

Univerzita Pardubice

Fakulta filozofická

Expresivní terapie v procesu léčby závislostních diagnóz

Bc. Michaela Berková

Diplomová práce

2018

Univerzita Pardubice
Fakulta filozofická
Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Michaela Berková**
Osobní číslo: **H16396**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Resocializační pedagogika**
Název tématu: **Expresivní terapie v procesu léčby závislostních diagnóz**
Zadávací katedra: **Katedra věd o výchově**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Diplomová práce analyzuje specifika užití expresivních terapií u závislostních diagnóz v procesu léčení pacientů v psychiatrické nemocnici. Zaměřuje se na vymezení expresivních terapií, na typologii těchto terapií a na specifika jejich využití. Dále se v teoretické části rozebírá problematika závislostního chování a typologie tohoto chování. V neposlední řadě se v práci představují zásady léčby a resocializace závislostních diagnóz. Empirická část práce má charakter kvalitativního výzkumu za použití triangulace (rozhovoru, pozorování a obsahové analýzy). Participanty výzkumu jsou nejen terapeutičtí pracovníci, ale i klienti v procesu léčby v Psychiatrické nemocnici. Cílem práce je představit využití expresivních terapií v procesu léčby a ukázat jejich možný pozitivní vliv v tomto procesu. Výsledky výzkumu obohatí teorii i praxi resocializační pedagogiky.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

EDITED BY STEPHANIE L. BROOKE. The Use of the Creative Therapies with Chemical Dependency Issues. Springfield: Charles C Thomas Publisher, 2009. ISBN 9780398079871.

FRIEDLOVÁ, Martina a Martin LEČBYCH, ed. Expresivní terapie jako podpora kvality života u různých klientských skupin. Olomouc: Univerzita Palackého v

Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4599-1.

HOFFMANN, B. The role of expressive therapies in therapeutic interactions; art therapy - explanation of the concept. DOI: 10.15547/tjs.2016.03.001. ISBN 10.15547/tjs.2016.03.001. Dostupné také z: [http://tru.uni-sz.bg/tsj/Vol.14, N 3, 2016/B.Hofman \(1\).pdf](http://tru.uni-sz.bg/tsj/Vol.14, N 3, 2016/B.Hofman (1).pdf)

KALINA, Kamil. Klinická adiktologie. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

MÜLLER, Oldřich. Expresivní terapie ve speciální pedagogice. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3686-9.

RŮŽIČKA, Michal a Pavlína PRACHAŘOVÁ. Teorie a praxe strukturovaných doléčovacích programů v adiktologii: sborník zkušeností. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 9788024441719.

ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. Základy arteterapie. Rozšířené vydání. Přeložil Jana KŘÍŽOVÁ, přeložil Tereza HUBÁČKOVÁ. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1043-6.

VALENTA, Milan a Martin Dominik POLÍNEK. Dramaterapie a teatroterapie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3685-2.

Vedoucí diplomové práce: **prof. PhDr. Karel Rýdl, CSc.**
Katedra věd o výchově

Datum zadání diplomové práce: **31. března 2017**

Termín odevzdání diplomové práce: **31. března 2018**



prof. PhDr. Karel Rýdl, CSc.
děkan



Ing. Jaroslav Myslivec, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 30. listopadu 2017

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 19. 3. 2018

Michaela Berková

Poděkování

Děkuji prof. PhDr. Karlu Rýdlovi, CSc. za pomoc při vedení práce, respondentům za poskytnutí rozhovorů a především prof. PhDr. Pavlovi Mühlpachrovi, Ph.D. za odborný dohled a vstřícný přístup při konzultacích a zpracování diplomové práce.

ANOTACE

Předložená diplomová práce se zabývá problematikou expresivních terapií ve vztahu k procesu léčby závislosti. Teoretická část představuje jednotlivé expresivní terapie a věnuje se nejdůležitějším aspektům závislosti a terapeutického procesu. Rovněž je zde představena Psychiatrická nemocnice v Dobřanech, kde byl realizován výzkum.

Praktickou část této práce tvoří kvalitativní výzkum, jehož cílem je zmapovat užívání expresivních terapií v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech, ukázat jejich možný pozitivní vliv a navrhnout organizaci možná opatření na zlepšení v této oblasti.

KLÍČOVÁ SLOVA

Expresivní terapie, závislost, umělecké terapie, arteterapie, léčba závislosti

TITLE

Expressive therapies in the treatment of addiction diagnoses

ANNOTATION

This thesis deals with the issue of expressive therapies in relation to the treatment of addictions. The theoretical part presents expressive therapies and describes the most important aspects of addiction and the therapeutic process. There is also presented the Psychiatric hospital in Dobřany, where the research was realised.

The practical part of this work includes qualitative research, that describes using of expressive therapies in the Psychiatric hospital in Dobřany, shows their possible positive effect and suggests to organisation possible measures for improvement.

KEYWORDS

Expressive therapies, addiction, art therapies, treatment of addiction

Obsah

Úvod	8
1. Expresivní terapie	10
1.1 Arteterapie	11
1.2 Dramaterapie a teatroterapie	15
1.3 Tanečně pohybová terapie	20
1.4 Muzikoterapie	21
1.5 Biblioterapie	23
2. Vymezení závislosti	25
2.1 Vznik závislosti	28
2.2 Psychotropní látky	29
2.3 Nelátkové závislosti	35
2.4 Systém péče o závislé jedince	38
3. Terapeutický proces	42
3.1 Komplexní léčebný program	42
3.2 Cíle psychoterapie	44
3.3 Fáze terapeutického procesu	45
3.4 Terapeutický vztah	46
3.5 Specifická klientela	48
3.6 Recidiva	50
4. Psychiatrická nemocnice v Dobřanech	52
4.1 Historie instituce	52
4.2 Současný stav	52
4.3 Organizační členění instituce	53
5. Výzkum	56
5.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky	56
5.2 Metodologie výzkumného šetření	57
5.3 Výsledky výzkumného šetření	59
5.4 Interpretace výsledků	72
5.5 Závěr výzkumu a návrhy	78
Závěr	80
Použitá literatura	82
Přílohy	87

Úvod

Léčba závislostí má v České republice dlouholetou tradici, na jejímž počátku stojí Jaroslav Skála, který na konci čtyřicátých let dvacátého století otevírá první protialkoholní zařízení v zemi. Počet zařízení specializujících se na léčbu závislosti se od té doby mnohonásobně rozrostl a s nadsázkou se dá říci, že i přesto u nás nemají o zákazníky nouzi. Expresivní terapie se v rámci těchto institucí začaly využívat až o několik let později, některé jako např. arteterapie si našli své uplatnění záhy, jiné si své místo hledají ještě dnes.

V důsledku rozvoje uplatňování psychosomatického přístupu v léčbě nejružnějších onemocnění se začíná uvažovat o významné roli psychoterapie, která může být v mnoha případech účinnější než role farmakoterapie, která často pouze tlumí projevy nemoci. Ve své práci bych ráda představila využití expresivních terapií jako formy psychoterapie a ukázala jejich možný pozitivní vliv v procesu léčby závislostí.

Diplomová práce je tvořena teoretickou a praktickou částí. Teoretická část je rozdělena do čtyř kapitol a vychází z poznatků aktuální odborné literatury, jejíž seznam je uveden v závěru práce (citace dle dokumentu „Formální náležitosti studentských textů“ Katedry věd o výchově FF UPa). První kapitola bude věnována jednotlivým expresivním terapiím a jejich užití od historie po současnost. Další kapitola se bude zabývat fenoménem závislosti včetně teorií vzniku a popisu jednotlivých druhů závislosti z hlediska jejich předmětu, opomenut nebude ani současný systém péče o závislé jedince v České republice. V další části se budu zabírat klíčovými body samotného terapeutického procesu, kterými jsou fáze, cíle, vztah mezi klientem a terapeutem, práce se specifickými klienty či problematika recidivy. Poslední kapitola teoretické části práce bude věnována představení Psychiatrické nemocnice v Dobřanech, ve které probíhalo výzkumné šetření, popsána bude jak historie, tak především současnost této nemocnice.

Empirická část práce tvoří kvalitativní výzkumné šetření, jehož cílem je zmapování užívání expresivních terapií u klientů s diagnózou závislosti v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech, ukázat jejich možný pozitivní vliv a podat nemocnici návrhy na možná opatření. V praktické části jsou nejprve představeny výzkumné otázky a metodologie výzkumu, následují vlastní výsledky empirického šetření a jejich interpretace výzkumníkem. Poslední podkapitolu tvoří souhrn výzkumného šetření a návrhy opatření.

Teoretická část

1. Expresivní terapie

Ve Velkém psychologickém slovníku je expresivní terapie definována jako „*forma psychoterapie, při níž je klient vybízen, aby otevřeně hovořil o svých problémech a bez zábran vyjadřoval své emoce*“ (Hartl a Hartlová, 2010, s. 603). Samotné slovní spojení vzniklo složením slov terapie a exprese, přičemž terapie je obecně známější a vykládá se jako léčba či léčení. Expresi můžeme přeložit jako výraz nebo vyjádření, a to je také hlavní myšlenka expresivních terapií, při nichž jde o to, aby jedinec vyjádřil sám sebe, své myšlenky, své pocity pomocí různých druhů umění. Díky tomu se pro expresivní terapie často užívá názvu umělecké terapie, kreativní terapie, terapie uměním či arteterapie, což může být označení dosti zavádějící (viz kapitola arteterapie).

Podle druhu uměleckého prostředku, který se při terapii využívá, můžeme rozlišit několik typů expresivních terapií. Arteterapie probíhá s využitím výtvarného projevu. Dramatických prostředků k léčbě využívají dramaterapie, psychodrama, teatroterapie nebo také psychogymnastika, která zároveň využívá prvků pohybového umění podobně jako tanečně-pohybová terapie. Hudbu lze jako prostředek exprese uplatnit v rámci muzikoterapie. Poslední zde uváděné terapie, biblioterapie a poetoterapie, využívají jako svého stěžejního prostředku literárního umění a především slova.

Expresivní terapie může být skupinová či individuální v závislosti na tom, kolik lidí se jí účastní. Dále může mít podobu receptivní nebo produktivní. Při receptivní formě jedinec či skupina vnímá (nikoliv však pouze pasivně) umění, sám ho však nevytváří. K tomu dochází při produktivní formě, kdy je jedinec přímým tvůrcem uměleckého díla. A nemusí přitom jít o dílo vysoké úrovně či kvality, o to se při expresivní terapii ani neusiluje. Jejím smyslem je především uvolnění takových obsahů z mysli člověka, které by při jiných terapiích zůstaly skryty, a k tomu dochází právě skrze umění. Lucie Kovaříková z FF UP v Olomouci v rozhovoru pro Vysokoškolské poradenství aktuálně (Hověžáková a Tahová, 2010, s. 2) uvádí, že expresivní terapie může pomoci klientovi uchopit jeho sociální a psychologické problémy, má kladný vliv na emoční vývoj jedince a jeho interpersonální vztahy a v neposlední řadě mu může pomoci při vnitřní relaxaci.

Hanušová (2007, s. 259-260) poukazuje na pozitivní přínos expresivních postupů, jelikož mohou pacientům umožnit uvolnění vnitřního napětí a redukci úzkosti. Upozorňuje, že díky expresi jsou pocity strachu a úzkosti lépe uchopitelné a poznatelné, a to i v případech, kdy není jasná jejich příčina nebo je její verbální vyjádření pro klienta příliš obtížné. Expresivní techniky mohou pomoci také při odžití emocí a působit také jako prevence nežádoucího

chování. Pacient může zároveň projikovat svoje pocity do výtvaru, tedy jak říká Hanušová – externalizovat je do určitého artefaktu, kterým může být podle druhu terapie např. obraz, melodie, báseň apod. Poukazuje také na další důležité aspekty ve využití expresivních metod terapie. Jedním z nich je to, že pacientem vytvořený artefakt lze chápat jako jakýsi symbol, metaforu, a právě díky tomu pacient vnímá komunikaci jako méně ohrožující a dokáže se často i více otevřít a mluvit o niterných záležitostech. Dalším aspektem je, že tvořivá činnost má už sama o sobě léčebný účinek, dokáže tak pacientům podle hesla „i cesta může být cíl“ pomoci např. od strachu či úzkosti, ale také je nasměruje na intenzivnější prožívání přítomného okamžiku.

U klientů s diagnózou závislosti mají expresivní terapie svá specifika. Kováčsová (2016, s. 107-108) uvádí příklady možných přínosů právě pro jedince s touto diagnózou. Patří mezi ně např. verbální i neverbální sebevyjádření; modifikace svých názorů a postojů; možnost projevit, pochopit a usměrňovat svoje emoce; zažití pocitu úspěchu bez pomoci psychoaktivních látek; porozumění svému závislému chování a smýšlení, rozpoznání rizikového chování, uvědomění si vlastních spouštěčů a hledání řešení jejich zvládnání; hledání řešení jak zvládat bažení a sny s drogovou tematikou; nácvik podpurného chování pro abstinenci, osvojení si zásad abstinence, odmítnutí nabídky užití psychoaktivních látek a nalezení vhodného způsobu trávení času během abstinence; zlepšení interpersonálních vztahů a interakcí, snížení izolace; vytvoření pocitu odpovědnosti; uvolnění napětí, hledání strategií pro zvládnání vzteku a práce s agresivitou; podpora zdravého sebevědomí; přijetí svého životního příběhu a další.

