolnosťou na záťaž a stres. So sklonom k vyhýbaniu sa alebo bagatelizácií určitých oblastí spojených s traumatickým zážitkom. Zároveň sú vnímaní s neprimeranými emočnými reakciami aj v situáciách, v ktorých je to neočakávané. Dané vnímanie terapeutov môže vyplývať práve z nasledujúcich zmien, ktoré spôsobujú traumatické zážitky. Autori Hašto a Vojtová (2014) približujú traumou takto: „Vzniká ako následok opakovaného vystavenia nadmerným stresorom, často v detstve, a ktorých klinický obraz obsahuje okrem príznakov PTSP aj mnohé ďalšie závažné symptómy: chronická emočná dysregulácia, zmeny pamäti a pozornosti, zmenené sebavnímanie, vnímanie páchatel'a a druhých, somatizácia, posuny vo významových systémoch“ (Hašto & Vojtová, 2014, s. 22). „Zlé nakladanie, prípadne trauma v rannom detstve navyše silne mení vývoj pravej „neverbálnej“ polovice mozgu, ktorá zodpovedá za rôzne aspekty väzby a regulácie afektov“ (Schore, 2001, 2007, 2008 in Brisch, 2011, s. 41).

Tieto stresové situácie môžu meniť neurobiologický systém, primárne hladinu opioidov. „Evidencia poukazuje na to, že skorá vzťahová trauma sa prejaví v deficitoch v pravej mozgovej hemisfére – v spracovaní sociálne-emočných a telesných informácií. Optimálne podmienky pre rozvoj mozgu zahŕňajú prítomnosť bezpečnej postavy, ku ktorému by sa dieťa mohlo pripútať, ktorá dieťaťu poskytuje vonkajšiu stimuláciu a emočné väzby“ (Klorel, 2014, s. 19, Schore, 2002). Stotožňujeme sa s tvrdením, že sa jedná o kombináciu symptómov generalizovanej úzkosti a špecifických fóbií. Prejavuje sa zvýšená podráždenosť a ich telo sa nachádza v neustálom strehu. Neočakávané podnety ich mimoriadne vyplašia a obzvlášť špecificky reagujú na podnety spojené s traumatickou udalosťou. Následne sa u nich vyskytuje zvýšená dráždivosť, a to aj počas spánku, prejavuje

sa v snoch ako nočné desy. Zdá sa tak, že traumatické udalosti menia ľudský nervový systém (Herman, 2001). Z praxe vnímame taktiež určitú krehkosť jedincov, ktorí prekonali traumatickú udalosť. Prejavuje sa jednak v rozhovore alebo celkovým dojmom jedinca. Zároveň je možno vnímať aj určitý opak: V prípade znásilnenia u žien so závislosťou a životom na ulici, možno niekedy zbadáť získavanie akoby mužských rysov a potláčanie svojej ženskosti. Vnímame to ako určitý vlastný a špecifický obranný mechanizmus a zakrývanie svojej zraniteľnosti potrebnej na prežitie na ulici.

Čiastkový záver

Triangulácia ukazuje, že jedinci s prežitou traumou, v spojitosti so závislosťou môžu pôsobiť domom krehkosti a celkovou nízkou odolnosťou na záťaž. Zároveň je u nich vnímaná emočná nestabilita. Tieto získané dáta boli následne potvrdené relevantnými informáciami o tom, že dané reakcie ľudí s traumou sú v spojitosti s prekonaním opakovaného stresu. Ďalej odborné informácie vysvetľujú, že celkovo traumatická udalosť ovplyvňuje mechanizmy v mozgu výraznejšie, ak trauma nastáva už počas detstva, spôsobuje celkovú telesnú podráždenosť. To môže viesť k určitým charakteristickým rysom jedincov s traumou. Za zaujímavé považujeme celkovo zistenie, že na dané skutočnosti sú terapeuti citliví a vnímaví.

6.5 Arteterapia a jej prístup so zreteľom na traumou

Pre mapovanie tejto oblasti bola kľúčová otázka konkrétne zameraná na užívané prístupy v rámci arteterapie pri zaznamenaní „vyplávania“ traumy počas terapie.

Na základe získaných dát sme zaznamenali ako využívanú formu arteterapie skupinovú. V rámci nej terapeuti využívajú rôzne metódy či techniky. Najviac zastúpené sú psychodráma, akčný akvarel, koláž, voľné asociácie. Ako ďalšiu kategóriu sme určili doplnujúce metódy: primárne využívanie skupinovej dynamiky, načúvanie a prerámovanie traumy. A techniky: graf závislosti, osobná anamnéza. Nevyhnutnosť dôverného vzťahu a procesu prerámovania traumy dokladá aj nasledujúce tvrdenie. „Všeobecným princípom a cieľom psychoterapie je integrácia traumy do celku osobnostných skúseností a zmenšenie či odstránenie negatívneho vplyvu na duševný i telesný stav človeka. Špecifickým cieľom je

rast osobnosti pomocou katalytického vzťahu s terapeutom“ (Vizinová, 42). Šicková-Fabrici (2002, s. 59) predkladá všeobecné vymedzenie vzťahu v arteterapii: „Vo vzťahu má dominovať dôvera, rovnocennosť a úcta k človeku, s ktorým pracujeme, snaha prežiť jeho uhol pohľadu. Terapeutický vzťah je kreatívna aliancia, klient je v nej odprevádzaný na určitom úseku svojho života.“

Za základné témy, ktoré terapeuti vnímajú ako prínosné pre liečbu závislosti, sú vzťahy, vzťah k sebe, vzťah k drogám a rodine. Ako už bolo spomínané, práve pri téme vzťahu bolo terapeutmi zaznamenané časté odhalenie traumatických zážitkov. Následne pri zaznamenávaní dát s dôrazom na arteterapiu, vychádza ako kľúčová potreba dôvery v skupine a v terapeuta. Potreba ponechania času pre voľné vyplynutie traumy, dôraz na abreakciu pacienta. Dané tvrdenie dokladá aj literárny zdroj: „Arteterapia s klientmi s duševným ochorením si kladie za cieľ pomôcť týmto ľuďom prostredníctvom umeleckej tvorby reflektovať svoje problémy – hnev, depresiu, chaos, strach, zúfalstvo – a integrovať ich ako súčasť seba. Pacienti často nevedia vysvetliť svoj hnev, ale keď ho namaľujú, sú schopní ho komentovať. Umelecká reflexia funguje ako most medzi pacientovým vnútorným prežívaním a nemu samému k lepšiemu pochopeniu jeho situácie“ (Šicková-Fabrici, 2002, s. 76).

Ako dôležité sa javí nezameriavať sa na traumou v prvých fázach liečby, kedy je nevyhnutné orientovať sa na liečbu závislosti, jej prijatie a celkové prijatie zodpovednosti. Až následne je potrebné ponechať priestor pre terapeutické spracovanie traumy. Ako bolo zaznamenané, môže hroziť, že jedinec prijme svoju traumou ako formu ospravedlnenia svojho užívania drog. V závere terapeutického procesu je potrebné vytvoriť priestor pre korektívnu skúsenosť prostredníctvom skupinovej dynamiky, pocitom prijatia jedinca, aj napriek pocitom, ktoré vychádzajú z danej prežitej traumy. Tieto získané informácie potvrdzuje Slavík (2000, 2001 in Šicková-Fabrici, 2002, s. 31) keď vo svojej definícii uvádza kľúčový prvok pri práci s traumou, a to práve proces zmierenia, „arteterapia pracuje hlavne s tvorbou a reflexiou zameranou na proces umeleckej tvorby. Prvoradým cieľom nie je vytvorenie umeleckého diela, ale prostredníctvom seba vyjadrenia, rozvíjania tvorivosti, schopnosti komunikovať a spracovaním osobne významnej témy dosiahnuť odstránenie alebo zmiernenie ťažkosti chorého jedinca“. Dané tvrdenie o potrebe abreakcie a následne prijatia či prerámovania traumatickej udalosti vnímame ako nevyhnutné a časté práve pri terapeutickom procese s traumou. „V arteterapii ide vzhľadom na každého jednotlivého klienta o navodenie kompenzačného procesu, aktivizáciu a sprostredkovanie kontaktu, pretváranie stereotypov, komunikáciu cez výtvarný prejav, odstránenie úzkostných stavov, socializáciu agresivity a podobne. Je však dôležité si najskôr uvedomiť, či pôjde v

arteterapeutickom procese o ovplyvňovanie učenia, vnútornej dynamiky, psychiky alebo o celostne preformovanie osobného sveta klienta (Müller, 2005, s. 50).

Za dôležité možno označiť aj samotnú komunikačnú zložku arteterapie. Stiburek (2000 in Potměšilová, 2010, s. 17) rozvíja myšlienku o komunikačnej zložke arteterapie: „Toto mimoverbálne vyjadrovanie umožňuje spracovávať témy na nižšej úrovni vedomia, témy, pre ktoré nenachádzame adekvátne slovné riešenia. V niektorých prípadoch možno využiť i možnosť odstúpiť od artefaktu a pracovať s ním, ako s nezávislým objektom“. Ako za ďalšie sa ukazuje potreba mať na zreteli ponúkanie podpory u jedincov pre opätovné získanie kontroly. Považujeme za potrebné si uvedomiť, že „jadrovým problémom v liečbe ako závislých tak traumatizovaných ľudí je opätovne získanie plnej kontroly a zodpovednosti za svoj život. Získanie kontroly je zásadné, lebo trauma znamená, že obeť nemala vôbec žiadnu moc a nemá ju ani v súčasnosti (Kudrle, 2003, s. 132).

Celkové zistenia z výskumu možno zhrnúť aj prostredníctvom autorky Šicková-Fabrice (2002, s. 76), ktorá prináša pohľad na ciele arteterapie konkrétne u pacientov s duševnou poruchou nasledovne:

- Dáva príležitosť sublimácie negatívnych prežitkov
- Umožňuje korekciu neprimeraných, predčasných, zmätených záverov udalostí vo vlastnom živote, ktoré vedú k zmätenému mysleniu a správaniu
- Poskytuje reálny pohľad na svoje ochorenie
- Ponúka víziu zmien a chápania udalostí i nádej na vyliečenie

Čiastkový záver

Na základe jednotlivých informácií spracovaných pomocou triangulácie možno hovoriť o potrebných špecifikách v rámci arteterapeutického prístupu u ľudí s traumou v procese liečby drogovej závislosti. Ako kľúčové získané informácie z výskumu, možno označiť potrebu vytvorenia vzťahu a v rámci neho tak dôvery voči terapeutovi, ale aj samotnej skupiny. Medzi využívané techniky v procese arteterapie sú zaradené psychodráma, koláž, voľné asociácie. Ďalej doplnkové techniky, ako graf závislosti a spokojnosti a ďalšie metódy, ako skupinová dynamika, prerámovanie traumatického zážitku. Témy, ktoré sa objavujú pri procese arteterapie sú orientované na závislosť, avšak pri ich procese sa vytvára priestor pre „vyplávanie“ traumy. Dôležitou informáciou získanou z výskumu sa javí, že

v rámci terapie je nevyhnutné v prvých fázach zameriavať sa na liečbu závislostí, až následne po prijatí závislosti, je možná orientácia na traumou. V závere procesu, ako uvádzajú výskumné dáta aj odborné informácie, je nevyhnuté vytvoriť priestor pre abreakciu, korektívnu skúsenosť a prijatie vzniknutej traumy. Odborné informácie to dopĺňujú o potrebu získania opätovnej kontroly nad vlastným telom a prežívaním.