1.1 Arteterapie

V odborné literatuře je možné se setkat s dvojitým významem arteterapie. V prvním případě arteterapie znamená terapii za pomoci umění obecně, tedy je nadřazeným pojmem pro muzikoterapii, dramaterapii, tanečně-pohybovou terapii atd., a je tak ekvivalentem pojmu „expresivní terapie“, který je v této práci užíván. Ve druhém případě slova arteterapie užíváme v užším smyslu a znamená terapii s pomocí výtvarného umění, která je stavěna na roveň dalším expresivním terapiím. V této práci budeme arteterapii chápat v jejím druhém významu. V literatuře se můžeme navíc setkat s pojmem „artefiletika“, jehož autorem a zakladatelem celé této disciplíny je Jan Slavík. Artefiletika se však na rozdíl od arteterapie nesoustředí na užití umění k léčebným účelům, nýbrž na užití umění v oblasti výchovy, slouží k sebepoznání, rozvoji osobnosti či jako prevence sociálně patologických jevů.

Přestože výtvarné umění můžeme v dějinách spatřovat již dříve, historie arteterapie se začíná psát až na přelomu 18. a 19. století, kdy se objevuje zájem o výtvarnou tvorbu duševně nemocných. Významné bylo pro tehdejší odborníky zejména zjištění, že takto nemocní lidé malují jinak než lidé zdraví, a že v jejich výtvarném projevu lze spatřit změny v závislosti na druhu a vývoji nemoci. Za průkopnici arteterapie ve světě je považována psychoanalytička Margaret Naumburgová, jež jako první použila ve své práci výrazu „art therapy“ ve třicátých letech 20. století. Šicková-Fabrici ve své knize cituje její výrok: „*proces arteterapie je založen na poznání, že nejzákladnější myšlenky a pocity člověka derivované z nevědomí dosáhnou výrazu lépe v obrazech než ve slovech*“ (Naumburg, 1947 cit. podle Šicková-Fabrici, 2016, s. 47). Výrazný podíl na rozvoji arteterapie měla také Rakušanka emigrující do USA, Edith Kramerová, která se ve své práci věnovala hlavně dětem nebo německý psychiatr Hans Prinzhorn, jenž se v díle věnoval duševně nemocným. (Šicková-Fabrici, 2016, s. 47-49)

Ve světě začala arteterapie jako léčebná metoda fungovat ve třicátých až čtyřicátých letech 20. století, u nás se začala využívat v 50. letech v léčebných a psychoterapeutických zařízeních. V roce 1992 zakladatel jednoho z proudů arteterapie v ČR, Milan Kyzour, zřídil Ateliér arteterapie při Pedagogické fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. V roce 1994 pak vznikla Česká arteterapeutická asociace, která dodnes sdružuje arteterapeuty v ČR, pořádá konference a workshopy, vede výzkumnou činnost v oboru arteterapie, organizuje vzdělávání a výcviky v arteterapii, vydává časopis Arteterapie aj. (Česká arteterapeutická asociace, 2017)

Česká arteterapeutická asociace na svých webových stránkách popisuje arteterapii jako: „*obor využívající výtvarný projev jako hlavní prostředek poznávání a ovlivňování lidské psychiky ve směru redukce psychických či psychosomatických obtíží a redukce konfliktů v mezilidských vztazích*“. Také o arteterapii platí, že má podobu receptivní a produktivní. Při receptivní formě na sebe jedinec nechá působit určité výtvarné dílo např. obraz v galerii, fotografie apod. Arteterapie produktivní může probíhat prostřednictvím klientovy vlastní malby, kresby, výroby koláží, modelování, vytváření artefaktů z hlíny atd., přičemž téma tvorby může být buď dané terapeutem, nebo se ponechá otevřené a volba je tak na samotném klientovi. Podle Müllera (2013, s. 74-75) je právě arteterapie nejrozšířenější z expresivních terapií a ve srovnání s ostatními také využívá uměleckou expresi bezpečněji. Potměšilová a Sobková (2012, s. 8) uvádějí dvojí pojetí arteterapie – jednak jako psychoterapeutické disciplíny (terapie uměním, ve které jde především o samotný tvořivý proces, jenž už sám o sobě má pro pacienta ozdravný účinek, a jednak jako psychodiagnostické

disciplíny (artpsychoterapie), v níž je důležitý nejen proces tvorby artefaktu, ale i následná reflexe ohledně něj.

Hanušová (2007, s. 274) se domnívá, že díky tvořivému procesu lze dát konkrétní formu těžko verbalizovatelným pocitům či obsahům naší mysli a potlačeným vnitřním konfliktům, kterých si sami ani nejsme vědomi. Pro jiné je výtvarné uvědomění cestou, jak se přijatelným způsobem vyrovnat s nepříjemnými emocemi jakými mohou být strach, úzkost, vztek, smutek, nenávisť, závist, agrese, neopětovaná láska aj.

Arteterapie nachází využití při práci s jednotlivcem i skupinou klientů (mj. s rodinou či partnery), což je také její nejčastější forma. Jak však uvádí Potměšilová a Sobková (2012, s. 9) – ve všech případech je důležité, aby byla stanovena základní pravidla – četnost a délka jednotlivých sezení, způsob práce a zakázka, což je to, s čím klient za terapeutem přichází, s čím by chtěl pomoci, co by chtěl změnit, řešit apod. Autorky upozorňují také na určité nároky, které jsou na terapeuta při arteterapii kladeny, jsou jimi např. přirozenost, respekt ke klientovi, soustředění se na klientův problém, srozumitelnost komunikace. Při skupinové terapii je pak důležité i to, aby terapeut dokázal pracovat také se skupinovou dynamikou. Existuje více faktorů, které ovlivňují to, zda je vhodné využít individuální či skupinovou formu arteterapie, patří mezi ně osobnost klienta i arteterapeuta, ale také druh klientova problému.

V individuální i ve skupinové formě arteterapie přitom můžeme najít jak výhody, tak samozřejmě nevýhody. Obecně při individuální práci s klientem platí, že je mu věnováno více pozornosti a času, řešení problému tak může proniknout více do hloubky, atmosféra společné práce probíhá v důvěrném prostředí, a to může být pro klienta pozitivní v tom, že se více otevře. Při skupinové práci je pro klienty výhodou možné sdílení problémů, kdy zjišťují že nejsou jediní, kdo se s danou situací vyrovnávají a dokáží si také navzájem poradit v jejím řešení. Ze skupiny vychází také více podnětů, které mohou jednotlivce motivovat ve vlastních úvahách a dodat mu inspiraci a v neposlední řadě je práce se skupinou také ekonomičtější než práce s jednotlivcem. Mezi nevýhody skupiny patří méně prostoru k vyjádření pro jednotlivce a menší pozornost, která je na jednotlivé členy skupiny upřená (to může být některými klienty vnímáno jako výhoda, pro terapeutický proces je to ovšem nežádoucí). Zvláště na začátku společných sezení pak může být pro některé členy problémem také mluvit o sobě a svých pocitech, trápeních či myšlenkách před ostatními, což je opět komplikací pro celý proces terapie.

Arteterapie je vhodná pro všechny věkové skupiny – děti, dospívající, dospělí i seniory, pro lidi zdravé i nemocné, pro ty, kteří jen touží více poznat sami sebe i pro ty, kteří aktuálně

řeší nějaké problémy. S arteterapií se můžeme setkat jak ve zdravotnictví, tak v pedagogické sféře a také v sociální oblasti, konkrétně v psychiatrických zařízeních a nemocnicích, v doléčovacích zařízeních, ve výchovných a vzdělávacích institucích, v rehabilitačních střediscích, v zařízeních pro seniory, ale také např. ve věznicích. Mezi cílové skupiny klientů arteterapie se řadí pacienti s duševním ale i tělesným onemocněním, lidé s nejrůznějšími druhy závislostí, mentálně handicapovaní jedinci, děti i dospělí s poruchami autistického spektra, mutističní pacienti, děti s problémovým chováním, pacienti s úzkostmi a dalšími neurotickými poruchami, pacienti s posttraumatickou stresovou poruchou apod. Hanušová (2007, s. 279) uvádí také okolnosti, za kterých není pro pacienty arteterapie vhodná. Jsou jimi např. stav neumožňující aktivní činnost (stupor, deprese), agresivní a rušivé chování, akutní ataka psychózy či absolutní nechuť k výtvarné činnosti.

Průběh každého arteterapeutického setkání by měl mít daný postup, který je třeba dodržovat. Autoři (Hanušová, 2007, s. 279-280; Šicková-Fabrici, 2016, s. 100-104) v této souvislosti hovoří o třech částech, které v průběhu terapie můžeme vysledovat. První část je úvodní, může obsahovat některé zahřívací aktivity, které by měly směřovat k tématu sezení, dále pak instrukce k průběhu terapie, popis tématu a technik, které budou užity. V druhé části dochází k vlastní tvorbě artefaktu na zadané nebo volné téma. Je vhodné, aby terapeut připomněl, že nejde o to, aby byl výtvarný dílo dokonalý, ale především autentický, tím redukuje obavy a strach klientů. V poslední části dochází k interpretaci výtvarného díla i nad samotným procesem jeho tvorby. V případě skupinové terapie může každý svůj výtvarný dílo představit, dále dochází k reflexi ze strany klienta, kdy hovoří o svých pocitech, asociacích i myšlenkách, které ho napadají. Ostatní mu mohou dávat zpětnou vazbu a autor často objeví i takové podněty, které by ho samotného nenapadly. Tím, že se při diskusi hovoří o artefaktu, nikoli o klientovi samotném, se ho ani méně příjemné názory nedotýkají přímo a dokáže je tak lépe přijmout. Cílem této části terapie není přijít na jednoznačný výklad klientova výtvarného díla, ale spíše dále podnítit jeho zamýšlení a uvažování a nabídnout jiný úhel pohledu na jím řešený problém či situaci.

V arteterapeutickém procesu je důležitá především role terapeuta, na kterou jsou přirozeně kladeny určité nároky, jelikož práce s lidmi a citlivými tématy, která do terapie přinášejí, je velmi náročná. Arteterapeut se neobejde bez teoretických znalostí z oblasti psychoterapie, psychologie, psychopatologie, psychiatrie nebo pedagogiky, ale měl by se také orientovat v oboru umění. Samozřejmostí by u terapeuta měly být také některé osobnostní vlastnosti jako jsou empatie, morální citění, schopnost vést skupinu, dobré komunikační a vyjadřovací schopnosti, vlídnost a odolnost. Podle údajů na webových stránkách České

arteterapeutické asociace (ČAA) zatím není profese arteterapeuta v české legislativě zařazena do seznamu profesí, a tak se ČAA řídí vlastními požadavky pro výkon tohoto povolání. Šicková-Fabrice (2016, s. 106) uvádí, že v České republice lze arteterapeutického vzdělání dosáhnout pětiletým psychoterapeutickým výcvikem ČAA nebo absolvováním samostatného vysokoškolského studijního oboru arteterapie nabízeným Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích, případně studiem na některých fakultách či vyšších odborných školách, kde je arteterapie součástí výuky. Každý arteterapeut do své práce vkládá mj. také vlastní osobnost a způsob, jakým terapii vede zase odráží jeho psychoterapeutické zaměření, které může být např. psychoanalytické, humanistické, kognitivně-behaviorální apod.

Kromě kreslení a malování, které jsou obecně známé, se v arteterapii využívá také dalších výtvarných technik, některé z nich uvádí např. Hanušová (2007, s. 282-284). Jednou z nich je koláž, tedy vlepování různých materiálů do obrazu. Tuto techniku doporučuje použít na začátek arteterapie nebo také pro nové členy ve skupině či pro pacienty úzkostné, kteří mohou mít strach ze selhání, pokud by měli tvořit obraz přímo vlastní rukou. Další technikou je práce s hlínou, kdy je klient v přímém kontaktu s používaným materiálem, tento typ práce je účelný např. pro pacienty s fobií či zneužívané v dětství. Výroba masek je další z užívaných technik, která přímo vybízí k tématu hraní rolí v životě a tzv. nošení masek, abychom zakryli naše skutečné pocity či vlastnosti. V arteterapii se k tvoření často využívá také darů přírody jako jsou kameny, plody, mušle apod., s jejichž pomocí pak klienti zpracovávají určitá témata.

1.2 Dramaterapie a teatroterapie

Všechny druhy terapií, jimž se budeme v této kapitole věnovat je možné zařadit mezi tzv. paradivadelní systémy, což jsou způsoby využití dramatu (divadla) k jiným účelům než primárně uměleckým. Nesledují tedy estetický význam divadelního díla, ale některý z dalších aspektů, kterým může být podle Valenty (2011, s. 12-13) buď „divadlo jako edukační prostředek“ nebo „divadlo jako prostředek terapie“. Jako příklad paradivadelních systémů edukační povahy uvádí dramatickou výchovu nebo divadlo ve výchově. V této práci se však budeme zabývat paradivadelními systémy, které mají léčebný význam, a jsou tak v souladu s jejím tématem.

Nejprve se budeme zabývat dramaterapií. Pátrání po původu dramaterapie nás může zavést hluboko do minulosti, dávno před počátek datování našeho letopočtu, kdy paleolitičtí lovci, zemědělci a šamani prováděli nejrůznější rituály a obřady. V antice si různé osobnosti, mezi nimi např. Aristotelés či Celsus Aurelius, začaly uvědomovat pozitivní účinky dramatu na osoby s duševním onemocněním. V 17. a 18. století pak bylo divadlo využíváno nejen

k terapeutickým (markýz de Sade), ale také vzdělávacím účelům (J. A. Komenský). Důležitým bodem v historii dramaterapie bylo též vytvoření metody psychodramatu J. L. Morenem ve třicátých letech 20. století. Samotný termín dramaterapie byl poprvé použit Britem P. Sladem v roce 1939 a první kniha s názvem Drama Therapy (Florsheim) vyšla v roce 1946 v USA. V roce 1962 Sue Jenningsová začala s prací zaměřenou na využití zkušeností z výchovného dramatu v klinické oblasti. V letech 1976 a 1979 pak vznikly první asociace dramaterapeutů, nejprve ve Velké Británii a poté v USA. Historie dramaterapie v ČR je spjatá se jménem M. D. Reismany, který v devadesátých letech 20. století zahájil dramaterapeutickou praxi v sanatoriu Fokus v Praze-Bohnicích s psychotickými pacienty. Od roku 2008 funguje také Asociace dramaterapeutů České republiky, která sdružuje dramaterapeuty z ČR, podporuje jejich další vzdělávání a usiluje o osvětu dramaterapie i širší veřejnosti. (Valenta, 2011, s. 12-13 a 112-117).

Asociací dramaterapeutů České republiky je dramaterapie popisována jako „*psychoterapeutický přístup využívající divadelních prostředků pro nalezení příznivé rovnováhy v oblasti duševní a tělesné nebo ve vztazích či se záměrem osobního rozvoje*“ (Asociace dramaterapeutů České republiky, 2017). Cílovou skupinou dramaterapie jsou jedinci s psychiatrickou diagnózou včetně závislosti, jedinci s mentálním postižením, geriatřičtí pacienti, klienti s poruchou chování, osoby nacházející se ve výkonu trestu apod. Mezi hlavní cíle v dramaterapii Majzlanová (2004, s. 32) řadí redukci tenze, rozvoj empatie, tvořivosti, fantazie, kreativity, odblokování komunikačního kanálu, integrace osobnostních vlastností, rozvíjení sebedůvěry, sebeuvědomění, vytváření pocitu zodpovědnosti a samostatnosti či nácvik sebeovládání. Díky převážně skupinovému charakteru dramaterapie se u klientů rozvíjí také schopnost komunikace, kooperace a socializační proces. Jak bylo uvedeno, dramaterapie se užívá zpravidla ve skupinové formě, existují ale případy, kdy se užití individuální formy zdá být vhodnější, je to např. při práci s autistickými či mentálně retardovanými klienty.

Každé dramaterapeutické sezení by mělo mít určitý koncept a nejlépe i pravidelný průběh a řád, protože díky režimu se účastníci terapie mohou cítit více v bezpečí. Valenta (2011, s. 146-148) navrhuje strukturu dramaterapeutického sezení následovně: nejprve se terapeut pozdraví se skupinou a seznámí přítomné s plánem sezení, následuje rozcvička nebo některá zahřívací aktivita, dalším krokem je otevření hracího prostoru (např. odtažení kouzelnické opony), nastartování hry a vtáhnutí klientů do akce, poté setkání dospívá ke své hlavní části, kdy členové skupiny vstupují do svých rolí a hrají, sezení končí uzavřením v kruhu, kdy se celý jeho průběh reflektuje.

Od osobnosti dramaterapeuta se odvíjí celý průběh dramaterapeutické práce. Ta závisí zejména na jeho zaměření, které se velmi často odvíjí od zaměření výcviku, kterým prošel. Postavení terapeuta a klienta v dramaterapii by mělo být rovné. Podle Hanušové (2007, s. 272-273) je úloha dramaterapeuta méně direktivní než v jiných expresivních terapiích a jeho role spočívá především ve vhodném výběru témat, podpory klientů v průběhu práce a vedení závěrečné reflexe prožitků. Zdůrazňuje, že dramaterapeut by měl být empatický a vnímavý, měl by sledovat skupinovou dynamiku a svoji pozornost účelně rozdělovat mezi jednotlivce, ale také skupinu jako celek.

Terapeuty se v dramaterapii stávají často speciální pedagogové, sociální pedagogové, psychologové, lékaři a odborníci zabývající se problematikou sociálně patologických jevů. Jejich vzdělávání a dramaterapeutický výcvik v ČR zajišťuje v současné době několik institucí, tradičně zejména Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, kde se tento obor studuje v kombinaci se speciální pedagogikou. Dramaterapeuté se mohou uplatnit v různých typech zařízení např. v psychiatrických nemocnicích a klinikách, ve speciálních školách, terapeutické komunitě či ve vězení.

Příkladem technik používaných při dramaterapii může být technika „zrcadla“, při které dva klienti stojí proti sobě a jeden z nich představuje reálný obraz a druhý zrcadlo. První z nich vymýšlí různé pohyby a druhý ho napodobuje a vytváří tak jeho odraz v zrcadle. Jinou technikou jsou „masky a pantomima“, při které mají zúčastnění na obličejích masky a jejich úkolem je ztvárnit určitou emoci pouze za pomoci řeči těla zcela bez použití mimiky. Bublínková válka je technika, při které každý ze skupiny dostane bublifuk a snaží se ostatní zasáhnout za pomoci bublin a zároveň se vyhýbat bublinám ostatních. (Valenta, 2011, s. 151-157)

Teatroterapie je dalším paradivadelním systémem a zároveň je také řazena mezi expresivní terapie. Polínek (cit. dle Polínek, 2014, s. 167) ji definuje jako: „*expresivní terapeuticko-formativní přístup spočívající v celkové přípravě divadelního tvaru a jeho následné prezentaci před diváky s terapeuticko-formativním cílem, jehož účastníky jsou zpravidla jedinci se specifickými potřebami*“. Polínek tímto popisuje pouze produktivní formu teatroterapie, existuje však také receptivní formu, která spočívá především ve vnímání divadelního díla. Cílová skupina, ke které teatroterapie směřuje, je velmi různorodá, často jí bývají různě sociálně vyloučení jedinci např. osoby bez domova, závislí jedinci, jedinci s poruchami chování, ale také osoby s psychickými poruchami, mentálně retardovaní či osoby se specifickými potřebami.

Zatímco u jiných expresivních terapií se zdůrazňuje, že v nich zdaleka nejde o vytvoření uměleckého díla, ale hlavně o samotný prožitek při jeho tvoření, u teatroterapie je proces tvoření díla jen cestou k vytvoření finálního produktu – představení. O to jde zúčastněným především a léčebnou sílu procesu přípravy si často nemusí vůbec uvědomovat. V této souvislosti uvedeme výsledek výzkumu M. D. Polínka, který dospěl k tomu, že snaha o uměleckou kvalitu výsledného díla umocňuje léčebný efekt teatroterapie, tento efekt pak nazývá „paradoxem teatroterapeutického zacílení“ (2015, s. 41-42). Herci mohou také účinně projikovat svoje pocity a emoce do role, čímž dochází k podpoře katarze a celého ozdravujícího procesu.

Historie teatroterapie se prolíná s historií dramaterapie, kdy i její počátky lze spatřit v rituálech šamanů či v antickém divadle. Obor teatroterapie jako takový vznikl v 70. – 80. letech minulého století, kdy se začaly objevovat první divadelní inscenace hrané různě handicapovanými herci, a to také korelovalo s v té době aktuální snahou o integraci těchto osob. Postupně vznikalo v Evropě mnoho divadelních souborů, v nichž figurovali osoby se specifickými potřebami, nejčastěji uváděným je soubor Maatwerk z Rotterdamu. Jedním z průkopníků divadelní práce s pacienty u nás byl Jan Cimický, který takto pracoval s klienty už v sedmdesátých a osmdesátých letech minulého století. Také v České republice začaly vznikat divadelní spolky, fungující na principech teatroterapie např. Bohnická divadelní společnost či občanské sdružení DivaDno. S metodami teatroterapie pracuje také pardubická škola Svítání, která se zaměřuje na pomoc dětem i dospělým se zdravotním postižením. (Polínek, 2014, s. 168-169; Valenta a Polínek, 2013, s. 61-62).

Na procesu tvorby divadelního představení se nepodílejí pouze herci, jak by se na první pohled mohlo zdát. Důležitou úlohu zde sehrávají také ti, kteří se starají o tvorbu kostýmů, osvětlení, zvuk, kulisy, scénu apod., tyto pozice jsou vhodné pro ty, kteří se nechtějí veřejně prezentovat, přesto chtějí na představení participovat, i ti jsou tedy účastníky teatroterapie. Na představení se mohou podílet také profesionální herci, kteří vystupují v roli odborného poradce nebo mohou hrát v představení spolu s ostatními. Cíle teatroterapie bývají různé, záleží především na tom, kde a s kým je realizována. Polínek (2015, s.41) upozorňuje na ty cíle, které jsou v teatroterapii obecně platné: rozvoj komunikace (verbální i neverbální), zmírnění sociálních fobií, snížení sociální izolace, zlepšení sebekritiky, sebereflexe, sebekázně a smyslu pro povinnost, rozvoj kreativity, zlepšení schopnosti přizpůsobení, zvýšení sebevědomí, kontrola emocí, spontánnost a rozšíření repertoáru rolí pro život.

V České republice obor teatroterapie, který by vzdělával budoucí terapeutů, zatím chybí, ale určitou průpravu zájemcům o tento obor zajišťuje Ústav sociálně-pedagogických studií na Univerzitě Palackého v Olomouci – především oddělení expresivních terapií

a osobnostně-sociálního rozvoje, které vede odborník v této oblasti Milan Valenta. V Olomouci se také každoročně konají teatroterapeutické konference, v roce 2017 již sedmý ročník. Teatroterapeuty se stávají často speciální pedagogové, herci a další humanitně zaměřeni jedinci. Přesto, že se teatroterapie v našich podmínkách příliš studovat nedá, existují předpoklady, které by měl teatroterapeut splňovat. Polínek (2014, s. 190-191) se domnívá, že by měl mít jistou průpravu v oblasti pedagogiky, speciální pedagogiky, psychologie, psychoterapie a psychiatrie (záleží především na klientele, se kterou pracuje). Dále by měl mít dovednosti z divadelní oblasti – herecké, dramaturgické, scénografické, režijní apod., jelikož terapeut bývá často tím, kdo v teatroterapeutických představeních zajišťuje pozici dramatika, režiséra atd. V neposlední řadě stojí také osobnostní předpoklady, které jsou pro tuto práci důležité např. autentičnost, ale také dobré organizační schopnosti či schopnost vést ostatní. Teatroterapeut je tím, od koho se celý proces i výsledné představení odráží.

Poslední expresivní terapií a zároveň paradivadelním systémem, který zde bude podrobněji popsán, je psychodrama. Psychodrama je metoda psychiatra a sociologa Jacoba L. Morena, která je založená na improvizaci a využívána zejména při léčbě úzkostí, strachu či fobií. Tato metoda pomáhá klientovi pochopit a řešit vlastní zážitky, konflikty, afekty, přání, postoje apod. (Müller, 2013, s. 67) V psychodramatu se využívá především čtyř hlavních činitelů, kterými jsou jeviště, hlavní protagonista, režisér – terapeut a nakonec publikum a pomocní herci. Hlavní protagonista – klient, zde na rozdíl od jiných paradivadelních systémů hraje roli sebe sama a celé psychodrama je soustředěno na jeho konkrétní situaci, problém, příběh. Ke ztvárnění svého příběhu má hlavní protagonista k dispozici pomocné herce a také režiséra, který ho v jeho hraní podporuje a zároveň celý proces psychodramatu řídí. Diváci mohou protagonistovi dávat zpětnou vazbu, a to nejen při závěrečném reflektování, ale také během samotného hraní.

Nejčastěji užívanými technikami v psychodramatu, které uvádí Müller (2013, s. 67), jsou hraní vlastní role (spolu s někým dalším), výměna rolí (protagonista hraje některou negativní postavu ze svého okolí), zrcadlo (pomocní herci hrají protagonistu a on sleduje), monolog (protagonista vyjadřuje nahlas své vnitřní pocity a myšlenky) a alter ego (pomocný herec hraje protagonistovo „druhé já“).

Dalšími paradivadelními systémy jsou např. psychogymnastika, která využívá prostředků pantomimy k vyjádření vlastních pocitů, myšlenek, situací nebo sociodrama, které má mnohé společné s psychodramatem, ale místo individuálních problémů řeší spíše společenské situace.

1.3 Tanečně pohybová terapie

Tanečně pohybová terapie bývá rovněž spojována s názvy taneční terapie či choreoterapie, a také v této práci budou využívána všechna tato označení pro pojmenování téhož pojmu. Nejčastěji užívanou definicí pro vymezení tanečně pohybové terapie bývá formulace Asociace americké taneční terapie. Ta uvádí, že tanečně pohybová terapie je „*psychoterapeutické využití pohybu k podpoře emocionální, sociální, kognitivní a fyzické integrace jedince*“ (American dance therapy association).

Podobně jako ostatní expresivní terapie má také taneční terapie svoje kořeny v dávné minulosti, kdy se tanec využíval k nejrůznějším obřadům a rituálům, které měly zajistit zdraví, plodnost nebo doprovázely důležité životní události jako je sňatek, narození či úmrtí. Někteří dokonce tvrdili, že tanec spolu s hudbou funguje jako protilék na kousnutí tarantule. Základy tanečně pohybové terapie, která už se podobala té, kterou známe dnes, se začaly formovat ve čtyřicátých letech 20. století ve Spojených státech amerických. Za všechny představitele prvních tanečních terapeutů zmíníme M. Chaceovou a F. Boasovou, které se nejvíce zasadili o rozvoj této expresivní terapie. M. Chaceová pak byla dokonce první prezidentkou Asociace americké taneční terapie, jež byla založena v roce 1966. S průnikem taneční terapie do Evropy jsou spojeny především instituce Labanovo centrum pro pohyb a tanec (v Londýně) a Francouzská společnost pro psychoterapii tancem, které vznikly v osmdesátých letech 20. století. V roce 1993 zahájila svoji činnost Evropská asociace taneční terapie. (Čížková, 2005, s. 13-27)

V České republice aktuálně probíhá již čtvrtý dlouhodobý výcvik (první byl zahájen v roce 1997) v tanečně pohybové terapii, který připravuje budoucí taneční terapeutky a je složen z teoretické, sebezkušenostní a supervizní části. V roce 2002 vznikla Asociace tanečně pohybové terapie ČR TANTER, která podporuje rozvoj tohoto oboru u nás, podporuje vzdělání a profesní rozvoj tanečních terapeutů, spolupracuje s dalšími organizacemi na národní i mezinárodní úrovni a snaží se také o osvětu mezi širší veřejností (Asociace tanečně pohybové terapie ČR TANTER).