6.6 Vnímané špecifiká ľudí s traumou v procese arteterapie so zreteľom na liečbu závislosti

Pri skúmaní tejto oblasti sme získavali dáta cez otázku, cielene orientovanú na zistenie vnímaných špecifik v rámci arteterapeutického procesu s cieľovou skupinou, ale aj celkovo vnímané špecifiká ľudí s traumou a závislosťou, vo vzťahu k motivácií a vypadávaniu z liečby.

Získané dáta poukazujú na celkovú ťažkú dostupnosť jedincov pri terapeutickom procese zameranom na prežitú traumou. Opakovane je zaznamenávaná potreba orientácie na závislosť ako primárna, až následne na traumou. V terapeutickom procese je zaznamenávaný charakter postupného vyvstávania traumy. Pre jej prvotné oznámenie u pacienta je potrebný časový horizont venovaný príprave. Jeho rozmedzie je udávané v mesiacoch či počtoch samotných absolvovaných liečení. To je vnímané aj ako proces spracovávania a prijímania traumatickej udalosti. Na základe praxe sa stotožňujeme z danými získanými informáciami. Z praxe vieme, že zdieľaniu traumatického zážitku predchádza vnútorné spracovanie a aspoň čiastočné uvedomenie si a prijatie traumatického zážitku. Daný traumatický zážitok môže byť potlačený do oblasti nepoznania v snahe ochrániť svoju integritu osobnosti. Následne tak môže nastávať štiepenie osobnosti, ktoré bolo popísane v teoretickej časti.

V oblasti vzťahu medzi traumou a motiváciou získané dáta nenaznačujú výraznú spojitosť, avšak pri procese spracovania závislosti je vnímané možné posilnenie motivácie a abstinencie. „Klientov problém s duševným zdravím sa často objaví až po určitej dobe abstinencie a sú častým faktorom relapsu“ (Kalina, 2000, 2006, 2008). Z praxe vnímame traumatické zážitky často skryté. Pri ich prípadných neterapeutických odhaleniach hrozí riziko retarumatizácií, ktoré môže negatívne ovplyvňovať motiváciu k liečbe.

V oblasti traumy a vypadávania z liečby dáta ukazujú možné príčiny vypadávania z liečby, kedy jedinec z určitých dôvodov nedokáže o traume hovoriť alebo ak je na jedinca

vyvolávaný nátlak zo strany terapeuta či skupiny spracovávať prežitú traumu. Zaujímavým sa javí zistenie možnosti vypadnutia z liečby vnútorného charakteru, kedy jedinec prestane terapeuticky pracovať a zameriava sa cielene na veci, ktoré nie sú pre terapiu kľúčové. „Prípadná psychiatrická porucha veľmi často komplikuje zapojenie klienta do liečby, znižuje jeho schopnosť obstáť v náročnom programe, mať z liečby prospech a prípadne vôbec v liečbe vytrvať“ (Kalina, 2000, 2006, 2008). Dané tvrdenia vystihujú naše skúsenosti z praxe. Celkovo vnímame prítomnosť traumy ako obťažnejšiu pre plynulý priebeh terapeutického procesu jej spracovania či terapie samotnej závislosti. Stotožňujeme sa s názorom, že nepripravenosť jedinca na jej riešenie a citeľný tlak môže ovplyvniť zapojenie jedinca do terapeutického procesu. Tieto tvrdenia v spojitosti s vypadávaním z liečby možno porovnávať s nasledujúcimi informáciami: „Je zrejmé, že ťažko traumatizovaní závislí sú najobťažnejšie liečiteľnou skupinou pacientov, a že často prerušujú liečbu. Čiastočne to môže byť preto, že liečba ich posttraumatickej symptomatiky, zvlášť jej disociatívne prejavy, nie sú správne rozpoznané a adekvátne liečené“ (Kudrle, 2003, s. 132). V takom rozmere ako uvádza Kudrle, nemožno označiť danú cieľovú skupinu v našom výskume ako najobťažnejšie liečiteľnú. Kalina (2000, 2006, 2008) ďalej zdôrazňuje, že špecifiká klientov s DD, ktoré vnímame ako „neobvyklé“ prejavy psychopatológie, rozrušujú ostatných klientov, budia v nich úzkosť a provokujú psychologické a psychosociálne obrany spolu s agresiou, ostrakizáciou a odmietaním. Tým terapeutickému tímu, pokiaľ nemá dostatočnú odbornú podporu a nie je vybavený potrebnými znalosťami a schopnosťami, sám túto problematiku nezvláda a reaguje podobne ako klienti

Čiastkový záver

Triangulácia ukazuje, že proces arte/terapie ľudí s prekonanou traumou v spojitosti so závislosťou možno označiť ako obťažne dosiahnuteľnú pre terapeutickú prácu s traumou. Pri terapii je potrebné orientovať sa primárne na terapiu závislosti, až následne na traumu. V rámci terapeutického procesu má odhaľovanie traumy postupný charakter so zreteľom na špecifiká daného životného príbehu a potrieb jedinca. Nie je zaznamenaná jednoznačná spojitosť medzi traumou a motiváciou. Avšak je vnímané, že ak jedinec spracuje danú traumu, môže byť motivácia k liečbe silnejšia, a tiež následná abstinencia. V oblasti vypadávania z liečby získané informácie ukazujú, že dochádza ku nej, ak jedinec z určitých

dôvodov o traume nedokáže hovoriť, prípadne je terapeutmi či skupinou do toho nútený. Zároveň môže nastať aj vypadnutie z liečby skrze odpojenia sa od terapeutického procesu.

6.7 Doplnujúce informácie

Na základe získaných dát sa ukazuje citlivosť terapeutov na prítomnosť traumy u jedincov bez ich prvotného či diagnostického potvrdenia. Daná citlivosť sa ukazuje aj skrze vnímanie arteterapeutického diela jedinca s traumou. Dané získané informácie môžeme doložiť rovnakou skúsenosťou z praxe. Ukazuje sa zároveň vnímaná potreba dozvedelávania aspoň v „základnom balíku“ vzhľadom k problematike tráum v živote ľudí so závislosťou a ich následným terapeutickým spracovávaním. Bol zaznamenaný celkový vnímaný pocit nízkej odolnosti dnešnej populácie na traumy s porovnaním z predchádzajúcou generáciou na základe dlhodobej praxe terapeuta. Vychádza z predpokladov absencie prechodových rituálov a celkovo urýchleného životného štýlu. Ako posledný zaujímavý fenomén sa javila prítomnosť oboch pólů šikany, ako aktérov, tak aj obetí, v procese liečby závislostí v spojitosti s traumou. Z praxe môžeme potvrdiť, že oba póly aktérov šikanovania sme taktiež zaznamenali. Avšak skôr sa jednalo o vzťah medzi dealerom drog a jeho zákazníkom, prípadne stretnutie násilníka a jeho obeť v oblasti telesného alebo psychického týrania.

Čiastkový záver

Celkovo možno zaznamenať nevyčerpatelnosť informácií potrebných pre pochopenie celkovej problematiky arteterapie traumy v procese liečby závislostí. Avšak ukazuje sa existencia určitej citlivosti skúsených terapeutov na prítomnosť traumy u jedincov. Zároveň bola zaznamenaná celková nízka odolnosť dnešnej generácie na stresové situácie, následne vznikajú traumatické zážitky spojené s novým životným štýlom a s absenciou prechodových rituálov. Ukazuje sa, že aj problematika šikany má zastúpenie v oblasti traumy v procese liečby závislostí

7 DISKUSIA

Cieľom mojej práce bolo zistiť nasledovné ciele:

- *Zistiť, aké prístupy využívajú terapeuti pri práci v rámci arteterapie s osobami s traumou a závislosťou.*

Čiastkové ciele:

- *Zistiť existenciu a charakteristiku traumy u ľudí s drogovou závislosťou.*
- *Zistiť, ako sa vzájomne ovplyvňuje existencia traumy a drogovej závislosti u jedinca.*
- *Zistiť špecifiká prístupu arteterapie u ľudí s danou DD.*
- *Zistiť špecifiká ľudí s danou DD v procese liečby.*

7.1 Trauma

V rámci nášho výskumu boli zamerané prvé otázky na zistenie výskytu a charakteristiky jednotlivých prežitých tráum u ľudí v procese jednak arteterapie, ale aj celkovo v procese liečby drogovej závislosti.

Na základe triangulácie sme zistili jednoznačnú existenciu výskytu tráum u ľudí v procese liečby závislosti. Avšak na základe kvalitatívneho charakteru výskumu neboli obsiahnuté konkrétne čísla. Ako ukazujú výsledky výskumu a odborných informácií, možno hovoriť o prevládajúcich dvoch časových horizontoch vzniku, a to v detstve, alebo v čase dospelosti počas života so závislosťou. Triangulácia poukazuje, že obe formy majú svoje špecifiká. Považujeme za nevyhnutné pripomenúť, že jednotlivé traumy môžu existovať v rôznych variáciách a v rôznych časových úsekoch. Sú vysoko špecifické v rámci konkrétneho života jedinca. Zároveň záťaž môže byť rôzne vnímaná u skupiny jedincov s rovnakou prežitou traumou. Výskum ukazuje, že traumy vzniknuté v detstve sú často jednorazové a zasahujú celkovú osobnosť jedinca. Zatiaľ čo traumy vzniknuté v dospelosti a počas života v závislosti, môžu naberať chronický charakter. Tieto zistenia prináša aj teoretická časť práce. Čiže možno hovoriť o potvrdení daného javu. Výskumom bolo zistené, že traumy, ktoré vznikajú v detstve sú pre následné vyrovnanie a prijatie náročnejšie ako tie, ktoré vznikli v dospelosti. Zároveň aj túto časť možno označiť za potvrdenú, ako ukazujú odborné informácie v teoretickej časti práce. Do celkovej charakteristiky vyskytujúcich sa

traumatických zážitkov možno zaznamenať škálu ako psychického, tak aj fyzického charakteru. V rámci výskumu zisťujeme aj špecifické charakteristiky tráum vzniknuté v rodinnom systéme. Ako najčastejšie boli uvádzané sexuálne zneužívania či traumy v spojitosti s výchovou, či samotnou závislosťou u rodičov.

Výskum priniesol zaujímavé zistenie, a to existenciu a vplyv traumy v prenatálnom živote jedinca. Myslíme si, že daná oblasť je doposiaľ málo preskúmaná a nami preštudované odborné zdroje sa danej téme priamo nevenovali. Dané zistenia možno doplniť o rovinnú vzťahových väzieb, na ktorú upozorňuje čoraz väčšia časť odborníkov. V neposlednom rade teoretická časť zaznamenáva a rozširuje poznatky o traume o faktory, ktoré jej priebeh môžu zásadne ovplyvňovať. Myslíme si, že získané dáta potvrdzujú informácie zhrnuté v teoretickej časti.

Zároveň vnímame naďalej potrebu prehĺbovania odborných informácií o tejto základnej problematike pre možnú následnú odbornú arteterapeutickú prácu. Základom pre vyhnutie sa retraumatizácií, vnímame ako prvý kľúčový bod poznanie traumy a jej jednotlivé možné charakteristiky pre včasné rozpoznanie u klientov. Zároveň však odhalenie a poznanie jej charakteru časovosti, poukazuje na nutnosť a naliehavosť pre jej čo najkomplexnejšie porozumenie.