Taneční terapie může mít formu individuální, párovou či skupinovou, může jí buďto vést terapeut nebo může být vyplněna improvizací a celému procesu může, ale také nemusí, být doprovodem hudba. Tanečně pohybová terapie má širokou škálu uplatnění, je určena všem, kteří se mohou hýbat a jak zdůrazňuje Dosedlová (2012, s. 112) není důležité, aby uměli tančit, a dokonce je vhodná i pro jedince upoutané na lůžko. Nejčastěji se taneční terapie uplatňuje při práci s mentálně i fyzicky handicapovanými jedinci, psychotickými pacienty, jedinci s poruchou příjmu potravy, sociálně vyčleněnými jedinci a velice užitečná je také u osob

závislých na toxických látkách. Nevhodné je užití choreoterapie při akutních fázích psychóz, panických atakách případně u těžkých forem deprese. Mezi cíle, které si tanečně pohybová terapie klade, řadí Čížková (2005, s. 35-36) jasnější vnímání a orientaci ve vztazích včetně vztahu k sobě samému, sebezpřijetí, možnost sebevyjádření, dosažení emoční a fyzické integrace jedince, vědomí těla a jeho hranic, realistické vnímání sebe sama, lepší zvládnání napětí, úzkosti a stresu, schopnost vyjádření pocitů přijatelným způsobem, zvládnutí impulzivního chování a obohacení pohybového repertoáru.

Existuje řada tanečně terapeutických směrů, technik a forem, které podrobně popisuje např. Dosedlová hned v několika publikacích (Dosedlová, 2012, s. 85-111; Dosedlová a Kantor, 2013, s. 19-41; Dosedlová, 2014, s. 338-353). Výtahem z jejich děl budou některé techniky a formy stručně představeny. Technika bazálního tance M. Chaceové je založena na spontánním tanci, který jedinci umožňuje symbolické vyjádření vnitřních pocitů. Autentický pohyb M. S. Whitehouseové spočívá v tom, že klient čeká na impuls, který přijde z jeho nitra a spustí samovolný pohyb, ten se pak dále rozvíjí v autonomní tanec. V Body-ego technice T. Schoopové jde o to, že terapeut zrcadlí pohyb klienta (studovala na strnulých pacientech) tak, aby byl navázán vztah mezi myšlením a tělem. Symbolická taneční terapie, jejíž autorkou je L. Sheleenová, pracuje s archetypy C. G. Junga. Rudolf von Laban vytvořil systém, s jehož pomocí se dá pohyb pozorovat, analyzovat a zaznamenat (podobně jako hudba, literatura apod.). Technika taneční terapie jako primitivní exprese vznikla ve Francii a vychází ze způsobu tance primitivních národů. Taneční forma zvaná psychobalet vznikla na Kubě a spočívá ve výcviku baletních dovedností, trénování choreografie a výsledkem je závěrečné vystoupení (v tomto směru lze spatřit podobnost s teatroterapií).

1.4 Muzikoterapie

Podle Muzikoterapeutické asociace České republiky je muzikoterapie „*léčebným a podpůrným postupem, v němž kvalifikovaný muzikoterapeut prostřednictvím pomáhajícího vztahu, hudby a hudebních elementů provází klienta nebo skupinu v terapeutickém procesu*“ (Muzikoterapeutická asociace České republiky, 2017). Základními prostředky v muzikoterapii jsou rytmus, melodie a harmonie, ovšem tak jako u jiných expresivních terapií, ani zde není třeba uměleckého nadání, aby se do ní jedinec mohl zapojit. Častá je kombinace muzikoterapie s další expresivní terapií např. arteterapií či tanečně pohybovou terapií, kdy receptivní vnímání hudby slouží jako podklad pro tvořivý proces.

Využívání hudby k léčebným účelům není otázkou posledních let, ba ani století, už v dávných dobách se věřilo v léčivou sílu nejrůznějších rituálů a obřadů, které byly

doprovázeny hudbou. Také ve starověkých civilizacích, jakými jsou např. Řecko, Řím či Egypt, už dokázali využít léčebný potenciál hudby, a přestože ve středověku se na tyto poznatky poněkud pozapomnělo, v období renesance a novověku se propojení mezi tělesným a duševním stavem člověka a hudbou znovu začala věnovat pozornost. Po druhé světové válce byly založeny první muzikoterapeutické školy ve Švédsku a v Americe, začaly se otevírat studijní obory muzikoterapie a vznikaly také muzikoterapeutické asociace – Národní asociace pro muzikoterapii (1950), Britská společnost pro muzikoterapii (1958), Americká asociace pro muzikoterapii (1971) a Americká muzikoterapeutická asociace (1998), která funguje dodnes a další. V současnosti jsou nejdůležitějšími organizacemi na poli muzikoterapie Evropská muzikoterapeutická konfederace a Světová federace muzikoterapeutů. O rozvoj muzikoterapie v České republice se zasloužili např. K. S. Amerling, F. Bakule či J. Vodňanská. Dnes jako zastřešující organizace muzikoterapeutů u nás funguje Muzikoterapeutická asociace České republiky, která vznikla v roce 2012 spojením České muzikoterapeutické organizace a České asociace muzikoterapie a dramaterapie. Tato asociace usiluje o rozvoj a odbornou úroveň oboru, profesní rozvoj členů, spolupracuje s dalšími institucemi v oblasti expresivních terapií a snaží se šířit povědomí o muzikoterapii napříč českou společností (Gerlichová, 2014, s. 16-18).

Muzikoterapie může mít podobu individuální, kde se setkává pouze terapeut a klient, skupinovou, ve které se setkává terapeut a menší skupina nebo komunitní, kde terapeut pracuje s přirozeně existujícími skupinami jako jsou rodiny, pracovní týmy nebo školní třídy (Mastnak a Kantor, 2014, s. 271). Kantor, Lipský a Weber (2009, s. 26) uvádějí tzv. nehudební cíle, kterých se terapeut spolu s klientem skrze muzikoterapii snaží dosáhnout – léčba, učení, rozvoj sociálních interakcí a komunikace, sebevyjádření, motivace, zvládnutí bolesti a stresu, zvýšení kvality života, osobnostní a spirituální rozvoj.

Muzikoterapie je vhodná pro klienty všech věkových skupin neohledně na pohlaví, z léčebného pohledu je pak zvláště vhodná pro jedince s mentálním postižením, s duševní poruchou, s poruchami příjmu potravy, se sexuálními poruchami, s diagnózou závislosti, se specifickými poruchami učení, autistické klienty a další, ale také ji samozřejmě může využívat zdravá populace. Ke kontraindikaci muzikoterapie dochází u klientů s akutní psychózou, epilepsií, depresí, úzkostnou poruchou či suicidálními sklony. Podobně jako u jiných expresivních terapií také v muzikoterapii se můžeme setkat s receptivní a produktivní formou. V receptivní formě se uplatňuje např. poslech hudby či imaginace a produktivní znamená vlastní hudební produkci, která může vzniknout pomocí hlasu, hry na nástroj nebo hry na tělo.

Müller (2013, s. 65) uvádí několik hlavních metod, které mají zásadní místo v muzikoterapii. Hudební improvizace je založena na spontánním a přirozeném projevu jedince. Hudební interpretace spočívá v reprodukci již vytvořeného, známého hudebního díla. Zpěv písní zlepšuje řečový projev jedince, slouží k odreagování apod. Psaní písní a kompozice hudby slouží k sebevyjádření jedince pomocí kreativního tvoření písní, textů, skladeb a dalších. Hudební vystoupení je podobně jako předchozí metoda prostředkem seberealizace klienta. A konečně – pohybové, dramatické, výtvarné a další aktivity při hudbě např. imaginace, které jsou důkazem propojení jednotlivých expresivních terapií.

V České republice není problematika muzikoterapie včetně profese muzikoterapeuta nijak legislativně ukotvena a muzikoterapii zde nelze ani studovat v rámci vysokoškolského studia, a tak veškeré nároky na profesní kvalifikaci a předpoklady pro výkon povolání muzikoterapeuta jsou přejímány ze zahraničních modelů. Kantor, Lipský a Weber (2009, s. 159-164) uvádějí některé vlastnosti a kompetence, které by měl každý muzikoterapeut mít, jsou jimi např. vztah k hudbě a také určité hudební dovednosti, absolvování muzikoterapeutického vzdělávacího programu (např. výcviku), který by měl zahrnovat teoretickou přípravu, sebezkušenostní výcvik a supervizi pod zkušeným muzikoterapeutem a také by měl mít chuť dále se profesionálně rozvíjet a vzdělávat za pomoci kurzů, samostudia, výcviků apod. Autoři upozorňují také na osobnostní kompetence, jež by měly být vlastní nejen muzikoterapeutům, ale všem těm, kteří pracují s lidmi. Mezi nejdůležitější řadí vstřícnost, empatii a autenticitu, ale také kreativitu, flexibilitu, smysl pro humor či schopnost přijímat kromě pozitivních také negativní projevy klienta.

1.5 Biblioterapie

Müller (2013, s. 72) definuje biblioterapie jako „*aplikaci prostředků literárního umění použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a další osobní předpoklady společensky i individuálně přijatelným směrem*“ a upozorňuje rovněž, že mezi ostatními expresivními terapiemi je díky svým omezeným možnostem biblioterapie terapií spíše doplňkovou. V České republice není biblioterapie zatím příliš probádána, publikací, které by se zabývaly touto tematikou je poskrovnu a neexistuje zde ani žádná instituce, která by biblioterapeuty zaštiťovala nebo dále vzdělávala. Snad jediná instituce, která se u nás biblioterapií zabývá více je Kabinet informačních studií a knihovnictví Filozofické fakulty Masarykovy univerzity.

Přestože termín „biblioterapie“ byl poprvé užit v roce 1916 S. M. Crothersem, který v novinovém článku popisoval léčbu psychických onemocnění za pomoci knih, první definice

byla vytvořena v roce 1941 a biblioterapie jako taková vzniká až vydělením z psychoterapie v padesátých letech 20. století. V 70. letech pak dochází k rozdělení biblioterapie do tří oblastí na biblioterapii klinickou, institucionální a vývojovou. (Svoboda, 2014, s. 198)

Biblioterapie je vhodná pro široké spektrum klientů, zejména se užívá při léčbě závislostí, traumat, u klientů se specifickými potřebami, u dětí agresivních a anxiózních, u osob s psychiatrickou diagnózou, u seniorů, u dětí se syndromem CAN nebo také ve věznicích. Biblioterapie je ovšem taktéž určena pro lidi zdravé, kteří neřeší žádný závažný problém, ale kteří chtějí touto cestou podpořit seberozvoj. Biblioterapie může probíhat formou autobiografie, kdy klient prochází procesem zcela sám a svoje postřehy a pocity nesdílí s nikým jiným nebo formou individuální terapie, ve které figuruje pouze klient a terapeut nebo formou skupinovou či hromadnou, která probíhá ve společnosti více osob včetně terapeuta (rozdíl mezi skupinovou a hromadnou je pouze v počtu klientů).

Müller (2013, s. 72) uvádí některé funkce, které by měl literární text v biblioterapii plnit, jedná se o funkci – informační, výchovnou, konfrontační, estetickou, katarzní, identifikační, relaxační a prestižní. Biblioterapie má, tak jako jiné expresivní terapie, formu receptivní a produktivní. Při receptivní formě je klient konfrontován s určitým, již vytvořeným dílem, zatímco produktivní forma dává klientovi možnost, aby se sám pomocí slov vyjádřil. Mezi směry biblioterapie řadí Svoboda (2014, 209-228) psychosomaticky a psychosociálně orientovanou biblioterapii, biblioterapii psychorelaxační a relaxační, edukační biblioterapii, biblioterapeutické psaní deníku, biblioterapeutické tvůrčí psaní, narativní biblioterapii, lyrickou biblioterapii, polyestetickou biblioterapii a terapii virtuální. V rámci psychosomaticky a psychosociálně orientované biblioterapii pak Svoboda (tamtéž) uvádí některé knihy, vhodné pro klienty bojující s drogovou a alkoholovou závislostí – *My děti ze stanice ZOO* (Ch. Felscherinowová), *Žít, třeba i na kolenou* (J. Vacek), *Junky & smrt* (R. Drnovec, J. Drnovcová), *Pusinka* (K. Žilák), *Čtvrtý rozměr závislosti* (J. Minarčík), *Démon alkohol* (J. London), *Pijan* (H. Fallada).

K biblioterapii bývají řazeny také další expresivně terapeutické postupy, a to poetoterapie a skazkoterapie, které někteří vnímají jako podřazené biblioterapii a další je staví s biblioterapií na roveň. Poetoterapie je metoda, která k terapeutickému procesu využívá poezie, primárně aktivní psaní. Skazkoterapie je terapie využívající jako prostředek k procesu léčby pohádku.

2. Vymezení závislosti

Historie užívání psychedelických látek sahá hluboko do minulosti, kdy se tyto substance využívaly k léčení, věštění, ke komunikaci s nebeskými a podsvětními silami, při nejrůznějších šamanských rituálech apod. a zajišťovaly tak svým uživatelům transcendentální zážitky. Prakticky každá z dávných kultur (čínská, jihoamerická, řecká nebo africká) měla díky tamní flóře i fauně k dispozici nějaký specifický druh drogy. Ve středověku pak docházelo v Evropě k pokusům o vymýcení čarodějnictví a spolu s ním i užívání drog k čarodějnickým rituálům, v Americe k tomuto docházelo mezi kolonizovanými domorodci. V 18. století se v Evropě rozmohlo užívání návykových drog mezi umělci, k inspiraci užívali např. opium (E. A. Poe) či hašiš (Ch. P. Baudelaire, V. Hugo). V 19. století experimentoval s kokainem např. také Sigmund Freud, zakladatel psychoanalýzy. Než bylo v roce 1903 zakázáno používání kokainu v nápojích, byl součástí také oblíbené Coca-coly. S užíváním LSD je pak spojována především éra hippies v šedesátých letech 20. století. (Kudrle, 2003a, s. 83-89) Tento krátký exkurz do historie užívání drog měl za úkol přesvědčit čtenáře o tom, že problematika užívání návykových látek není pouze otázkou moderní doby či snad dokonce posledních let, ale naopak je stará jako lidstvo samo.

Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10), kterou vydala Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje syndrom závislosti jako „*Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládnutí při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritou v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí.*“ (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR). Tato obšírně pojatá definice v sobě zahrnuje mj. obecné znaky závislosti, které budou zmíněny níže. Lze si povšimnout, že ač definice poměrně rozsáhle vymezuje látkové závislosti, popis se vůbec nezmiňuje o závislostech behaviorálních, tedy nelátkových (např. patologické hráčství, závislost na práci, online závislosti apod.). MKN 10 operuje s nelátkovými závislostmi jen velmi okrajově, a to navíc pouze s některými, které řadí např. mezi návykové a kompulzivní poruchy, sexuální poruchy či poruchy příjmu potravy.

Podle Vacka a Vondráčkové (2014, s. 144-146) se trend spojit tyto dvě kategorie závislostí dohromady poprvé objevuje v páté revizi Diagnostického a statistického manuálu

duševních poruch (DSM – 5), jenž byl vydán Americkou psychiatrickou asociací v roce 2013. Autoři předpokládají, že obdobně si bude počínat také nově připravovaná MKN 11. Důvodů ke spojení behaviorálních a látkových závislostí je možné nalézt hned několik. Autoři uvádějí např. společné znaky z oblasti genetické, neurobiologické, osobnostní a klinické, často se vyskytující vzájemná komorbidita obou typů závislostí, podobné způsoby terapie a fakt, že oba druhy závislosti se vyznačují tím, že jedinec se nestává závislý přímo na droze nebo návykovém chování, nýbrž na prožitcích, které vyvolávají. Tato práce se bude zabývat jak závislostmi látkovými, tak behaviorálními.

Americká psychiatrická asociace v DSM – 5 řadí mezi základní znaky závislosti následující kritéria:

- 1) Uživatel bere větší množství látek, příp. je užívá delší dobu, než měl v úmyslu
- 2) Uživatel má zájem o regulaci v užívání látek a má za sebou již několik neúspěšných pokusů o omezení či vysazení látky
- 3) Velké množství času tráví uživatel obstaráváním látek, užíváním látek a zotavováním se z jejich účinků
- 4) Bažení čili craving, tedy nutková touha po užití drogy
- 5) Selhávání v sociálních povinnostech a rolích (rodina, práce, škola)
- 6) Uživatel pokračuje v užívání látek i přes sociální a interpersonální problémy, které mu droga způsobuje
- 7) Omezování či úplné vynechávání důležitých sociálních, profesních a rekreačních aktivit a zálib
- 8) Rizikové užívání látek v situacích, kdy hrozí fyzické nebezpečí
- 9) Pokračování v užívání látek i přes tělesné či psychické problémy, které jsou způsobeny nebo facilitovány užíváním látek
- 10) Zvyšování tolerance vůči látce
- 11) Odvykací stav při snižování látky (Raboch, Hrdlička a Mohr, 2015, s. 507 – 508).

Také v MKN 10 jsou uvedené znaky, typické pro závislost, jejich kritéria je možné najít přímo v definici závislosti (viz výše):

- 1) Silné přání užít drogu, tedy bažení
- 2) Zhoršené sebeovládání při užívání látky
- 3) Pokračování v užívání drogy i přes viditelně škodlivé následky
- 4) Upřednostňování užívání drog před jinými aktivitami a závazky
- 5) Zvyšování tolerance vůči droze
- 6) Odvykací stav.

Při porovnání kritérií závislosti DSM – 5 a MKN 10 si lze všimnout, že se ve většině případů překrývají, DSM – 5 některé z bodů rozvádí hlouběji. Kalina a kol. (2015, s. 192-193) uvádějí, že diagnostice syndromu závislosti podle MKN 10 by mělo dojít v případě, že se u jedince během posledního roku objeví minimálně tři z výše uvedených jevů. DSM – 5 má diagnostická kritéria závislosti pro každou skupinu látek jiná, nerozlišuje přitom syndrom závislosti od škodlivého užívání a užívá termínu „porucha užívání“.

Syndrom závislosti spadá (dle MKN 10) mezi „Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek“ spolu s akutní intoxikací, škodlivým použitím, odvykacím stavem, odvykacím stavem s deliriem, psychotickou poruchou, amnestickým syndromem, psychotickou poruchou reziduální a s pozdním nástupem. Tyto poruchy mohou být spojené s užíváním alkoholu, opioidů, kanabinoidů, sedativ nebo hypnotik, kokainu, stimulantů včetně kofeinu, halucinogenů, tabáku, prchavých rozpustidel, jiných psychoaktivních látek či více drog zároveň.

Nešpor (2011, s. 23-25) ve své publikaci popisuje další poruchy spojené s užíváním psychoaktivních látek (vyjma syndromu závislosti) následovně. Akutní intoxikace se diagnostikuje tehdy, jsou-li prokazatelné známky aplikace látky v nedávné minulosti (např. akutní opilost u alkoholismu). Při škodlivém užívání návykových látek dochází k fyzickému nebo psychickému poškození v důsledku užívání látky. Přítomnost odvykacího syndromu navazuje na nedávné vysazení či redukce látky po dlouhodobém užívání, poté co se vyloučí jiným onemocněním či poruchou nezávislou na užívání látky. Odvykací syndrom s deliriem je, jak je z názvu patrné, komplikován deliriem (např. delirium tremens u alkoholismu). Psychotická porucha podmíněná psychotropními látkami může být stanovena, nastal-li její začátek během užívání nebo nejpozději dva dny poté a její známky trvají maximálně šest měsíců. Pokud se porucha objeví déle než za dva dny po užití látky, jedná se o psychotickou poruchu reziduální a s pozdním nástupem, pro ni jsou typické tzv. flashbacky, tedy opakující se stavy dříve vyvolané drogou. Amnestický syndrom bývá spojen s rapidním zhoršením krátkodobé paměti, uživatel návykové látky svoje výpadky často vyplňuje konfabulacemi.

Jednotlivé závislosti nesou označení podle látky, která je předmětem závislosti. Druhy závislosti mohou být tedy následující: závislost na alkoholu F10.2, závislost na opioidech F11.2, závislost na kanabinoidech F12.2, závislost na sedativech nebo hypnoticích F13.2, závislost na kokainu F14.2, závislost na jiných stimulantech včetně kofeinu a pervitinu F15.2, závislost na halucinogenech F16.2, závislost na tabáku F17.2, závislost na organických rozpouštědlech F18.2 a závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách F19.2.

Pro závislost je typický začátek na „lehčích“ drogách a od nich se postupně dostávat k „těžším“. Termínem „přůchozí droga“ nazýváme právě takové látky, jejichž užívání vede k užívání látek rizikovějších, jsou jimi např. tabák, marihuana či alkohol. Jak ale upozorňuje Nešpor (2011, s. 46-47), přestože existuje spojení mezi užíváním tabáku, marihuany, alkoholu a tvrdších drog, nebylo zatím dokázáno, že se jedná o souvislost příčinnou. Nešpor (tamtéž) uvádí některé typické kombinace návykových problémů, které se vzájemně posilují, jde např. o závislost na alkoholu – závislost na tabáku – závislost na heroinu, závislost na tlumivých látkách – závislost na heroinu, závislost na konopí – závislost na jiných návykových látkách, patologické hráčství – závislost na alkoholu nebo pervitinu, závislost na práci – patologické hráčství, závislost na práci – závislost na alkoholu a jiných návykových látkách.

2.1 Vznik závislosti

Závislost je multifaktoriálně podmíněný fenomén, na tom se dnes autoři (např. Kalina 2015, Mühlpachr 2008, Nešpor 2011) zabývající se touto problematikou shodují. Hledat jednu jedinou teorii, která by vznik závislosti dokonale a bezpodmínečně vysvětlovala je stejně bláhové jako pokoušet se o kompletní přehled dosud publikovaných teorií vzniku závislostního chování. Z tohoto důvodu se ani v této práci nebudeme pokoušet o úplný výčet těchto teorií a omezíme se na ty nejznámější a nejčastěji uváděné.

Mühlpachr (cit. dle Štablová, 2008, s. 65-66) uvádí čtyři základní faktory které se vzájemně ovlivňují a podílejí se tak na vzniku závislosti. Jsou jimi droga (farmakologický faktor), osobnost (somatický a psychický faktor), prostředí a podnět. Faktor drogy je reprezentován látkou jako takovou se všemi jejími vlastnostmi. Psychický a somatický faktor osobnosti znamená odlišnou strukturu osobnosti i somatické stránky každého jedince, čímž se také náchylnost k podlehnutí závislosti stává individuální záležitostí. Prostor jedince je tvořeno především rodinou, vrstevníky a případně školou. Podnětem, který odstartuje závislost může být nějaká konkrétní situace, která zapůsobí jako spouštěč.

Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti si v poslední době získal mnoho zastánců, dost možná pro svoji komplexitu. Jak už z názvu vyplývá tento model spojuje jak biologické, tak zároveň psychické a sociální faktory vzniku závislosti včetně spirituálních aspektů. Mezi biologické faktory řadí Kudrle (2003b, s. 91-92) např. komplikace v době těhotenství matky či při porodu (zvláště pokud je matka sama závislá na alkoholu či drogách hrozí dítěti fetální alkoholový syndrom), dále vyšší tolerance vůči alkoholu u dětí alkoholiků či souvislosti mezi CNS a vznikem závislosti. Na psychické úrovni uvádí návyk plodu na látky tlumící stres matky během těhotenství, disharmonický vývoj dítěte a neadekvátní uspokojování

jeho potřeb, nedostačující podpora v době dospívání a hledání vlastní identity nebo také nepřiměřená pomoc při vyskytnutí různých duševních poruch a nemocí. Sociální aspekty vzniku závislosti jsou reprezentovány vztahy jedince a okolí, přičemž mezi ně můžeme zařadit kromě vlivu rodiny a vrstevníků také např. rasovou příslušnost jedince nebo sociální status rodiny. Spiritualita souvisí s touhou po jakémsi přesahu, nových dosud neobjevených zážitcích, to je také jeden z dalších důvodů, proč lidé začnou experimentovat s drogami.

Mezi biologické teorie vzniku závislosti řadí Mühlpachr (2008, s. 58-59) endorfinovou, genetickou a enzymovou teorii. Genetická teorie na základě dědičnosti předpokládá problém závislosti tam, kde se v předchozích generacích závislost už projevila. Enzymová teorie předpokládá u závislého člověka defekt v oblasti odbourávání alkoholu v játrech. Endorfinová teorie je založená na selhání endorfinového systému, který jedinec následně uspokojuje užíváním drog.

Mezi nejznámější psychologické teorie vzniku závislosti se řadí psychodynamická a behaviorální. Psychodynamická teorie předpokládá konflikt mezi potlačenou myšlenkou a obranou vůči ní, tento konflikt je následně řešen užíváním drog. Léčba spočívá v uvědomění si tohoto konfliktu a možnosti dál ho řešit. Behaviorální model chápe závislost jako naučené chování. Léčba probíhá odnaučením patologických vzorců chování za pomoci kognitivně-behaviorální terapie (Frouzová, 2003b, s. 126-127)

Sociologické teorie vidí příčinu vzniku závislosti ve společnosti. Mezi nejznámější patří teorie anomie E. Durkheima, která poukazuje na rozpad sociálních norem po válkách, revolucích apod., kdy také dochází k nárůstu závislostního chování. Další sociologickou teorií je teorie distribuce spotřeby alkoholu, ze které vyplývá, že čím větší je spotřeba alkoholu ve společnosti, tím rozšířenější alkoholismus v ní bude (Mühlpachr, 2008, s. 60).

2.2 Psychotropní látky

Pro komplexní pochopení problematiky závislostí je vhodné seznámit se s jednotlivými druhy psychotropních látek, jejich základní charakteristikou, účinky, riziky, způsobem léčení a dalšími alespoň elementárními informacemi o nich. Minařík (2008, s. 339) považuje drogu za látku se dvěma základními vlastnostmi, jednou z nich je psychotropní efekt, tedy že droga mění naše vnímání a prožívání a druhou je potenciál závislosti, což znamená, že její dlouhodobé užívání může vyvolat závislost.