7.2 Vzťah medzi traumou a závislosťou

Výsledok z výskumu, ale aj teoretická časť zaznamenávajú existenciu vzťahu medzi traumou a závislosťou. Tento vzťah možno označiť ako obojstranne podmieňujúci, avšak nie rozhodujúci. Aj v rámci tohto výsledku pokladáme za potrebné pripomenúť jednotlivé špecifiká u jednotlivcov s danou DD. Výskum priniesol zaujímavý pohľad na závislosť ako obranný mechanizmus pred traumatickou závislosťou. Daný koncept možno vnímať ako model self medikácie, ktorý je zaznamenaný aj v teoretickej časti tejto práce. Myslíme si, že poznanie tohto vzťahu je dôležité pre lepšiu vnímavosť a citlivosť u pracovníkov v rámci arteterapie. Avšak na strane druhej upozorňujeme pred predčasným označovaním traumy prípadne označovaním jednotlivých udalostí ako traumy bez toho, aby neboli rozpoznané jednotlivé návody od samotného klienta.

Zároveň možno jednoznačne hovoriť o vysokej zložitosti daného vzťahu. V rozsahu tejto práce vnímame jeho popis ako čiastkový. Domnievame sa, že je potrebné venovať danej

problematike väčší priestor pre poznanie a popísanie dynamiky vzniku , procesu daného vzťahu. Tieto zistenia tak môžu priniesť nové poznatky ako do oblasti prevencie, tak aj do tvorby nových arteterapeutických metód zameraných cielene na prácu s traumami v procese závislosti.

7.3 Arteterapia a jej prístup so zreteľom na traumou

Výskum poukazuje na určité potrebné špecifiká pri odhalení tráum v procese terapie. Ako bolo uvedené, za základné možno označiť potrebný vzťah k terapeutovi či skupine založený na dôvere a prijatí. Domnievame sa, že je to zároveň nevyhnutné pre následné bezpečné arteterapeutické spracovávanie. Uvedený vzťah tiež ovplyvňuje ako a či vôbec jedinec prejaví záujem pre danú citlivú tému. Ako naznačujú ďalšie zistenia, tvorbe terapeutického vzťahu je potrebné sa venovať už v prvých stupňoch liečby. Ako bolo zaznamenané v teoretickej časti, prípadne sa možno zameriavať na prijatie hospitalizácie. Počas terapie arteterapeut necháva priestor pre samotné „vyplávanie“ traumatického zážitku. Domnievame sa, že je nevyhnutné ponechať reflexiu významov v rámci arteterapeutického artefaktu na jedincovi. Zamedziť tak prípadnému predčasnému tlaku na jedinca, alebo zamedziť celkovo subjektívnemu ovplyvňovaniu zo strany arteterapeuta. Ako poukazujú získané dáta, arteterapeutické metódy sa orientujú primárne na liečbu závislosti.

Dané vyplávanie traumy sa často vyskytuje pri práci na tému Adam a Eva, ktorá je zameraná na vzťahy, v technike akčný akvarel. Získané dáta poukazujú aj na využitie ďalších techník, ako graf závislosti a spokojnosti, voľné asociácie a metódy ako skupinovú dynamiku, či psychodrámu. Myslíme si, že je nevyhnutné cielene prepájanie rôznych techník, metód či odborných dokumentov, avšak s terapeutickým cieľom v prospech daného jedinca. Medzi základné využívajúce dokumenty považujeme prácu s osobnou anamnézou. Za dôležité považujeme aj zistenia, ktoré zaznamenávajú potrebu abreakcie, katarzie, prerámovanie traumy či v závere arteterapie ukotvenie klienta opätovne v realite. Teoretická časť dopĺňa tieto poznatky o možnostiach dosahu arteterapie aj na biologických, či ďalších psychických úrovniach. V neposlednom rade sme považovali za potrebné poukázať aj na oblasť spirituálnej roviny.

Zreteľ na telesnú schránku v rámci výskumu absentoval. Domnievame sa, že arteterapia cielená na rovinu telesného prežívania nie je natoľko rozšírená a etablovaná.

7.4 Vnímané špecifiká ľudí s traumou v procese arteterapie so zreteľom na liečbu závislosti

Získané dáta v spojitosti s trianguláciou poukazujú na vnímanú odlišnosť ľudí v procese liečby závislosti oproti ľuďom bez prekonanej traumy. Vnímaní klienti pôsobia krehkejšie či zraniteľnejšie. Sú zaznamenané odlišnosti v emočných prejavoch. Tieto zistenia potvrdzuje aj teoretická časť práce, ktorá pospisuje a zaznamenáva špecifiká ľudí s prežitou traumou na základe bio-psycho-socio-sprituálneho modelu vnímania človeka. Ako nevyhnutné sa javí dbať na potrebu prvotnej orientácie, na prijatie závislosti a zodpovednosti za ňu. Až následne sa vytvorí bezpečný priestor pre terapeutické spracovávanie traumy, a to z dôvodu, aby prípadné predčasné odkrytie traumy nebolo využité v prospech ospravedlňovania svojho užívania. Myslíme si, že daný poznatok je dôležitý pre efektívnu arteterapiu. Zároveň aj predchádza prípadnej retraumatizácií jedinca.

V rámci teoretickej časti bolo zaznamenané, že ľudia s DD v procese liečby môžu vykazovať určité špecifiká vo vzťahu k motivácii, relapsu či vypadnutiu z liečby. Výskum však nepreukázal odlišnosť u ľudí s traumou voči motivácií k liečbe. Zároveň však bol zaznamenaný dôležitý postreh, že jedinca, ktorí prekonali traumou a následne ju terapeuticky spracovali, môžu prejavovať vyššiu motiváciu k liečbe, prípadne motiváciu k abstinencii. Vo vzťahu k vypadnutiu z liečby výskum zaznamenáva, že trauma môže byť prekážkou, ak daný jedinec nie je pripravený hovoriť a môže pociťovať nátlak od arte/terapeuta či skupiny. Ako zaujímavý fenomén z výskumu možno poznamenať, že jedinec môže vypadnúť z liečby nielen fyzicky, ale aj psychicky tým, že prestane pracovať a zameriava sa na momentálne nie dôležité oblasti. Tieto získané informácie vnímame za prínosné. Pre arteterapeutov tak následne utvárajú priestor pre možnú prácu zameranú konkrétne na oblasti podpory motivácie, abstinencie či predchádzanie vypadávania z liečby.

Myslíme si, že na poli týchto oblastí absentujú ucelené poznatky či zosumarizovaný súbor techník, či metód, v rámci ktorých môže nastať pozitívny efekt. Avšak domnievame sa, že rozhodujúcim faktorom je terapeutický vzťah, celková osobnosť daného jedinca, ale aj charakteristika zariadenia.

7.5 Doplnujúce informácie

Tento výskum vykazuje aj určité doplnujúce informácie. Získané dáta ukazujú a zaznamenávajú celkovú citlivosť terapeutov na prípadnú existenciu traumatického zážitku. Možno hovoriť o vysokej citlivosti aj na potreby daných jedincov. Myslíme si, že daná citlivosť primárne vychádza z praxe, ale aj zo samotnej osobnosti terapeuta, či osobnej skúsenosti s traumou. Je otázne, nakoľko môže byť táto citlivosť nadobudnutá skrze teoretické učenie. Avšak v neposlednom rade vnímame, že terapeut danú citlivosť môže nadobúdať aj cez sebaskúsenostné výcviky, do ktorých môžeme jednoznačne zahrnúť aj areteterapeutický kurz či výcvik. Ďalšie získané dáta hovoria o vnímanej celkovo nízkej odolnosti súčasnej generácie na traumy, ktorá možno pramení z rýchleho životného štýlu a absencie prechodových rituálov. V závere bol zaznamenaný aj zaujímavý poznatok existencie oboch pólov šikany v procese liečby drogovej závislosti. Tieto uvedené poznatky možno označiť za špecifické a nové s ohľadom na uvedenú teoretickú časť

8 ZÁVER

Cieľom tejto práce bolo vytvoriť prehľad so základnými informáciami s ohľadom na možnosti arteterapie s ľuďmi s DD v spojitosti s PTSD a závislosťou na návykových látkach. Vytvoriť tak akúsi prvotnú príručku pre arteterapeutov, ktorá bude obsahovať základné informácie pre prvotné oboznámenie sa s danou DD až po samotné možnosti arteterapie. Myslíme si, že daný teoretický cieľ bol obsahovo naplnený. Následne výskumná časť bola orientovaná na primárny cieľ a čiastkové ciele.

Primárnym cieľom tohto výskumu je:

- ***Zistiť, aké prístupy využívajú terapeuti pri práci v rámci arteterapie s osobami s traumou a závislosťou.***

Čiastkové ciele:

1. ***Zistiť existenciu a charakteristiku traumy u ľudí s drogovou závislosťou.***
2. ***Zistiť, ako sa vzájomne ovplyvňuje existencia traumy a drogovej závislosti u jedinca.***
3. ***Zistiť špecifiká prístupu arteterapie u ľudí s danou DD.***
4. ***Zistiť špecifiká ľudí s danou DD v procese liečby.***

Myslíme si, že primárny cieľ výskumu bol splnený samotným naplnením čiastkových cieľov.

Cieľ č. 1. ***Zistiť existenciu a charakteristiku traumy u ľudí s drogovou závislosťou.***

Na základe výskumu vyplýva existencia traumy u ľudí v procese závislosti. Daná trauma nadobúda špecifický charakter so zreteľom na väzbu s danou konkrétnou osobou. Trauma vykazuje široké spektrum cez psychické aj fyzické týranie. Zároveň jej špecifikom je možný vznik v rôznom časovom horizonte života jedinca od prenatálneho obdobia cez detstvo až po dospelosť. Ukazuje sa, že traumy vzniknuté v detstve sú terapeutmi vnímané ako hlbšie a zložitejšie, celkovo u jedincov sú obťažnejšie spracovávané ako tie, ktoré vznikli v dospelosti. Traumy vzniknuté v dospelosti môžu nadobúdať chronický charakter. Možno zaznamenať aj samostatnú skupinu závislostí, ktorá vzniká v spojitosti s rodinou jedinca a v rámci jej vzťahových väzieb. Ako zaujímavá sa javí existencia traumatizácie skrze náboženské dogmy.

Cieľ č. 2. ***Zistiť, ako sa vzájomné ovplyvňuje existencia traumy a drogovej závislosti u jedinca.***

Z výskumu vyplynula jednoznačná existencia vzťahu medzi závislosťou a traumou. Tento vzťah možno označiť za podmieňujúci, avšak nie rozhodujúci, pre vznik či rozvoj jedného z ochorení. Dôležité je podotknúť, že daná charakteristika vzťahu sa viaže aj na osobnosť jedinca. V rámci daného vzťahu možno závislosť vnímať ako obranný mechanizmus voči prežitej traume. Dané tvrdenie tak potvrdzuje teóriu o tzv. sef medikácii.