Existuje několik hledisek, podle kterých můžeme drogy dělit, asi nejzákladnějším je rozdělení na legální a nelegální. Mezi legální patří např. alkohol či tabák, mezi nelegální pak např. marihuana, pervitin nebo heroin. Jiný způsob, jak dělit drogy, je rozdělení na přírodní,

polosyntetické a syntetické. Přírodní drogy lze připravit a konzumovat bez chemického zpracování, mezi ně patří konopí, opium či koka. Polosyntetické drogy pochází z přírodních produktů, ale dále se před konzumací musejí chemickým procesem zpracovat, příkladem polosyntetické drogy je heroin (vyrobený z opia) či kokain (z lístků koky). Syntetické drogy jsou vyráběné z čistě chemických přísad (Občanské sdružení NET). Dělení na drogy měkké a tvrdé je hojně využívané a znamená v podstatě dělení podle míry rizika v oblasti fyzické, psychické a sociální. Mezi měkké drogy můžeme zařadit marihuanu, hašiš, ale také např. kávu nebo čaj, příkladem tvrdých drog může být morfin, heroin či toluen. Drogy se dají dělit také podle jejich účinku na psychiku, a to na tlumivé látky neboli narkotika, které zpomalují psychomotorické tempo, psychomotorická stimulantia, které naopak urychlují myšlenkové tempo i motoriku a halucinogeny, pro něž je typické změněné vnímání (Minařík, 2008, s. 339).

V následujících odstavcích bude předloženo rozdělení a podrobnější popis jednotlivých psychotropních látek a jejich účinků vycházející z Minaříka a Kmocha (2015, s. 49-83).

Alkohol

Alkohol (ethylalkohol, etanol), vzniká kvašením cukrů, ovlivňuje některé neurotransmiterové systémy a tím dosahuje psychotropního účinku. Jeho užívání je rozšířeno všude po světě a ani Česká republika není výjimkou, alkohol je zde legální a roční spotřeba čistého alkoholu se pohybuje okolo 10 litrů na obyvatele, v konzumaci piva jsme pak dokonce světovou jedničkou. Syndromem závislosti na alkoholu je v ČR postiženo přes 300 000 jedinců. Přestože jsou možné i jiné aplikace, užívá se alkohol nejčastěji perorálně.

Účinky alkoholu se u každého mírně liší, klasická je prostá opilost, v menších dávkách působí alkohol stimulačně, ve větších naopak tlumivě. Ze začátku intoxikace má jedinec dobrou náladu, vyšší sebedůvěru a více energie, později se dostavuje snížení zábran a sebekritičnosti, únava, útlum a spánek. Intoxikace alkoholem má čtyři stádia: lehkou opilost (excitační stadium), opilost středního stupně (hypnotické stadium), těžkou opilost (narkotické stadium) a těžkou opilost se ztrátou vědomí. Mezi nežádoucí účinky alkoholu patří porucha rovnováhy, zpomalení reakčního času, nevolnost, zvracení, agresivita nebo vážnější účinky jako jaterní cirhóza, nádorové onemocnění v trávicím traktu, diabetes, poruchy vědomí až smrt.

Odvykací stav po dlouhodobém a intenzivním užívání alkoholu se po vysazení rozvíjí během několika hodin až dnů, odezní zpravidla do týdne. Vyznačuje se psychomotorickým neklidem, třesem, pocením, úzkostí nevolností, zvracením apod. Nejvážnější forma odvykacího stavu je tzv. delirium tremens, při něm dochází k poruše vědomí, dezorientaci a halucinacím,

paranoidním bludům, často končí letálně. Užíváním alkoholu vzniká riziko tělesní i psychické závislosti.

Jellinek (cit. Dle Minařík a Kmoch, 2008, s. 54) rozděluje vývoj závislosti do čtyř fází:

1. počáteční (symptomatická),
2. varovná (prodromální),
3. rozhodná (krucální),
4. konečná (terminální)

a vymezuje také pět typů závislosti na alkoholu:

1. typ alfa – problémové pití (často o samotě),
2. typ beta – příležitostný abúzus (pití ve společnosti),
3. typ gama – závislost na alkoholu, především psychická (preferenci piva a destilátů),
4. typ delta – denní konzumace alkoholu, udržování hladinky (preferenci vína) a konečně
5. typ epsilon – epizodický abúzus, tzv. kvartální pijáctví (s obdobími delší abstinence).

Léčba alkoholové závislosti spočívá v detoxifikaci za pomoci farmakoterapie, k podpoře abstinence se (především dříve) používal disulfiram známý více jako antabus, který ve spojení s alkoholem vyvolává nepříjemné stavy. Vhodné jsou také léky na zvládnání cravingu, psychoterapie, arteterapie, jóga a další.

Opioidy a opiáty

Tato skupina látek, jejíž název je odvozen od opia (sušené šťávy z nezralých makovic), je typická tlumivými účinky a euforickým efektem. Mezi zástupce patří morfium, kodein, heroin, metadon, buprenorfin či braun. V České republice je přibližně 10 500 problémových uživatelů. Nejrozšířenějším opioidem ve světě je heroin, v ČR pak substituční látka buprenorfin (Subutex). V této skupině návykových látek se často objevuje zneužívání opioidních analgetik na lékařský předpis. Nejčastější je intravenózní aplikace, možná je ale také aplikace intranazální (nosní dutinou), inhalace po zahřátí na alobalu či kouřením.

Mezi kýžené účinky opioidů patří zklidnění, analgetické účinky a euforie, doprovázené sníženým vnímáním tělesných pocitů. Dále dochází k útlumu nervového systému, změlení dechu, zvracení, svědění (typické je škrábání uživatelů opioidních látek), zúžení zornic, pokles tělesné teploty a další. U této skupiny látek dochází k psychické i somatické závislosti. Odvykací stav se dostavuje několik hodin až dní po eliminaci látky, mezi jeho příznaky můžeme zařadit neklid, tělesnou bolest, pocení, třesy či nechutenství. Největším rizikem u opiátů je těžko odhadnutelná účinnost dávky a s tím související předávkování, které se často stává uživatelům osudným.

Léčba závislosti na opiátech probíhá nejprve detoxifikací, při které je droga nahrazená jiným opiátem (metadonem nebo buprenorfinem), jehož dávka se postupně snižuje – tzv. substituční léčba. Dalšími aspekty léčby je režimová léčba a psychoterapie, po absolvování léčby je vhodné docházet dále na doléčování.

Farmaka s psychotropním účinkem

Různorodá skupina farmak s psychotropním účinkem, u kterých dochází k užití lékařem (příp. výrobcem) neschváleným způsobem. Nejčastěji jsou zneužívány opioidní analgetika, sedativa, hypnotika, anxiolytika, ale také antiepileptika či antidepressiva. Tyto látky zpravidla zklidňují a působí proti strachu a úzkosti. Nejčastěji zneužívanými psychofarmaky v České republice jsou benzodiazepiny. Aplikace těchto látek probíhá perorálně, často jsou užívateli kombinovány s alkoholem.

Primárním účinkem zneužívaných farmak je tupě euforický stav podobný opilosti, zklidnění, redukce strachu a úzkosti. Účinky se dostavují během několika desítek minut po požití látky a trvají rozdílnou dobu v závislosti na dané látce. Nežádoucím účinkem je únava, ospalost, porucha koordinace pohybů někdy dokonce až poruchy kognitivních funkcí. Odvykací stav vyvolává nespavost, neklid či anxiету, ve vážnějších případech třes, pocení, panickou ataku, halucinace, delirium a může končit rovněž smrtí jedince. U látek s psychotropním účinkem může dojít k psychické i fyzické závislosti, rizikem je také předávkování až otrava, v takových případech se léčba orientuje především na udržení základních životních funkcí. Redukovat příjem látek v rámci léčby se doporučuje provádět postupně.

Konopné drogy

Konopné drogy se vyrábí z rostliny konopí, neaktivnější psychotropní látkou v ní obsaženou je THC, další látkou je např. kanabidiol. Zástupci této skupiny jsou marihuana, hašiš či hašišový olej. V rámci produkce a obchodování je konopí nejrozšířenější nelegální drogou v Evropské unii, nejčastěji je užívána jedinci kolem 15 až 24 let věku. Nejčastějším způsobem aplikace je kouření, kdy účinek drogy nastává ihned poté a vrcholí během dvaceti minut, při perorálním požití začne látka účinkovat do půl hodiny a vrchol se objevuje po 1 až 5 hodinách.

Mezi kýžené účinky konopných drog lze zařadit zklidnění, euforii, veselou náladu a zostření smyslového vnímání, naopak negativními účinky jsou zmatenost, poruchy krátkodobé paměti, obsedantní myšlenky, zhoršená pozornost, úzkost nebo dokonce halucinace. Průběh intoxikace můžeme rozdělit do tří fází: v první fázi se dostavuje sevřenost a úzkost, ve druhé pocit zklidnění, blaženost, často také bezdůvodný smích, ve třetí fázi dochází

ke zmatenosti, únavě a otupělosti. Odvykací stav u této skupiny drog nebývá nijak významný, mohou se objevit poruchy spánku, pozornosti a psychomotorický neklid. Také psychická ani fyzická závislost se u konopných drog neobjevuje, rizikem může být vyvolání doposud skryté duševní poruchy a tzv. flashbacky. Léčba nemá žádná specifika a léčí se vesměs pouze symptomy, které konopné drogy vyvolaly.

Halucinogeny

Halucinogeny jsou skupinou látek, mezi jejichž hlavní charakteristiky patří změna vnímání (od zostření po halucinace,) spolu s ním se dostavuje změna kognice a nálady. Halucinogenní látky najdeme v přírodě např. v houbách lysohlávkách, kaktusu peyotlu, v muškátovém ořechu, v některých muchomůrkách a na dalších místech. Mezi zástupce těchto drog můžeme řadit LSD či psilocybin (látku obsaženou v lysohlávkách). Halucinogeny jsou rozšířeny po celém světě, někdy se setkáváme s experimentováním s těmito látkami u mladistvých, které může končit otravou. Nejčastější užití této drogy bývá perorálně, někdy pod jazyk či kouřením, v závislosti na aplikaci se pak liší rychlost dostavení účinků.

Jak už jsme uvedli výše, typickým účinkem halucinogenů je změna vnímání, časté jsou zrakové a sluchové iluze, iracionální a nelogické myšlení spolu s pocitem euforie. Rizikovým účinkem může být tzv. bad trip (intoxikace je doprovázena úzkostí, panikou, paranoiou, atd.), flashback, stav derealizace a depersonalizace, nevolnost až zvracení, u některých látek pak může dojít až k organickému poškození.

Odvykací stav se u halucinogenních látek nevyskytuje, stejně tak ani psychická a fyzická závislost. Léčba spočívá v léčení příznaků a v případě potřeby též za pomoci psychoterapie.

Psychomotorická stimulancia

Tato skupina látek má povzbuzující efekt a kvantitativně zvyšuje výkonnost na úkor kvality. Zástupcem psychomotorických stimulantů je např. kokain, metamfetamin (pervitin), amfetamin. V České republice je nejrozšířenější užívání metamfetaminu, problémových uživatelů je zde kolem 20 500. Užívání kokainu je finančně nákladné a v ČR málo rozšířené, v rámci Evropské unie je tomu naopak. Užití psychomotorických stimulantů je především injekční formou, případně nosní dutinou, pro crack je typické kouření.

Účinky psychomotorických stimulantů slibují odstranění únavy, rychlejší myšlení, výřečnost a více energie. Zároveň může docházet k nechutenství a s tím spojený snížený příjem potravy, které dlouhodobě vede k hubnutí, nepříjemný může být pocit sucha v ústech, pocení, stíha či pohybové stereotypy, ve vážných případech může dojít až k selhání srdce.

U psychostimulancií dochází pouze k psychické závislosti, odvykací stav však může doprovázet únava, neklid, bažení a stav vyčerpání. Rizikem užívání těchto látek může být toxická psychóza, přetížení organismu a úzkostné až panické stavy při aplikaci látky. Léčba kromě detoxifikace vyžaduje také dlouhodobou psychoterapii, užití substituční léčby u tohoto druhů látek je komplikované.

Těkavé látky

Skupina chemických látek s primárně narkotickým účinkem. Mezi zástupce těkavých látek patří např. toluen, acetyl, chloroform a také složky nacházející se v některých lepidlech, ředidlech a rozpouštědlech. Časté je užívání těchto drog při nedostatku drogy primární, v porovnání s ostatními látkami jsou totiž poměrně dobře finančně dostupné, a tak jsou také typickou drogou nižších sociálních vrstev. Způsobem aplikace těkavých látek je inhalace, nejčastěji pomocí igelitového sáčku či napuštěného hadříku, účinky podobné opilosti odeznívají po několika minutách a následuje stav podobný kocovině.

Kýženým účinkem je euforický pocit s halucinacemi, následně však dochází k účinkům nežádoucím, kterými mohou být nevolnost, útlum CNS, poruchy vědomí, obrna dýchacího centra či deteriorace intelektu. Odvykací syndrom se neobjevuje, dochází pouze k silnému pocitu bažení. Organická rozpouštědla působí psychickou závislost, dalším rizikem je organické poškození mozku, k němuž může při užívání dojít stejně jako k poškození dýchacích cest a k selhání srdce. Jediná možná léčba je abstinence (nejlépe doplněná o psychoterapii), při pokračování v užívání je prognóza nepříznivá.

MDMA a taneční drogy

Skupina syntetických látek, jejichž název odkazuje na nejčastější místa užití, a to na akcích, které povětšinou doprovází reprodukováná hudba a tancování. Nejtypičtějším zástupcem je extáze, charakteristickou uživatelskou základnou pak mladí lidé. Taneční drogy se užívají zpravidla perorálně a jejich účinek se dostavuje přibližně půl hodiny až hodinu po požití.

Účinky tanečních drog se dostavují ve dvou fázích. V té první figuruje neklid a zmatenost, ve druhé pak nastupuje pohoda, uvolnění stresu, veselá nálada. Při užití v páru a ve skupině se zvyšuje komunikativnost, náklonnost k ostatním a potřeba dotýkat se druhých. Mezi nežádoucí účinky se řadí nevolnost až zvracení, zvýšené napětí, pocení, sucho v ústech, tachykardie, hypertenze a další. Několik dní po odeznění látky se dostavuje stav podobný kocovině. Odvykací stav se u tanečních drog neprojevuje, může se projevit silné bažení.

Namísto léčby je u tanečních drog významná především prevence, a to v podobě dostatečného přísunu tekutin při užití drogy.

Tabák

Tabák je rostlina s psychotropní látkou nikotin. V České republice je v populaci nad 15 let přibližně 30 % kuřáků a obdobně je na tom také EU. K aplikaci tabáku dochází klasicky kouřením, možné je ovšem také jeho požívání příp. pití odvarů. Ritualizovaný způsob a sociální charakter kouření vede často ke vzniku závislosti. Mezi pozitivní účinky vyvolané tabákem patří bdělost, soustředěnost a lepší paměť, tabák dále potlačuje podrážděnost a snižuje chuť k jídlu. K nežádoucím účinkům lze přiřadit zvýšenou sekreci žaludečních šťáv, podráždění dýchacích cest případně jejich zánět, nechutenství, průjem, poruchu potence u mužů, poruchy spánku a další.

V rámci odvykacího stavu se objevuje silné bažení po nikotinu, podrážděnost, narušená pozornost, úzkost či neklid, zvýšená chuť k jídlu. Tabák způsobuje fyzickou i psychickou závislost, dalším rizikem je postižení koronárních tepen či nádor plic. K léčbě lze využít substituční léčbu nikotinem ve formě náplastí, žvýkaček a podobně, důležitá je také psychoterapie, které se ale málokterý kuřák rozhodne zúčastňovat.

2.3 Nelátkové závislosti

Již výše jsme si uvedli, že kromě látkových závislostí existují také závislosti nelátkové, které jsou jinak označovány také jako behaviorální nebo jako závislosti na procesech. Přestože se nelátkové závislosti v mnohém podobají látkovým (např. ztrátou kontroly, rizikovým jednáním či problémy v sociální oblasti), ne ve všech případech jsou klasifikacemi duševních poruch uznané skutečně za závislosti. Asi nejdále se v tomto pohledu posunulo gamblerství, které je v MKN 10 zařazeno jako patologické hráčství mezi nutkavé a impulzivní poruchy a v DSM - 5 je dokonce součástí kategorie „Užívání drog a závislostní chování“ spolu se všemi látkovými závislostmi. Následující výčet a popis zcela jistě nebude úplný, ale podá alespoň základní přehled a informace o nejčastěji se vyskytujících behaviorálních závislostech.

Patologické hráčství

Vacek (2014, s. 17) definuje patologické hráčství jako závislost na hraní hazardních her, která je charakteristická častými, opakovanými epizodami a v životě závislého jedince má dominantní postavení. Mezi hazardní hry se zde ovšem nepočítají pouze „výherní“ hrací přístroje (uvozovky jsou zde více než na místě, jelikož žádnou výhru člověku skutečně nepřinášejí), ale také hraní tzv. technických her (např. elektromechanické rulety a kostky nebo online video-loterijní terminály), hraní v kasinech, kurzové sázky, karetní hry, ale také loterie

(Prunner, 2008, s. 47-55). Po roce 1989, kdy gamblersství v České republice naplno prorazilo, bylo hraní příznačné spíše pro vyšší střední vrstvy, touha po rychlém zbohatnutí následně pronikla především mezi mladé lidi a nižší společenské vrstvy (Frouzová, 2003a, s. 267). Mezi nejvýraznější symptomy lze zařadit zaujetí hrou, zvyšování sázek, ztrátu kontroly nad hraním a lhaní (nebo dokonce podvody) spojené s hrou či obstaráváním prostředků ke hře. Z průzkumu Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti a INRES-SONES (In Vacek, 2014, s.35) vychází, že v ČR je více jak 80 000 lidí závislých na hazardu. Tomu jistě napomáhá také fakt, že sázet se v dnešní době dá už i pomocí moderních přístrojů (např. telefonu či počítače), sázení se tak stává ještě více jednodušším a rychlejším.

Závislost na hazardu obvykle prochází třemi fázemi. První je fáze výher, kdy jedinec hraje příležitostně a sní při tom o velké výhře. Následuje fáze proher, kdy se u jedince naplno projeví závislost, hraje častěji, zvyšuje vložené částky, skrývá své hraní před blízkými, začíná se zadlužovat, jeho život se točí pouze kolem hazardu. Poslední fází je fáze zoufalství, kdy se jedinec ocitá v bludném kruhu, kdy stále více prohrává a stále více sází, aby své vklady vyhrál zpět. Objevují se pocity viny, paniky a také myšlenky na sebevraždu.

K patologickému hráčství se váže také mnoho dalších souvisejících problémů, jedním z nich mohou být narušené rodinné a partnerské vztahy, závislý věnuje mnoho času hraní a obstarávání finančních prostředků k dalšímu hraní, lže a podvádí, dochází tak u něj následně k selhání v těch nejdůležitějších sociálních rolích. Také finanční problémy na sebe nenechají dlouho čekat, víra gamblersů, že vložené peníze do automatů dokáží vyhrát zpět, je bohužel mylná. Naopak do hraní investují stále větší částky a ty následně prohrávají. Na hraní si zpočátku půjčují u rodiny a přátel, když už jim nikdo z blízkých peníze nepůjčuje, vrhají se do nevýhodných úvěrů a tím také do dluhové pasti. Splácení nejsou se svou závislostí schopni zvládnout, a tak se často uchylují až ke kriminálním činům, aby získali zdroje pro financování dalšího hraní.

Závislost na televizi internetu, mobilních telefonech a online sociálních sítích

Všechny tyto závislosti pojí virtuální realita, kterou si jedinec užíváním těchto médií utváří, dává jí přednost před realitou skutečnou a uspokojuje v ní své nejrůznější potřeby. Jedinec v rámci užívání těchto prostředků ztrácí někdy i pojem o čase, zanedbává své okolí, povinnosti a ve finále i sám sebe. Problematika závislosti na televizi není v našem prostředí tolik aktuální jako například v USA, přesto můžeme říci, že také Češi tráví u televize více času, než je nezbytné. Nadměrné užívání internetu, chytrých telefonů a sociálních sítí (např. facebook a instagram) je především výsadou dětí, dospívajících a mladých dospělých, tyto generace

s těmito moderními technologiemi vyrůstaly, a je to pro ně tudíž více než přirozené. Rizikem se stává sociální izolace, jelikož jedinec si vystačí se sociálními kontakty skrze internet (chat, messenger, ...) a nemá tak vlastně ani důvod stýkat se s někým jinak než skrze obrazovku. Toto je nebezpečné zvláště u dětí, které zatím nemají vytvořenou žádnou reálnou sociální síť mimo prostředí internetu.

Mühlpachr (2008, s. 95) upozorňuje také na fyzické problémy, které se s užíváním těchto technologií pojí – poškozování krční páteře, špatné držení těla, zhoršená funkce krevního oběhu, přetěžování určitých částí těla spojené s poškozením šlach nebo problémy s očima při dlouhodobém sledování monitoru. Z hlediska prevence těchto závislostí je nejrozšířenější formou právě poskytování informací ohledně závislostí a rady, jak bezpečně užívat internet, alternativou je mediální výchova na základních a středních školách (Blinka a kol., 2015, s. 59).

Patologické nakupování

Patologické nakupování (či jinak shopaholismus nebo také oniomanie) není přesně zakotveno ani v Mezinárodní klasifikaci nemocí, ani v Diagnostickém a statistickém manuálu. Nešpor (2011, s. 42) se přiklání k možnému zařazení pod kategorii „jiné návykové a impulzivní poruchy“ (F63.8) a poukazuje také na možný povzbuzovač tohoto druhu závislosti a tím je rozpor mezi reálným Já a ideálním Já, který se takto závislí jedinci snaží kompenzovat právě nakupováním mnohých (a často navíc velmi luxusních) produktů. Nešpor (tamtéž) i Mühlpachr (2008, s. 100) uvádějí, že muži si typicky zvedají sebevědomí nakupováním elektroniky a sportovních potřeb, ženy pak oblečením a doplňky, kosmetikou či šperky. Závislost na nakupování je zpravidla častější u žen a nezřídka bývá spojená také s finančními problémy, někdy dokonce i se zadlužením. Objevují se charakteristické „tahy“ na obchodní centra, kdy dotyčný kupuje třeba i nepotřebné věci, tato tendence kulminuje v zimním období. Nakupování vede u závislého k redukci stresu a poklesu úzkosti, následují však pocity viny, hněvu či apatie. Při léčbě patologického nakupování hraje podstatnou roli psychoterapie a trénink sebeovládání.

Workoholismus

Workoholismus, čili patologická závislost na práci, také není nikde veden jako oficiální závislost, přesto jeví znaky závislosti. Workoholik se nadměrně zatěžuje prací, věnuje jí velké množství času a když zrovna nepracuje, alespoň na práci myslí (a vyvolává to v něm pocity viny). Pro jedince závislého na práci je typické, že nejradši všechnu práci dělá sám, nedeleguje úkoly na ostatní, protože je přesvědčen, že by to stejně nikdo nedokázal tak dobře jako on. Charakteristické je rovněž děláním několika věcí současně, stresování se termíny a rozmrzelost

při přerušení nebo nedokončení práce. Workoholismus se často vyskytuje společně s alkoholovou závislostí či patologickým hráčstvím.

Další nelátkové závislosti

Mezi další nelátkové závislosti bychom mohli zařadit také závislost na sexu, jejíž možná příčina spočívá v hypersexualitě (F52.7), což je kvantitativní porucha sexuálního pudu u mužů nazývaná satyriasis a u žen nymfomanie. Při léčbě sexuální závislosti je vhodné využívat psychoterapii a případně také farmakoterapii. Určitým druhem závislosti je také bulimie, která se řadí mezi poruchy příjmu potravy, pro níž je typické záchvatovité přejídání (často spojené s následným zvracením). Mezi behaviorální závislosti bývá někdy dále zařazována také kleptomanie (chorobné kradení), pyromanie (chorobné zakládání požárů), trichotilománie (chorobné vytrhávání vlasů nebo ochlupení), přejídání, závislost na jídle či závislost na cvičení.

2.4 Systém péče o závislé jedince

Prvním, kdo v České republice rozvinul myšlenku péče o uživatele návykových látek, byl Jaroslav Skála, jenž v roce 1948 založil první specializované zdravotnické zařízení pro léčení alkoholových závislostí v Praze u Apolináře. Postupně následoval vznik mnoha dalších zařízení podobného typu. První ambulantní zařízení pro léčbu nealkoholových závislostí – Středisko drogových závislostí – vybudoval v roce 1978 Jaromír Rubeš, to se posléze přeměnilo na zdravotnické zařízení DROP-IN, které bylo společně s občanským sdružením SANANIM po roce 1989 prvními vlastovkami v nestátní sféře. V devadesátých letech 20. století se systém ještě více rozšiřoval a specializoval a dnes lze říci, že u nás máme poměrně komplexní systém péče služeb pro závislé, jehož hlavními kritérii jsou právě ona komplexnost, provázanost, efektivita, rozsah a dostupnost (Bém, 2003, s. 155-157).

Terénní programy jsou sociální službou pro drogově závislé, jejímž specifickým je, že terénní pracovník oslovuje eventuální klienty přímo na ulici. Cílovou skupinou této služby jsou podle Hrdiny a Korčíšové (2003, s. 159) především mladí lidé experimentující s drogami, tzv. děti ulice, pravidelní uživatelé drog a problémoví uživatelé drog v rozvinutém stupni závislosti. Terénní programy se snaží jednak o snižování zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním (harm reduction), ale také o ochranu zdraví veřejnosti (public health). Mezi konkrétní cíle této sociální služby můžeme zařadit např. udržet nízký výskyt HIV/AIDS pozitivitu, snížení výskytu žloutenky typu B a C, předcházet kriminalitě, motivovat uživatele návykových látek ke změně životního stylu, navazování důvěry mezi klienty a další. Terénním pracovníkem musí být osoba psychicky i fyzicky odolná, se schopností komunikace s cílovou skupinou, někdy se pro tyto pozice využívá také bývalých či současných členů cílové skupiny.

Náplní práce terénního pracovníka je především výměna injekčního materiálu a distribuce zdravotnického materiálu (kondomy, náplasti apod.); poskytování základního zdravotního a sociálního poradenství a informací o návykových látkách, krizové intervence a motivačního tréninku, ale také mapování drogové scény v regionu (Hrdina a Korčíšová, 2003, s. 159-163).

Dalším prvkem péče o závislé jsou nízkoprahová kontaktní centra, jejichž hlavní poslání podle Libry (2003, s. 165-166) spočívá v poskytování anonymní krizové intervence, poradenství a zdravotní a sociální pomoc jedincům, kteří nejsou výrazně motivováni k léčbě. Podobně jako terénní programy se starají jak o eliminaci zdravotních a sociálních rizik uživatelů, tak o zdraví veřejnosti. Nízkoprahová centra jsou otevřena všem – uživatelům drog (podmínkou návštěvy centra na rozdíl od jiných systémů není střízlivost), ale také jejich blízkým a rodině. Richterová-Těmínová (2008, s. 373) považuje za základní cíle nízkoprahových kontaktních center např. navázání kontaktu s doposud skrytou klientelou, vytvoření vzájemné důvěry, motivování klientů ke změně životního stylu, pomoc uživatelům v krizi, zvýšení informovanosti klientů i veřejnosti.