Cieľ č. 3. ***Zistiť špecifiká prístupu arteterapie u ľudí s danou DD.***

Výskum ukazuje, že za najdôležitejší prvok v rámci prístupu arteterapie je samotný terapeutický vzťah či vzťah ku skupine založený na dôvere a prijatí. Následne v rámci arteterapie sa využívajú rôzne techniky ako napríklad: akčný akvarel, koláž, a pod., alebo metódy ako voľné asociácie, dynamika skupiny, a pod. Arteterapeutické metódy sú primárne zamerané na závislosť, a to skrze témy: vzťahy, rodina, vzťah k drogám a sebauvednenie. Práve pri téme vzťahy často „vyplávajú“ traumy. Trauma sa v arteterapeutickom procese nechávajú voľne vyplývať. Ako potrebný sa javí citlivý a rešpektujúci prístup s ohľadom na klientovu voľbu. V závere arteterapie sa dbá na abreakciu, korektívnu skúsenosť, prerábanie traumy a opätovné ukotvenie jedinca v prítomnosti.

Cieľ č. 4. ***Zistiť špecifiká ľudí s danou DD v procese liečby.***

Z výskumu vyplýva, že v procese terapie závislosti je v prvých stupňoch liečby nevyhnutná práca na prijatí závislosti a zodpovednosti za ňu. Arteterapia je tak situovaná až do druhej fázy liečby, kedy je možné terapeuticky spracovávať jednotlivé traumatické udalosti. Ak by terapeutické spracovávanie traumy prebiehalo v prvých fázach, môže nastať, že u jedinca bude traumatická skúsenosť vnímaná ako ospravedlnenie svojej závislosti či pokračovania v užívaní. Proces spracovávania traumy môže byť časovo náročný, zaberá niekoľko mesiacov či niekoľko liečení. Avšak je celkovo vnímaný ako postupný

a kontinuálny. Vo vzťahu k motivácií, je vnímané, že ak jedinec traumou terapeuticky spracuje, môže ho následne motivovať k liečbe a k udržaniu abstinencie. Vo vzťahu k vypadávaniu z liečby možno hovoriť o danej situácii vtedy, ak je na jedinca s traumou tlačené či už so strany terapeuta, či skupiny na jej spracovanie. Vypadnutie z liečby tak nemusí byť len fyzické, ale aj psychické, kedy sa jedinec odpojí zámerne od terapeutického procesu.

V závere možno doplniť, že jednotlivé ciele práce boli naplnené a zároveň sme získali nové poznatky obohacujúce danú tému. Arteterapiu vnímame ako citlivú formu komunikácie vhodnú práve pre traumatizovaných ľudí so závislosťou. Vytvára bezpečný priestor pre jej spracovávanie a prijatie a v neposlednom rade aj priestor pre následný posttraumatický rast. Myslíme si, že arteterapia má tak jednoznačne nezastupiteľný priestor v oblasti adiktológie. Zároveň však vnímame jej veľký a stále nie plne využívaný potenciál v procese liečby drogovej závislosti. Veríme, že už v blízkej budúcnosti sa ešte viac odhalí jej čaro a sila v prospech efektívnej práce v oblasti adiktológie.

Zhrnutie nových poznatkov:

- a) Existencia prenatálnych tráum.
- b) Potreba prehlbovania informácií a vzdelávania terapeutov v oblasti traumy.
- c) Potreba podrobnejšieho prebádania dynamiky vzťahu medzi traumou a závislosťou.

9 POUŽITÉ ZDROJE

Adamček, D., Richterová-Těminová, M. & Kalina, K. (2003). Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. In Kalina, K. a kol., *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (str.201 - 207). Praha: Úřad vlády ČR.

Bob, P., & Vymětal, J. (2005). Psychobiologické reakce na stres a trauma. Souborný referát. Praha: 1. LF UK a VFN.

Brisch, H. (2011). *Poruchy vztahové vazby*. Praha: Portál.

Curry, N. & Kasser, T. (2005). Can Coloring Mandalas Reduce Anxiety? *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 22(2) pp. 81-85.

Diabasis. Psychospirituální krize. Retrived: March, 18, 2015. from website: <http://www.diabasis.cz/psychospiritualni-krize/>.

Dorn, C. & Novoa. M. (2015, February 21). Co byste jste měli vědět o traumatu. Retrieved from http://www.akses.cz/online-course/muceni_texty.php?id=12.

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

Dvořák, D. (2003). Sociální rehabilitace. In Kalina, K. a kol., *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (str.63-69). Praha: Úřad vlády ČR.

EMCDDA. (2004). Komorbidita. Výroční zpráva za rok 2004: stav drogové problematiky v Evropské unii a v Norsku.

Farbiaková, I. (2008). Bariéry v pracovním uplatnění osob s dlouhodobým duševním onemocněním. *Sociální práce/Sociálna práca*. (1), 77-87.

Fišerová, M. (2003). Neurobiologie závislosti. In Kalina, K. a kol., Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup (str.96 - 106). Praha: Úřad vlády ČR.

Fitzpatrick, S., Kemp, P., & Klinker, S. (2004). Bezdomovectvo Prehľad výsledkov výskumu z Veľkej Británie. Kosteled nad Černý lesy : SV s.r.o..

Fridell, M. & Nilson, M. (2004). Komorbidita – užívanie drog a duševné poruchy. Pozornosť upriamená na drogy 14. EMCDDA.

Frouzová, M. (2003). Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti. In Kalina, K. a kol., Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup (str.124 - 129). Praha: Úřad vlády ČR.

Hájny, M. (2003). Rodinné faktory vzniku, rozvoje a udržování závislosti. In Kalina, K. a kol., Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup (str.140-144). Praha: Úřad vlády ČR.

Hájny, M. (2003). Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti. In Kalina, K. a kol., Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup (str.135-169). Praha: Úřad vlády ČR.

Hanes, M. (2007). “Face-to-Face” With Addiction: The Spontaneous Production of Self-Portraits in Art Therapy. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 24 (1) pp. 33-36.

Hašto, J. & Vojtová, H. (2012). Posttraumatická stresová porucha. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Hašto, J. & Vojtová, H. (2014). Posttraumatická stresová porucha. *Psychiatria pre prax*. 15(1): 22–25.

Hašto, J. (2006). Vzťahová väzba, pripútavacie správanie a psychiatra – psychoterapia. *Psychiatrie*. 10 (1), 28-32.

Hendl, J. (2005). Kvalitatívni výzkum. Praha: Portál.

Herman, J. (2001). Trauma a uzdravenie. Bratislava: Aspekt.

Holos. Arteterapie. Retrived: March, 18, 2015. from website: <http://www.holos.cz/sluzby-aktivity/celostni-lecba-rozvoj-osobnosti/holisticka-medicina/arteterapie>.

Hudecová, A. et al. (2009). Sociálna práca s rodinou. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela.

Jebavá, J. (1997). Úvod do arteterapie. Praha: Karolinum.

Jeřábek, P. (2008). Psychopatologie duální diagnózy. In Kalina, K. a kol. Základy klinické adiktologie. (str. 70-74). Praha: Grada.

Jirku, M. & Bičovský, O. (2007) Arteterapeutický ateliér v PL Bohnice II. *Arteterapie* 14.

Kafka, J. et al. (1998). Psychiatria. Martin: Osveta.

Kalina, K. (2008). Terapeutická komunita. Praha: Grada.

Katona, L. (2013). Problematika komorbidity u závislých. *Psychiatria pre prax*. 14(3): 142–144.

Klorel, P. G. (2014). Expresívna terapia pri závažnom zanedbávaní a pri poruchách attachmentu. *Časopis české arteterapeutické asociace*. 36 ,16-31.

Kolovecká, P. (2009). Slova mluvená obrazem: Arteterapie a závislost na základě vlastní zkušenosti. *Časopis české arteterapeutické asociace* (18).

Kudrle, S. (2003). Trauma a závislost. In Kalina, K. a kol., Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup (str.130 - 134). Praha: Úřad vlády ČR.

Lhotová, M. (2013). Chronické bolesti a arteterapeutická péče. *Psychiatrie pro praxi*. 14(3): 130–132.

- Liebmann, M. (2005). Skupinová arteterapie. Praha: Portál.
- Longauerová, A., Bačišínová, J., & Šanta, M. (2008). Posttraumatická stresová porucha. Prešov: Fakulta zdravotníctva Prešovská univerzita v Prešove.
- Lusberink, V. (2004). Art Therapy and the Brain: An Attempt to Understand the Underlying Processes of Art Expression in Therapy. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 21(3) pp. 125-135.
- Malchiodi, C. (2003). Art Therapy and the Brain. In Malchiodi, C. (eds.), *Handbook of Art Therapy* (str. 16-24). New York : The GuilfordPress.
- Millerová, G. (2011). Adiktologické poradenství. Praha: Galen.
- Minařík, J. & Hobstová, J. (2003). Somatické komplikace a komorbidita – infekční hepatitidy a AIDS. In Kalina, K. a kol., *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup* (str.229-231). Praha: Úřad vlády ČR.
- Minařík, J. & Řehák, V. (2008). Somatické komplikace a komorbidita. In Kalina, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. (str. 88-92). Praha: Grada.
- Miovská, L., Miovsý, M. & Kalina, K. (2008). Vymezení pojmu psychiatrická komorbidita. In Kalina, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. (str. 75-76). Praha: Grada.
- Miovský, M. & Bartošíková, I. (2003). Možnosti a medze psychoterapie v léčbě závislostí. In Kalina, K. a kol., *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (str.25 - 29). Praha: Úřad vlády ČR.
- Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada.

Miovský, M., Bartošíková, I. & Kalina, K. (2003). Terapeutický vztah. In Kalina, K. a kol., *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (str.30 - 35). Praha: Úřad vlády ČR.

MKN – 10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. aktualizované vydání k 1. 1. 2013. (2013). Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Praha.

Muller, O. (2005). *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého.

Mušinská, J., Živčáková, I. & Živčák, J. (2013). Návrh metodiky biochemických principů pro telesné postihnutých na základe arteterapie. *Transfer inovácií* 25, 197-203.

Nešpor K. (2011). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.

Nešpor, K. (2003). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.

Nevšímal, P. (2004). Neverbální techniky v terapii závislých. *Časopis české arteterapeutické asociace*.(4).

NMS (2010). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010*. Praha: NMS.

Ondriášová. M. (2005). *Psychiatria*. Martin: Osveta.

Paintner, V. (2007). The Relationship Between Spirituality and Artistic Expression: Cultivating the Capacity for Imagining. *Spirituality in higher education*. (3)2,1-6.

Pastucha, P., Praško, J. & Cinculová, A. (2011). Patologická disociace – je, či není?. *Psychiatrie pro praxi*.12(4): 162–165.

Pečtová, K. (2013). Reprezentace vztahové vazby u drogově závislých pacientů. *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika*. 20 (2), 26-30.

Pekarovičová, S. (2012). Injekčné užívanie drog a chudoba. Retrived: February 20, 2015 from website: http://www.odyseus.org/index.php?option=com_content&view=article&id=133&Itemid=179>.

Piliarová, M. & Radačovská, L. (2009). Možnosti využitia arteterapie v rámci komplexnej liečby závislosti od alkoholu. In Šlosár D. (ed.) et al. *Drogová prevencia v sociálnej práci*. Košice: Košický samosprávny kraj.

Potmešilová, P. (2010). Arteterapie, Artefiletika. In Potmešil, M. a kol. *Učební texty (157-181)*. VCIZP.

Praško, J., Pašková, B., Soukupová, N. & Tichý, V. (2001). Posttraumatické stresové poruchy. *Psychiatrie pro praxi*. 4, 157-160.

Priess, M. (2009). Trauma a posttraumatický rust. *Psychiatria pre prax*. 10 (1), 12 – 18.

Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1999). *Psychoterapeutické systémy*. Praha: Grada.

Raboch, J. et al. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galen.

Raszka, M. & Praško, J. (2008). Depersonalizace a derealizace – současné nálezy. *Česko Slovenský Neurologický N* ; 71/104(3).

Reddemann, L. (2009). *Léčivá síla imaginace*. Praha: Portál.

Rubínová, J. (2008). *Přístupy varteterapii*. Praha: Triton.

Ruppert, F. (2008). *Trauma a rodinné konstelace*. Praha: Portál.

Řičan, P. (2006). *Spirituální identita české psychologie 2006*. Praha: Psychologický ústav AV ČR.

Sananim. (2007). *Drogy otázky a odpovědi*. Praha: Portál.

Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf.

Spaniol, S. (2003). Art Therapy with Adults with Severe Mental Illness. In Malchiodi, C. (eds.), *Handbook of Art Therapy* (str. 268-280). New York : The Guilford Press.

Šicková-Fabrici, J. (2002). *Základy arteterapie*. Praha: Portál.

Štastný, M. (2012, March 14). Duševní nemoc zasáhne celou rodinu. Retrived: February 20, 2015 from website: <http://www.lidemezilidmi.cz/well-being/dusevni-nemoc-zasahne-celou-rodinu>.

Štefan, J. (2010). Špeciálnopedagogická terapia – arteterapia, komponent špeciálnopedagogického poradenstva a edukatívnej rehabilitácie jednotlivcov so zdravotným znevýhodnením. In Vančová A., Tarcsisová, D. & Šuverová, S., *Trendy a nové výzvy v špeciálnej pedagogike* (157-181). Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave.

Štěchová, Markéta. (2008). Úvod. In Štěchová, M., Luptáková, M., & Kopoldová, B., *Bezdomovectvo a bezdomovci z pohľadu kriminológie*. Praha.

Švaříček, R., Šed'ová, K., et al. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.

Tassin, P. (2009). *Neurobiologický výskum drog: etické a strategické dôsledky. Pozornosť upriamená na drogy*. Luxemburg: EMCDDA.

Ústav zdravotníckých informací a statistiky ČR (2004). *Psychiatrická péče 2003*. Praha: ÚZIS.

Vizinová, D. & Preiss, M. (1999). *Psychické trauma a jeho terapie*. Praha: Portál.

Vodráčková, P. (2012, February 21). Citová vazba a závislost. Retrived: February 20, 2015 from adiktologie website: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/3465/Citova-vazba-a-zavislost>.

Vojtová, H. (2006). Pierre Janet: Priekopník poznania o traume a disociácii. *Psychiatria*, (13), 138-140.

Weaver, T., Charles, V., Madden, P., Renton, A. (2002). Co-morbidity of Substance Misuse and Mental Illness Collaborative Study (COSMIC). A study of the Prevalence and Management of Co-Morbidity amongst Adult Substance Misuse & Mental Health Treatment Populations. London: Imperial College of Science.

Wilson, M.. (2003). Art Therapy in Addictions Treatment: Creativity and Shame Reduction. In Malchiodi, C. (eds.), Handbook of Art Therapy (str. 281-293). New York : The Guilford Press.

10 PRÍLOHY

10.1 Príloha č. 1 – Prepis rozhovorov

10.1.1 Prepis rozhovoru č. 1

„Stretávate sa u ľudí vo vašom zariadení s traumami? Ak áno, ako vyplývajú na povrch?“

„Áno, nie u všetkých, ale určite u značného percenta áno.“

„Máte nejaké vedomosti, či u pacientov nastáva rozvoj posttraumatickej stresovej poruchy, zaznamenávate to nejakou diagnostikou? Stretávate sa, že by u tých klientov bolo rozvinuté štádium posttraumatickej stresovej poruchy?“

„Ja si myslím, že ono to je strašne schované už pod nánosom tej závislosti. Tam je už všetkých rozvinutá závislosť, alkohol, lieky, drogy a pod tým si myslím, že je potom už skôr ta PTSD v tej chronickej podobe, skôr tak by som to videla. Myslím si, že vo väčšine prípadov už je to dlhodobá chronická záležitosť, ktorá je schovaná pod tou závislosťou. Je tu minimum alebo ja som zažila veľmi malé percento tých, ktorí prišli skutočne hneď po tom čo prekonal traumatický zážitok, to si myslím že je omnoho menej. Oveľa väčšie percento je tých, u ktorých je dlhodobá záležitosť, ktorá je už dávno prekrytá závislosťou.,,

„A s akými témami traum sa najčastejšie stretávate?“

„Rozpady vzťahov. Čo sa týka detstva, tak sa objavujú samozrejme zneužívania, objavuje sa týranie, objavujú sa zážitky obvyklej trestnej činnosti ako znásilnenie a tak, to všetko tu je. A čo mi príde zaujímavé je to napríklad téma šikanovania, mám pocit, že sa nám tu stretávajú oba póly, ako deti, ktoré sa k šikanovaniu uchýľujú ako aktéri, tak aj obeť. Takže sú tu obe. Oba póly sa ocitnú na pozícií závislosti.“

„Vnímate traumy pred vznikom závislosti a v priebehu života so závislosťou?“

„Áno, určite obidve.“

„Sú medzi nimi nejaké odlišnosti? V oblasti tém?“

„Myslím, že u týchto tráum, čo som sa stretla, tak vo väčšine prípadov stali pred rozvojom závislosti, a tak sa mohli opakovať už vlastne ako dôsledok alebo súčasť toho životného štýlu ktorú si tá závislosť nesie. Ale ten primárny zážitok, to, myslím si, že vo väčšine prípadov to predchádzalo.“

„Čiže tam bola prvotná tá trauma.“

„Nemyslím, že to bola jediná príčina drogovej závislosti ale, že to bol pred to asi áno.“

„Ako reagujete, v rámci arteterapeutického prístupu, keď sa objaví tá téma : trauma?“

„Je to troška zložité, pretože ja s tým pracujem iným spôsobom než arteterapeutickou technikou. Viem, že existujú techniky, ktoré by tomu pomohli, ale keďže sa necítim odborníkom v rámci arteterapie, tak sa priznám, že nesiaham po týchto technikách, ale používam iné. Používam potom samozrejme načúvanie, psychodrámu, skupinovú dynamiku, všetko to tam je. Ale priamo atreterapeutickú techniku, to by som si netrúfla. Ale spolupracujeme práve s arteterapeutkou, ktorá tu arteterapeutické skupiny robí. Len si prenášame informácie, a ak sa niečo také objaví tak potom ju samozrejme na to upozorním, ona už povie čo vidí, v rámci tých skupinových aktivít a ono sa to potom prelína a kombinujeme to. Takže ak to nerobíme my v rámci arteterapie,, tak to ona nejakým spôsobom spracováva.“

„Vnímate nejaké špecifiká u ľudí, ktorí sa liečia zo závislosti a prekonalí traumou oproti iným, ktorí traumou možno nezažili?“

„Neviem ako to myslíte.“

„Možné špecifiká napr. v rámci osobnosti, vzťahu k liečbe, náchylnosť k relapsu alebo v rámci motivácie.“

„Á takto. Nemyslím si, že by to hralo zásadnú úlohu, že by tam bol rozdiel, že ľudia s traumou majú väčšiu pravdepodobnosť úspechu ,to si nemyslím že je zásadné. Do toho vstupujú potom ďalšie veci. Osobnostné, je to na osobnosti pacienta. Aká za ním stojí rodina, aké má skúsenosti s primárnou rodinou, aké zážitky si prináša z vrstovníckych vzťahov, tam toho je strašne veľa, jeho temperament, jeho vlastnosti, tam vstupuje do hry strašne veľa fenoménov, takže by som to nerozlišila.“

„A čo sa týka motivácie k liečbe?“

„Ona formuje správanie toho človeka, jeho myslenie, to všetko áno, ale nemyslím si, že sa to dá oddeliť od toho ostatného, čo som hovorila pred tým . Možno kolegovia to budú mať inak, ale už ma nič nenapadá. “

„Ako pracujete, alebo ako ďalej postupujete ak sa objaví trauma?“

„Tak to sú hlavne témy, na ktoré sa ja, nikdy nezameriavam na začiatku liečby. To sú témy, ktoré nechávam úplne voľné, aby vyplynuli až približne v druhej až tretej fáze liečby. Primárne je to liečba závislosti. Takže ja na začiatku liečby kladiem dôraz na to, aby si ten pacient uvedomil, že je závislý, aby tuto informáciu skutočne vnútorne prijal, aby sa stotožnil s tým, že proste je závislý. A aby prijal dôsledky, ktoré táto závislosť priniesla. To je jednoznačne zásadné. A až potom, v ďalšej dobe, tam vlastne tie arteterapeutické techniky i máme. To tak máme koncipované, že používame v druhej fáze, až vlastne v druhej polovici liečby. Dá sa povedať, že tam potom záleží viac na skupinovej dynamike. Tam je najdôležitejšie, aby v skupine bola dôvera, bezpečie, aby bolo ovzdušie aby ty ľudia skutočne verili tam môžem, že môžu vystúpiť s tým čo ich bolí, aby sa nemuseli obávať zverejnenia tých tém, že je tam citlivý prístup atď, atď . A prečo to nechávame druhú fázu? u závislých ľudí totiž hrozí veľmi reálne nebezpečne, že pokiaľ si nepripustím, že som závislý, tak hľadám samozrejme dôvody prečo piť, prečo hrať. A ak odkryjeme traumy, tak ten závislý, ktorý je nekritický to začne používať a začne to používať veľmi masívne. A sú to potom ľudia ktorí brázdia liečebne, sú to potom opakované liečby a oni s tým vyrukujú potom ako s triumfom, mne sa stalo „toto... preto ja pijem, beriem“. Ja si na to dávam veľkého majzla a nepodporujem ich v tom pokiaľ nemám pocit, že ten človek je kritický a prijíma zodpovednosť.“

„Čo je ešte potrebné povedať, čo ešte nebolo povedané alebo máte nejaké ďalšie postrehy? „

„Myslím, že to sa týka práce s tými ľuďmi vonku. Než tu na nás, tu na nás to nejakým spôsobom je, ale ja považujem za úplne najdôležitejšie to čo som povedala teraz na konci. Aby to fungovalo u všetkých inštitúcií, ľudí ktorí sa zaoberajú liečbou závislostí , neziskových organizácií, doliečovacích centier, K centier. Aby bol kladený dôraz na ochorenie závislostí, pretože v okamžiku, kedy oni začnú rozvíjať najprv tie traumy , tak tí ľudia to skutočne zneužívajú. Oni to zneužívajú, pretože si s tým obhajujú svoje užívanie, pitie . To mi príde najdôležitejšie. Nie, že robím, že to neviem, ale najprv musí ten človek prijať zodpovednosť za

to že pije a berie, a chcieť s tým niečo robiť. A potom môžem ísť po príčinách a potom môžem hľadať všetky ďalšie veci a potom s tým môžem pracovať, to mi príde najdôležitejšie.“

10.1.2 Prepis rozhovoru č. 2

„Objavujú sa nejaké témy traum u vašich klientov, stretávate sa s nimi?“

„Objavujú sa veci, ktoré sú, nepovedal by som úplne ako časté, ale objavujú sa veci, ktoré sú buď staré veci z detstva, ktoré súvisia s výchovou. Potom sa tu objavujú veci, ktoré tí ľudia zažili práve v kombinácii zneužívania alkoholu ako dôsledok traumatizácie, ako dôsledok toho že to nemohol uniesť.“

„Teda vnímate u klientov traumy pred závislosťou a počas života s ňou?“

„Áno, presne tak, sú to traumy ktoré nejako to spojuje a jednou z možných spúšťačov, prečo tí ľudia sa potom na tú drogu obracajú. A potom sú traumatizácie, ktoré sú spojené i s tým samotným spôsobom života, ktorý sa vedie.“

„A vnímate medzi nimi nejaké rozdiely? V oblasti tém o tých traumách, možno i u ich prežívaní?“

„Tie rozdiely sú evidentné, a to v tom, kedy to nastupuje. Áno, väčšina tých traum sú v tej výchove. Potom sú ranné, nastupujú a zasahujú tú osobnosť ešte nepripravenú, nemá dostatočnú adaptívnu schopnosť vyrovnávať sa s tými traumami. A väčšinou sú o to hlbšie, zložitejšie a tak nejako, je to obťažné, terapeuticky dosiahnuteľné. Na druhú stranu tie traumatizácie, potom v rámci zneužívania drog, u tých ľudí, ktorých pristupuje v tom živote neskoršie, tak majú tendenciu byť skôr chronické. Sú to napríklad opakované bitie ženy, ktoré potom pijú alkohol alebo to môžu byť nejaké kumulatívne prvky, úmrtie v rámci ďalšieho časového horizontu, u ktorým si ten jedinec nedokáže poradiť. I keď v tom detstve sú to aspoň z môjho pohľadu častejšie jednorazové záležitosti, ale nie je to pravidlo. Samozrejme, sú aj v detstve týrané deti, traumatizované, kedy to trvá roky a kedy sa s tým dlhodobo vyrovnávajú.“

„Ako reagujete keď sa objaví téma traumy v arteterapii?“

„Pokiaľ sa objaví trauma, v prvom rade sa snažíme vyhnúť retraumatizácii. To znamená vyhnúť sa nejakým príliš detailným a neprimeraným spôsobom alebo násilne otváranie toho

traumatu znovu do príčiny, a akoby návrat toho pacienta. Vtedy je potrebné nájsť nejaký individuálny spôsob ako mu pomôcť vyjadriť tú traumu tak, aby to bolo za neho a s jeho ochotou hovoriť o tých veciach. A ako mu neublížiť, už keď sa tej traume dotkneme.“

„Môžete to priblížiť na nejakom konkrétnom príklade?“

„Tak, dajme tomu, tak jedna pacientka, ktorú som tu nedávno mal, tá prežívala v priebehu detstva opakovanú traumatizáciu svojou matkou alkoholičkou. Nebolo to jednorazové, ťahalo sa to roky. Ona bola veľmi traumatizovaná tým, ako tá matka opakovane v priebehu tých večerov žila spôsobom, ktorý bol, a ktorý viedol k tomu, že tie deti neboli zaobstarané. Bol neporiadok v tej domácnosti. A táto dievčina to riešila tak, že sa snažila proste o to, aby tam nedochádzalo k tým sporom medzi rodičmi, aby tam neboli tie hádky, ktorých sa bála ešte viac než toho samotného sporu. Tak to začala riešiť tak, že keď všetci šli spať, ona sa v noci prebudila a začala robiť poriadok, aby doma bolo všetko v poriadku, aby bolo všetko OK. Aby predišla tým sporom. To sme nevedeli, len to, že v s tou matkou bolo niečo v neporiadku. Na začiatku tej terapie pacientka o tom nechcela hovoriť a my v rámci techniky, ktorej sa hovorí graf závislosť – spokojnosti, to nie je čisto arterapeutická technika, ale skôr deskriptná technika využívajúca nejakého grafického znázornenia toho vývoja, tej spokojnosti a závislosti, tak sme na to samozrejme narazili. Tá pacientka chcela hrozne rýchle prejsť prvých 15 – 18 rokov života s matkou, s tým že detstvo bolo v pohode, detstvo bolo bezproblémové. A tá cesta bola vlastne v tom, že bez toho, že by sme ju nejakou nútili do toho, aby o tom hovorila, tak sme sa len pýtali na nejaké veci, ktoré v tom detstve mohla zažiť, keby to detstvo bolo pokojné. Tak napríklad, kam ste chodili na výlety, čo ste robili? Je to skôr o tom, všimnúť si tých drobností a dopytovanie sa na to, čo tak nedávalo veľmi zmysel až do tej chvíle, kedy bolo jasné, že tá pacientka buď proste začne o niečom hovoriť, že sme sa dostali do bodu, kedy sme mohli priamo osloviť alebo ona začne o tom priamo hovoriť. V podstate dostala priestor, k tomu nejakou to po prvé vysloviť. Samozrejme, bavili sme sa aj o tej jej hanbe, ktorú ona potom mala, za tú celú jej domácu situáciu. Že sme jej dali priestor, aby proste povedala nahlas za čo sa to vlastne hanbila, čo sa to vlastne dialo, keď ona vlastne hovorila, že bolo v poriadku, teda to jej detstvo. Dostala teda bezpečný priestor, dostala to uistenie, že keď už sa tam dialo čokoľvek, tak je na mieste, kde to môže povedať nahlas, a že to nebude znamenať, že by tá jej mamka bola zlá alebo že by tá jej mamka bola stále taká. Ale, že to môže povedať nahlas čo sa vlastne dialo v tom detstve. Dostala uistenie spoločnosti, bezpečný priestor na skupine, možnosť otvoriť sa a to, čo ju v detstve tak trápilo

a čím sa cítila traumatizovaná. Bolo to prvé po 30 čo vôbec s niekým hovorila o tom zážitku, tej skúsenosti.“

„Vnímate nejaké špecifiká u ľudí, ktorí prežili traumy a u ľudí so závislosťou, ktorí ju nezažili?“

„Je tu možno vidieť akási vnútorná krehkosť. Poznáte sa to práve vďaka tomu, že vo chvíli kedy by ste to nečakali že budú nejako emočne reagovať tak oni reagujú veľmi, veľmi neprimerane. Potom je to samozrejme vyhýbanie sa určitým témam, uzavretosť voči určitým témam, bagatelizácia niektorých častí toho ich života ako by tam nič zaujímavé nebolo akoby sa snažili odvieť tu pozornosť od toho čo sa za tu dobu udialo.“

„A vnímate nejaké ich odlišnosti vo vzťahu k liečbe, motivácií?“

„To by som úplne nepovedal. Čo sa týka liečby, je to hlavne o tom, že sú ľudia, ktorí sú v podstate primárne nastražený voči tým možným, zraňujúcimi otázkami. Ako by to bolo vyšetrovane tej situácie, ktoré sa deje. Asi skôr to, že aj vďaka svojej uzavretosti a krehkosti sú nastražený a niekedy obťažne dostupný. Ale že by sa nejako odlišovali motiváciou, to si úplne neuvedomujem. Pretože tá motivácia je všeobecne proste u tých pacientov skôr vonkajšia, či už sú traumatizovaní alebo nie sú. A až v priebehu liečby sa to potom začína presúvať u niektorých, ale nie je to pravidlo. Ma napadá, že pokiaľ sa dobre podarí osloviť tú traumu, keď ten pacient získa tú dôveru a vidí, že sa dá o tých veciach hovoriť, tak majú potom väčšiu šancu mať skutočný dôvod, prečo niečo nerobiť, prečo nepiť, prečo nefetovať, pretože tá trauma prestane byť tým dôvodom pre tú konzumáciu, niekedy.“

„A vnímate rozdiel v rámci vzťahu k vypadávaniu z liečby?“

„Nie, neuvedomujem si vôbec, výrazné vypadávanie z liečby. Výrazne viac vypadávajú ľudia z liečby, ktorí sú v liečbe len z vonkajšej motivácie, alebo z nejakých dôvodov ziskových nastupujú. Pretože, keď absolvujú liečbu, tak budú mať nejaké výhody v živote. Ale že by vypadávali viac ľudia traumatizovaní, to určite nie.,,

„Ako pristupujete v rámci arteterapie, keď sa objaví trauma?“

„Traumy sa objavujú na rôznych úrovniach. Ono to nie je tak akože by tu bola vyslovene jedna technika, ktorá je dobrá pri práci s traumami. Trauma sa vám môže objaviť kedykoľvek, môžete ju načať pri rozhovore s tým pacientom, môžete ju načať projektívnou technikou, môžete ju načať v rámci psychohrátok. Aj v rámci jednoduchého pozorovania toho pacienta

v tej situácii, kedy mu to pripomenie, tú jeho traumatickú skúsenosť. Takže sa nedá úplne povedať, že tu boli vyslovene techniky, ktoré sú na to zamerané. Ale, samozrejme, väčšia pravdepodobnosť je, že keď bude pracovať s technikami, ktoré obsahujú väčšie množstvo nevedomého potenciálu, to sú tie projektívne techniky a tie sú napríklad akčný akvarel, koláž alebo nejaké psychohrádky, ktoré vlastne akoby nie sú cielené primárne ako terapeuticky, ale sú skôr zacielené na uvoľnenie, tak tam sa môže to objaviť. Skôr, než keď budete s tým pacientom hovoriť a skôr, než sa ho budete dopytovať alebo len viesť rozhovor okolo aktuálneho problému, tam sa to objaví najčastejšie.

To sú adaptované arteterapeutické techniky, ktoré tu používame v rámci druhého stupňa liečby. Pacienti majú nejaké témy o ktorých si myslíme, že sú nosné pre tú liečbu alebo pre závislosť. Sú to rodina, vzťahy, vzťah k drogám, sebavnímanie. Sú to základné témy, ktoré sa nám opakujú, tieto témy vypracujú samostatne, podľa vlastnej vôle. Takže tieto techniky pacient vypracováva sám, ale samotná interpretácie alebo práca s tým výtvorom, ktorý je už hotový, je potom v rámci skupiny. V rámci skupiny sa s tým pracuje, najprv na úrovni dojmu, ktoré tie diela vyvolávajú u tých druhých, voľnou asociáciou. Potom u niektorých technik sa využíva i prevedenie do psychodramatu ako u Adama a Evy – čo je akčný akvarel sa tá situácia rozohráva v skupine, kedy tí pacienti sa snažia z toho východiskového bodu, ktorý stvárnil ten pacient pokračovať ďalej v tej situácii. Čiastočne podľa toho, aké tie informácie už majú dopredu od toho pacienta z predchádzajúcich technik a ako si mysleli, že by on mohol reagovať. To je taktiež spôsob, ako sa tie témy potom preberajú, ďalej niekedy tí pacienti potom požiadajú o individuálny rozhovor o tom, čo sa tam vlastne deje, čo sa im tam zobrazuje na tej koláži či diele.“

„Čo považujete za dôležité povedať na záver?“

„Tak ako si to zrovnávam, ja v sebe ohľadom traumatizovaných ľudí, tak na tej stupnici traumatizácie a schopnosti sa nejako adaptovať na to, čo sa mi vlastne v tom živote deje, tak sú pre mňa ľudia, ktorí sú závislí, sú zároveň omnoho viac zraniteľní ako ľudia, čo sú síce tiež traumatizovaní, ale nejakým spôsobom tie drogy v ich živote nehrajú rolu. Takže z môjho pohľadu tá celková odolnosť toho jedinca, ktorý je traumatizovaný a potom to rieši drogovou závislosťou je nižšia, tí ľudia sú proste krehší a je potrebné byť viac opatrný v prístupe k týmto ľuďom, pretože tam predsa len je väčšie riziko toho, že by sa mohlo toho človeka znova poškodiť, vytvoriť tak maladaptívny spôsob riešenia tej traumy.“

10.1.3 Prepis rozhovoru č. 3

Objavujú sa u Vašich klientov témy traumy?

„Traumy určite.“

„Pokiaľ áno, aké sú to?“

„Dnes tá populácia je, povedal by som, že citlivá, že to čo skôr brali ľudia ako by život dnes už označujú za traumy, odchod blízkych, rodičov. Hovoria o tom, ako sa po odchode zrútili, ale najčastejšie to budú skutočné nejaké znásilnenie, zneužívanie v detstve, tak skutočné to môžu byť aj ťažké havárie. Jedna pani prežila haváriu, mala asi 20 operácií.“

„Vnímate rozdiel u tráum, ktoré vznikli v detstve alebo v dospelosti počas užívania?“

„S tými detským sa pracuje horšie, dlhšie to trvá. Pokiaľ sa k tomu dostane, pokiaľ si je ten človek ochotný ju priznať a uvedomiť, pretože má pocit, že to je dávno za ním, že to je prikrýté, že si našiel nejaký obranný mechanizmus, ale keby fungovali, tak tu nie je, no on to tak má.“

„Teda ten obranný mechanizmus môže byť tak tá samotná závislosť?“

No ono to tam prešlo, i tá závislosť, abusus môže napomáhať k tomu, že na to potom nemysli, a že sa tým nezaobrá aspoň občas. Samozrejme, že si tým urobí veľa starostí a problémov, tým že pije alebo berie drogy, tak má iné starosti. Skutočne, koľkokrát existenčné, ale to je neuvedomované.“

„Ako pracujete, reagujete, keď sa dané témy objavia v rámci arteterapie?“

„Tak často je problém vôbec udržať pacienta pri tej téme. On sa toho dotkne a má tendenciu utekať od toho. Od toho máme štyri základne arte témy, s ktorými pracujeme, tak v tej rodine, koláž rodiny alebo Adam a Eva. Takže sa na to príde prevažne pri rozbere toho arteterapeutického diela.“

„Vnímate, teda väčší prietor pre odhalenie tráum skrze arteterapiu?“

„No, určite áno, určite rozširuje to možnosti. Hlavne ak je to cieleňá téma, tých tém terapeutických je veľa. Keď tuším a väčšinou to tuším, tak vediem k tomu tie otázky a väčšinou to tam niekde je. Ten dotyčný ujo alebo otec už sú dostatočne ďaleko, už tu nie je ten ohrozujúci prvok, potom sa s tým pracuje.“

„Na čo ďalej kladiete dôraz?“

„Keď robíme skupinovú, tak pacienta ochrániť, zamedziť situácií, kedy by si on alebo ja nevedel potom rady. Netlačiť, neunáhliť to, viesť to k tomu, aby bol vôbec ochotný sa zveriť, pretože to nie je jednoduché pred skupinou. Výnimočne sa stane, že sa to povie v súkromnom rozhovore, tak mi ho potom vedieme, aby to do skupiny vrátil, aby sa tam dalo niečo odžiť.“

„Ako to prebieha v rámci skupiny?“

„Keby sa nejaká situácia mala prehrávať, ale to nemôže hneď, potom v skupine je potrebná celá dôvera, aby mohlo dochádzať k abreakcii priamo tam, aby si mohol pacient vyventilovať tie negatívne emócie na tú osobu. Tam si ju niekde spirítomníme a ona, on tam môžu sa zameriavať, povedať si, prežiť tak abreakciu. Je do dlhodobejší proces, kedy sa vracia k tej danej téme. Málokedy je to, ide hneď na prvýkrát. V prvom rade ten pacient musí vedieť, mať dôveru v terapeuta, v skupinu, aby vôbec tam mohol hovoriť, ale i tak to ide ťažko.“

„Ako pristupujete v rámci arteterapie?“

„Nie som arteterapeut, ale využívame tie techniky preto, že sme si ich tam zadali. Nie sú špeciálne pre traumatické záležitosti, ale ono to niekedy vyskočí. Pri spracovávaní danej témy sa ukáže, že to tam je, niekedy to tuším, väčšinou, ale niekedy to tam vylezie. Vytvorí sa priestor, kedy to môže vyliezť, vyplávať navrch.“

„Ako ďalej postupujete?“

„Ja to musím riadiť, mať terapeutický zámer a nejako to v tom udržať. Nemôžem to nechať na skupinu úplne, až potom, samozrejme, musím upozorniť na povinnosť mlčanlivosti, zopakovať, že sa tam deje niečo citlivé. A tá pozitívna korektívna skúsenosť môže nastať až na koniec. Napríklad, keď tá žena by sa zverila a hovorí, že sa cíti špinavá a bezcenná, môže dostať prijatie cez to všetko, môžu ju mať radi, môže byť zaujímavá, príťažlivá i napriek tomu, že to povedala.“

„Dávate tak väčší priestor tomu človeku.“

„V tú chvíľu áno, inak tým, ako to tu je štruktúrované, nemôžem na dva mesiace zamestnať tú skupinu jedným človekom. To v tomto systéme nejde, ale môžem po liečbe. Ono to nevylieza hneď. Arteterapeutické témy máme na konci 2. stupňa, po dvoch mesiacoch. Môžem potom odporučiť doliečovanie alebo skupinu, keď sa to nepodari alebo to nie je dotiahnuté.“

„Postrehli ste špecifiká u týchto pacientov?“

Tým som sa nezaoberal.

„Možno, nejaké špecifika v oblasti osobnosti, v rámci vypadávania z liečby, motivácie?“

„No vypadnutie z liečby, keď človek o tom nedokáže hovoriť, skupina a terapeuti tušia a príliš by tlačili. Človek sa tzv. zasekne a odchádza, to áno, to by asi platilo, to sú skôr fantázie, keď o to nepovie.“

„A v oblasti motivácie?!”

„Oni sem neprichádzajú preto, aby si liečili traumy, oni tu idú na základe tých dôsledkov. Málo kto je tak uvedomelý, „pijem, to je zle, idem sa liečiť“. Až tie dôsledky ich väčšinou doženú, rodina, strata zamestnania, strata bývania, to je väčšina. Tí, ktorí tomu rozumejú a majú nadhľad a sú tzv. ešte v pohode, je minimum. Vždy je tam nejaký impulz z vonku. My to máme v tom systéme tak, že sa nejde po tých dôsledkoch toho abuzu, ale po príčinách, preto máme šancu na to naraziť. Ono to nie je vždy nič ťažkého, žiadny strašný prežitok proste, dnes sa žije tak- zábava. A tak dlho pije, až sa stane závislým,, alebo s tými drogami, s marihuanou. Dnes sa to toleruje, a v tom prostredí sa vyskytne tak to skúsi a podľa toho, či je citlivý k tej droge „tak buď áno alebo nie. Buď je to experiment, alebo v tom pokračuje a nič strašného v tom nebolo. Mám pocit, že ľudia sa už zrútia pre čokoľvek.“

„Vysvetľujete si to nejak?“

„Ľudia na tú záťaž nie sú zvyknutí. Všetko je ľahšie, ten život, uľahčuje sa to, dlhšie sa držia u rodičov. Často u tých blízkych úmrtí im neumožnia rozlúčenie, tí rodičia to ospravedlňujú tým, že by ich to stresovalo, že sú mali, a tak ho nezoberú na pohreb babičky a k tomu faktickému rozlúčeniu nedôjde koľkokrát. K tomu rituálu.“

„Vnímate niečo za potrebné k danej téme dodať?“

„To prostredie, tých závislých si nemyslím, že je úplne ideálne pre liečbu traumy, ale deja sa to, lebo je to potrebné. Ako sa to zrkadli, tak oni často sú potom až extrémne kritickí. Sú ľudia, ktorí o tom nechcú hovoriť. Takže neviem, či je to úplne ideálne prostredie, ale viac menej robme to, keď sa na to príde. A každý to robí po svojom, nie je na to nejaký manuál, každý ako to má, proste. Kto ako je vyškolený, kto má akú terapeutickú skúsenosť alebo výcvik, tak podľa toho, asi to je aj možno osobná skúsenosť, samozrejme. Asi je rozdiel, keď niekto má životnú skúsenosť dlhšiu alebo keď je takto po škole.“

„Myslíte, že je potrebné venovať sa vzdelávaniu aj v oblasti traumy?“

„Či je to potrebné? No asi by to bolo prínosom, ale nie je to väčšina klientov. Percentá sa neodvážim odhadovať, pretože mnohým sa to privodilo ako dôsledok závislého života, keď sa dievča pohybuje v takej spoločnosti, nie je to náhoda, že sa jej to môže stať, že ju znásilnia. To sa taktiež deje, ale na percentá ťažko. Možno to nie je ani desať z mojich skúseností alebo o tom potom ani nehovorí. A niektorý, to čo on vníma ako niečo hrozného, oni o tom hovoria, ako keby sa nič nedialo, to sú extrémny. Nevie, či to má tak odstrihnuté alebo je to tou osobnosťou.

Asi to prijímajú ľahšie, myslím, keď je to v závislosti ako pred, Je pravda, že som mal dievča, bola na heroíne, znásilnená a ešte niečo a hovoril som si, čo mám robiť skôr, čo skôr? Keď sa to môže vzájomne všetko podmieňovať.

Takže určite nejakú ochutnávku určite, určite by to mohlo prispieť. Ale nevnímam to ako nosné, aspoň za tú dobu, čo to robím. Že by to prevažovalo, že by to bola podstatná časť, ale je to oblasť, ktorá stojí za povšimnutie. To hlavne budú témy, rodina a osobnosti ľudí, ktoré sa môžu formovať tou rodinou.“

10.1.4 Prepis rozhovoru č. 4

„Objavujú sa u vašich pacientov traumy?“

„Áno, často.“

„Aké sú to témy?“

„Sexuálne zneužitie veľmi často u dievčat, u chlapcov menej, ale tiež som sa stretla. Potom samozrejme traumatizácia od rodičov, ktorí sú alkoholicy alebo narkomani v podobe fyzického napadania. Agresia, brachiálna agresia, veľmi často naši pacienti majú nejakú poruchu osobnosti, takže tam sú i psychické traumy v zmysle rôzneho ponižovania. Proste psychické a fyzické týranie, aby som to povedala stručne. A potom som sa stretla i s rodičmi, ktorí sú bigotne veriacy, tak aj ako traumatizácia pomocou rôznych náboženských akoby dogiem a praktík. Už som sa s tým niekoľkokrát stretla u našich pacientov.“

„Vnímate aj nejaký rozdiel u prežitej traume pred závislosťou a už v rámci závislosti u pacientovho života?“

„Tak pred tou závislosťou je to, samozrejme, traumatizujúce už oveľa viac. Pretože to väčšinou vychádza z detského veku alebo vo veku skutočne kojeneckom, batolaťom. A niekedy, ja som osobne presvedčená, že tie traumy vznikajú i v rámci prenatálneho vývoja. Ako keď napríklad matka je alkoholička alebo je týraná tým partnerom, takže to tam proste na to dieťa akoby traumaticky prechádza. A to sa potom v arte traumatoch dá potom nejakým spôsobom zbadáť.“

„Prenatálna trauma?“

„Ja som o tom presvedčená.“

„Máte s ňou nejakú skúsenosť?“

„No určite. Keď sa v podstate dá dohromady anamnéza, kedy vlastne zisťujeme, čo to boli za rodičia a aké typy osobnosti tam boli. A keď sú potom o tých prarodičoch nejaké informácie, ako to tam prebiehalo, tak sa to dá dohromady s tým pocitom alebo zážitkom, ktorý cítime u tých ľudí v terapii. Tak potom, keď sa dajú dohromady tieto všetky informácie, tak to z toho vyplynie. Áno, pretože sú tam, my sa dozvieme od prarodičov napríklad, že matka toho syna, toho chlapca, ktorý je tu hospitalizovaný, napríklad skákala zo stola, pretože ho chcela potraťiť v prvej polovici tehotenstva. A on má potom nejaké strachy, desy, a to sa prejaví v tých traumách, v tých arteprácach. Potom, keď sa to vlastne dá dohromady, tak mne osobne z toho vychádza, že to je ono. Potom sa k tomu, samozrejme, pričleňujú behom toho detstva ďalšie veci, pretože keď tá mama je schopná toto robiť, tak potom, samozrejme, robí aj ďalšie. Ako som o tom hovorila, týranie, aj keď len na psychickej úrovni, i ďalej sa to potom premieta všetko dohromady.“

„A ako na to reagujete keď sa objaví trauma?“

„Spracovávame to. Spracovávame to pomocou toho, že v podstate tam je dôležité dostať sa k tomu pocitu, k tomu zážitku, k tomu okamžiku. Znova ho prežiť a prerámovat'. Niekedy sa to podarí, niekedy nie. Je to proste veľmi jemná, citlivá a hlboká práca a na tu prácu sú ľudia pripravovaní niekoľko mesiacov, než k tomu dôjdeme. Alebo aj niekoľko liečob. Zo začiatku napríklad dve, tri liečby, sa k tomu nedá dostať a je tam niečo iného a vo chvíli, keď človek postupuje v nejakom v tom svojom životnom procese a akoby sa tomu otvorí, tak potom to môžem spracovať, čiže nie vždy. I keď ja to tam napríklad vidím alebo tuším, tak nie vždycky

proste idem na to siahnuť, musí sa nájsť chvíľa. A niekedy možno aj ten proces vyžaduje ďalší čas. A proces pokračuje, ja som presvedčená, že pokiaľ je niekto akoby motivovaný v tých liečbach, ale lieči sa opakovane a stále naráža na svoje limity, tak ten proces proste prechádza skrz tie liečby akoby kontinuálne.“

„Čiže opakovanie liečby nie je neúspechom“

„Ja to tak nemám, ja to mám u ľudí, ktorí sú motivovaní, ale je tam napríklad ťažká porucha osobnosti na základe nejakých takýchto tráum, áno, tak pomocou tej opakovanej liečby, opakovanej terapie, kedy si vlastne najskôr získavajú tí ľudia dôveru, musia najskôr prejsť tými svojimi obranami, tak až potom niekde ďalej sa to proste ako dá.“

„Ako pracujete, alebo ako ďalej postupujete ak sa objaví trauma?“

„No tak, musí byť dôležité to, aby ten človek v tom nezostal, aby sme ho z toho zážitku zase vyviedli naspäť, aby sme ho ukotvili v tej realite, aby tam proste neuviazol. Aby sa nestalo to, čo sa stalo vtedy, že sa v tom akoby zasekne. Ale to sa ťažko popisuje. Musí sa to robiť opatrne. Takto, čím je hlbšia trauma a čím viac je to do toho ranného detského veku, tým sa musí viac opatrne.“

„Ako sa to dá ošetriť?“

„Ja si myslím, že sa to sa musí ošetriť v rámci toho, tej chvíle keď sa to robí, v okamžiku, keď sa robí tá abreakcia alebo retraumatizácia toho traumatu. Tak v tej chvíli sa to musí urobiť celé. Aj s tým ošetrením, aj s tým návratom do tej reality, a potom, samozrejme, preto sú tí ľudia v ústavnej starostlivosti ideálne, že sa potom, samozrejme, s tým pracuje ešte ďalej. Pretože to ide, ten proces ide ďalej, takže sa spracováva cez denník eventuálne pri nejakých ťažkých traumách individuálnym rozhovorom, kedy je tomu človeku potrebné poskytnúť bezpečie a podporu.“

„Vnímate nejaké špecifiká u ľudí, ktorí sa liečia zo závislosti a prekonalí traumou oproti iným, ktorí traumou možno nezažili?“

„No jasné, že tam rozdiely sú, tí ľudia, ktorí prejdú tou traumou, keď sa s tým vysporiadajú, tak si myslím, že potom lepšie rozumejú, čo sa s nimi deje, čo sa s nimi dialo, čo zapíjali, na aké mechanizmy používali tie návykové látky. A tým pádom potom i keď sa odstráni, tak potom sú podľa mňa schopní lepšie abstinovať, pretože tomu celému viac rozumejú a vedia, ktoré sú tie slabé okamžiky a vedia už s tým nejako pracovať a vedia s tým v tom bežnom

živote zaobchádzať. Takže potom vedia, že bude akoby citlivá situácia, ktorá by ich mohla spustiť k baženiu a oni vedia, že už to majú proste pod kontrolou, takže to z toho pohľadu si myslím, že je to v podstate i výhodnejšie pre nejakú ďalšiu abstinenciu.“

„Možnosť ako si vytvoriť mechanizmus prevenciu relapsu“

„Tak, tak, pretože vedia o čo ide, vedia, že to je ono, že to je ten stav, ktorý proste bol v minulosti veľmi nebezpečný pre nich, ktorý zapíjali a tam okamžite nastúpili biologické procesy, že ako mám traumy, idem to zapíť.“

„A vo vzťahu celkovej liečby, motivácií alebo vypadávania z liečby vidíte nejaké špecifiká alebo rozdiely?“

„Ja myslím, že nie, ja myslím, že motivácia je tu vo vnútri, a keď tá motivácia tam je, tak aj keď je ten človek traumatizovaný alebo nie, tak to dá.

Vypadávanie liečby je vo chvíli, keď ten človek akoby sa tej traume vyhýbal a utečie pred ňou, tak tam je to jasné, akoby vypadne. Buď to vypadne z tej terapie akoby odíde vnútorne alebo aj fyzicky. Takže to ako áno, v tomto smere.“

„Je to zaujímavý poznatok, že môže vnútorne vypadnúť z liečby.“

„Áno, on odíde z terapie a začne pracovať na nejakých povrchných veciach, ktoré vyzerajú tiež dobré, vyzerá to, že pracuje, ale proste pracuje na niečom inom a tamto necháva stranou, a predhodí iné témy.“

„Čo je ešte potrebné povedať, čo ešte nebolo povedané alebo máte nejaké ďalšie postrehy?“

„Vytvoriť bezpečie, vytvoriť dôverný vzťah s tým klientom, vytvoriť mu bezpečie v tej skupine, byť trpezlivý, porozumieť tomu, že odmieta s ním pracovať. No a pochopiť ho, keď odmietne s tým spolupracovať, pretože v tom okamihu, keď to urobím, tak ho ako neblokujem ďalej, dávam mu voľbu, že teraz nie, že môže inokedy. To si myslím, že je veľmi dôležité. Ľudia, ktorí sú traumatizovaní a odmietnu s tým pracovať, tak nebrať to ako definitívne, ale brať to, že teraz nemôžem.“

„Rešpektujete tú jeho voľbu.“

„Tak, tak, pretože keď sa naštvem zato, že s tým nechce pracovať, tak ho zablokujem ešte viac. A ja si potrebujem nechať ten otvorený priestor na budúce až on to dá, tak to ja vnímam ešte za dôležité.“

„Myslíte, že je potrebné o tejto téme rozprávať, prípadne vzdelávať?“

„Áno, jasné, pretože predávanie tých skúsenosti je nutné. Pretože žiadna škola si myslím, že to nenaučí, alebo naučí to teoreticky, ale ono v praxi to ako rozpoznať, že to je ono, to je ťažké. Tí noví ľudia čo prídu, tak to nespoznajú hneď, napríklad si to za niečo zamieňajú, pretože tam vznikajú tie rôzne obranné mechanizmy, manipulatívne jednanie, a to všetko to prekrýva a ten človek, ktorý nemá skúsenosť, tak proste na to naskočí alebo to nerozpozná.“

10.1.5 Prepis rozhovoru č. 5

Objavujú sa témy traumy u ľudí s DZ?“

„Áno.“

„Pokiaľ áno, aké témy sú to?“

„Strata blízkej osoby, týranie, zneužívanie.“

„Keď sa dané témy objavia, ako na to reagujete?“

„Väčšinou v tej chvíli pacient o téme nehovorí, pri prejave emócií sa snažím byť v danej chvíli oporou. Pokiaľ to ide, pomôžeme sa v artefakte kúsok posunúť, dám priestor prejavu, keď o to pacient stojí.“

„Ako ďalej postupujete?“

„Vzhľadom k obmedzenému času arteterapie v liečbe, predávam informácie na terapeutický tím. Pacienti si témy odnášajú ďalej do psychoterapeutickej skupiny.“

„Postrehli ste nejaké špecifiká u ľudí, ktorí majú PTSD a DZ oproti ostatným klientom?“

Za svoju veľmi krátku prax si netrúfam uvádzať konkrétne špecifiká. Všimla som si len u niektorých pacientov výraznejšie potreby bezpečia a nedôvery k ľuďom.

„Ako s tým pracujete? Ako ďalej v danej téme pristupujete?“

„S témami PTSD v arteterapii hlbšie nepracujem, predávam ich do skupiny. Snažím sa v arteterapii o rozmanitosť techník a tém. Môže sa stať, že sa v určitej technike pacient „nájde“, cíti sa v nej dobre a pomôže mu tak sa prejaviť, uvoľniť a o téme ďalej hovoriť.“

„Na čo pri práci a intervenciách kladiete dôraz?“

„Ad. Predchádzajúca otázka“

„Čo ďalšie považujete za dôležité a potrebné v rámci tejto témy spomenúť? Vnímate túto tému/ problematiku za dôležitú? Prečo?“

„Myslím si, že prežitie traumy je veľký zásah do ľudskej psychiky a súvisí s liečbou závislostí.“

10.2 Príloha č. 2 – Zoznam tabuliek

Tabuľka č. 1 Pohlavie : s. 101

Tabuľka č. 2 Vek : s. 101

Tabuľka č. 3 Vzdelanie v rámci arteterapie : s. 101

Tabuľka č. 4 Prítomnosť traumy : s. 105

Tabuľka č. 5 Druhy tráum I. : s. 106

Tabuľka č. 6 Druhy tráum II. : s. 106

Tabuľka č. 7 Vzťah medzi traumou a závislosťou : s. 107

Tabuľka č. 8 Techniky v rámci arteterapie : s. 108

Tabuľka č. 9 Formy a témy arteterapie : s. 108

Tabuľka č. 10 Kladený dôraz pri arteterapii : s. 109

Tabuľka č. 11 Špecifiká pri terapeutickom procese : s. 110

Tabuľka č. 12 Vzťah medzi traumou a motiváciou, vypadávaním z liečby : s. 111

Tabuľka č. 13 Doplňujúce informácie : s. 112