Detoxifikační jednotka slouží klientům k zvládnání odvykacích stavů a intoxikace návykovou látkou. Detoxifikační jednotku navštěvuje jedinec nejčastěji před další formou odvykací léčby, dále pak např. po těžkém úrazu, před výkonem trestu odnětí svobody nebo pro nebezpečnost vůči sobě či okolí (Nešpor, 2003, s. 190). Detoxifikační jednotka může fungovat v rámci zařízení pro léčbu závislostí, samostatně v nemocnicích nebo jako ambulantní služba např. v domácím prostředí. Pracovní tým detoxifikační jednotky je tvořen lékaři, středním zdravotnickým personálem, sociálními pracovníky a terapeuty. V detoxifikační jednotce vyšetří a zhodnotí stav klienta, rozhodnou o užití farmakoterapie, poskytnou psychoterapeutickou a sociální pomoc a vytvoří pro klienty strukturovaný program (Richterová-Těmínová, 2008, s. 375-376).

Substituční léčba je vhodná pro klienty s těžkou a dlouhodobou závislostí na látkách opiátového typu, těm, kteří se už vícekrát pokoušeli o abstinenci, HIV pozitivním či těhotným ženám. Tato léčba probíhá v ambulantních zdravotnických zařízeních a spočívá v nahrazení nelegální návykové látky bezpečnějším lékem (metadonem a buprenorfinem). Klienti si buď docházejí pro lék do zařízení každý den, nebo je jim vydán na delší dobu domů. Při nedodržení pravidel substituční léčby může být jedinec z programu vyloučen (Richterová-Těmínová, 2008, s. 376-377). Popov (2003, s. 223) uvádí cíle substituční léčby, jimiž je např. omezení užívání nelegálních drog, skončení s injekční aplikací nebo alespoň omezení rizik spojených s užíváním drog.

Ambulantní léčba funguje v zařízeních zdravotnických i nezdravotnických, do nichž klient pravidelně dochází (nemusí tedy absentovat v zaměstnání a omezit kontakt s rodinou). Ambulantní léčbu nabízejí především AT poradny, ale také např. psychiatrické ambulance a psychologické poradny. Mezi cílovou klientelu nepatří pouze závislí uživatelé, ale také ti příležitostní a případně jejich rodina a další blízcí. Základním cílem tohoto typu léčby je změna klientova životního stylu a abstinence, využívají se k tomu prostředky vyšetření stavu klienta, farmakoterapie, psychoterapie, rodinná terapie a poradenství, sociální pomoc a další (Richterová-Těmínová, 2008, s. 378-379).

Denní stacionář v sobě zahrnuje prvky ambulantní i ústavní péče. Klienti sem docházejí obvykle ve všední dny minimálně na dvacet hodin týdně a účastní se zde strukturovaného programu, jenž má přesně daný časový harmonogram, pravidla a sankce. Součástí tohoto programu jsou např. skupinové terapeutické, pracovní, sportovní a kulturní aktivity. Výhodou denního stacionáře je, že klient se odpoledne vrací zpět do svého zázemí. Tento typ zařízení je vhodný pro závislé na alkoholu i drogách a stejně tak pro krátkodobě abstinující, typickými klienty jsou jedinci do 35 let. V denním stacionáři pracuje multidisciplinární tým složený z psychiatrů, psychologů, psychoterapeutů, sociálních pracovníků a dalších (Kalina, 2008, s. 179-185)

Střednědobá ústavní léčba probíhá nejčastěji na specializovaných odděleních v psychiatrických nemocnicích (dříve léčebnách) a obvykle trvá od tří do šesti měsíců. Dvořáček (2003, 195-196) uvádí nejzákladnější cíle: trvalá a důsledná abstinence, náhled na svoji závislost, řešení problémů vzniklých v důsledku závislosti nebo s ní spojených, zvnitřnění struktury dne a týdne a další. Mezi užívané prostředky léčby patří režim a strukturovaný program, psychoterapie, pracovní terapie, expresivní terapie, edukativní a racionální terapie, volnočasové aktivity, ale také např. propustky. O klienta se stará tým složený především ze zdravotních pracovníků včetně lékařů, dále pak psychologové, psychoterapeuti, sociální pracovníci či speciální terapeuti.

Terapeutická komunita je pobytové zařízení nabízející závislým klientům střednědobou nebo dlouhodobou péči v rozsahu přibližně 6 až 18 měsíců. Cílovou skupinou jsou jedinci se střední až těžkou závislostí, zpravidla od 18 do 35 let věku. Nešpor (2011, s. 93-94) uvádí, že v komunitě funguje řád, struktura a jasná a důrazně prosazovaná pravidla, jejichž porušení může vést až k ukončení léčby. Objevují se rozdíly mezi nováčky a osvědčenými členy, a to zejména ve výhodách a zároveň v nárocích na ně kladených. Cílem terapeutické komunity je změna životního stylu a osobní růst, prostředkem k těmto cílům je mj. společné rozhodování v komunitě, otevřená komunikace a konfrontace.

Doléčovací programy se vyznačují ambulantní formou a jejich hlavním principem je udržení životního stylu a změn chování klienta získaných během léčby či abstinence. Doléčovacích programů se účastní klienti, kteří absolvovali ambulantní nebo pobytovou léčbu a momentálně abstinují, případně klienti, kteří dokázali dojít k abstinenci sami, společným pojátkem je snaha o udržení jejich abstinence. Cílem doléčování je především udržení abstinence a předcházení riziku relapsu, k tomu se užívají prostředky skupinové a individuální psychoterapie, sociální práce, lékařské péče, práce s rodinou, dále volnočasové aktivity či chráněné bydlení (Richterová-Těmínová, 2008, s. 383-384).

3. Terapeutický proces

Léčba chorobné závislosti by měla nastoupit v případě, kdy jedinec není schopen zvládnout ji sám svépomocí. Heller (2011, s. 121) uvádí, že pro zvládnutí léčby závislosti je nejdůležitější náhled choroby a nutnosti léčby a následná doživotní abstinence od předmětu závislosti (alespoň tedy při závislosti na alkoholu, drogách či patologickém hráčství, u jiných např. při závislosti na nakupování nebo práci není úplná abstinence možná). Heller (2011, s. 131) dále zmiňuje, že při léčbě závislosti se zpravidla využívá kombinace programů ústavní a ambulantní léčby, v tomto systému léčby by měl klient strávit ideálně tři roky.

O systému péče o závislé jedince jsme hovořili už výše, proto zde nebude znovu rozebírán. Pro léčbu v našem prostředí je typická hospitalizace v ústavním zařízení trvající tři až čtyři měsíce a následné doléčování formou ambulantní léčby. Na principu střednědobé ústavní léčby funguje také léčba závislých klientů v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech (vyjma chronických závislostí). Ta na svých webových stránkách doporučuje délku doby hospitalizace u alkoholových závislostí přibližně tři měsíce, u patologického hráčství pak kolem šesti týdnů a zároveň doporučuje po ukončení ústavní léčby pokračovat v terapii ambulantní formou přibližně ještě další rok (Psychiatrická nemocnice v Dobřanech 2017).

Heller (2011, s. 131 – 132) vidí opodstatnění délky trvání léčby následovně: prvních šest až osm týdnů dochází k psychické a tělesné rehabilitaci klienta, kolem desátého týdne je klient schopen reálného náhledu na svojí situaci a také zvládat léčebný program, do třináctého týdne (tedy zhruba do ukončení programu) dokáže klient rozumně vyhodnotit svoje možnosti a vypracovat si také program pro udržení duševní i tělesné kondice, což je nezbytný předpoklad udržení bezdrogové diety nejen v době hospitalizace, ale také po propuštění do domácího prostředí. Pokud klientovi v ústavní léčbě zbývá ještě nějaký čas navíc, je vhodné jej věnovat řešení primárního problému. Také doléčovací program se věnuje řešení primárních problémů klienta, tedy těm, které pravděpodobně vedly k závislosti, kromě toho usiluje o ukotvení a stabilizaci změn v životním stylu klienta v jeho běžném prostředí.

3.1 Komplexní léčebný program

Jeřábek (2015, s. 249-250) zdůrazňuje, že základním principem organizace a struktury léčebného programu je bezpečný azyl, tedy bezpečný psychosociální prostor pro každého klienta. Jedinec by měl mít jistotu svého místa v prostředí léčebného zařízení podporovanou režimovým a materiálním zabezpečením. Konkrétně jde např. o dodržování jasně daných pravidel, jistotu ve vztahu klient – terapeut, nepřipustnost psychoaktivních látek, nepřipustnost erotických vztahů mezi klienty a samozřejmě také personálem zařízení až po jistotu místa

u společného stolu. Jeřábek zde rovněž upozorňuje na potřebu kontinuity léčby, která by měla vést postupně vzhůru prostřednictvím změn, nikoliv zahrnovat velké skoky, které klient nebude schopen zvládat.

Mezi základní pilíře komplexního léčebného programu patří podle Hellera (2011, s. 126) detoxifikace s navazující psychoterapií včetně rehabilitačních a resocializačních technik a podpůrné farmakoterapie. Farmakoterapie má svůj význam především při detoxifikaci, somatických komplikacích, u chronických závislostí a při léčbě duálních diagnóz, kdy se pomocí farmak řeší primární diagnóza (např. úzkosti, deprese, psychózy). Heller (tamtéž) dále uvádí, že dříve užívanou averzivní terapii dnes nahradila senzibilizující terapie, která zvýší klientovu vnímavost vůči návykové látce, a posílí tak jeho obranu proti vůči ní. Nejužívanějším prostředkem senzibilizující terapie je v dnešní době disulfiram neboli antabus.

Další složkou komplexního léčebného procesu je psychoterapie, tedy užívání psychologických prostředků k odstranění nebo zmírnění klientových obtíží tak, aby jejím prostřednictvím došlo u klienta k pozitivním změnám v jeho chování a prožívání. V České republice patří k nejužívanějším psychoterapiím hlubinná a dynamická psychoterapie, humanistická psychoterapie, kognitivně – behaviorální terapie, rodinná a systemická terapie, hypnotické a relaxační postupy a integrativní přístupy (Miovský, Bartošíková, 2003, s. 25), Heller (2011, s. 128-129) navíc uvádí ještě psychoterapii racionální, sugestivní, abreaktivní a interpersonálně korektivní a také uvádí některé nejběžnější formy psychotherapeutických programů – nácvik rolí v ohrožujících situacích, asertivní dovednosti, systematická desenzitizace, psychodrama, muzikoterapie, arteterapie, psychogymnastika, biblioterapie, socioterapeutický klub, manželská terapie a rodinná terapie. Lze si tak všimnout, že expresivně terapeutické postupy jsou v rámci psychoterapie běžnou součástí komplexního léčebného programu.

Heller (tamtéž) se domnívá, že nezastupitelné místo v léčbě závislostí mají rovněž přednášky o problematice závislosti, psaní deníků zajišťující každodenní komunikaci mezi klientem a terapeutem, psaní úvah, esejí a dalších elaborátů, ve kterých jedinec propracovává různá témata či problémy, jakož i sepisování rozsáhlého životopisu. V komunitních programech sehrávají důležitou roli také setkání celé komunity, kde je možné jednak probírat nejrůznější záležitosti týkající se komunitního života, a jednak komunita poskytuje jedinci zpětnou vazbu, která je při léčbě závislosti žádoucí. V kvalitních komplexních léčebných programech pak podle něj nechybí také pohybové aktivity jako např. ranní rozcvičky, jóga, běh či turistika a pracovní terapie. Součástí léčebných programů bývá rovněž režimová terapie a bodovací (informační) systém, které slouží k tomu, aby se klient naučil dodržovat časovou

strukturu dne a jasně daná pravidla, což se může zdát jako úkol hodný žáků mateřské školy, ale pravdou je, že mnoho závislých jedinců právě s tímto mívá největší problém. Při porušení režimu či pravidel jsou klienti penalizováni nejrůznějšími sankcemi (např. zákaz televize, zdržování se pouze v prostorech oddělení apod.). Léčebný program může být doplněn také o rodinné návštěvy. První kontakt klienta s rodinou by však měl být odložen až na dobu, kdy je na pacientovi znatelný pokrok v léčbě a rodina se po odchodu klienta na léčení stihla již stabilizovat (Heller, 2011, s. 130-131).

3.2 Cíle psychoterapie

„Psychoterapeutický proces je plánované a strukturované dění řízené terapeutem s cílem navození žádoucích změn v myšlení, prožívání a chování klienta.“ (Vymětal, 2010, s. 111). Kalina (2003, s. 97) cituje Světovou zdravotnickou organizaci, která za tři hlavní cíle v rámci léčby a sociální rehabilitace závislých považuje: 1) snížení závislosti 2) snížení nemocnosti a úmrtnosti způsobené nebo spojené s užíváním drog a 3) podporu rozvoje tělesného, duševního a sociálního potenciálu klientů a dosažení plné sociální integrace. Vedle těchto obecných cílů léčby závislostí si své vlastní cíle klade také psychoterapie.

Přestože některé cíle se u jednotlivých psychoterapeutických škol značně liší (jak dokládá např. Vymětal, 2010, s. 125-128), lze najít rovněž cíle, které mají společné. Takové se týkají čtyř základních, vzájemně se ovlivňujících oblastí – osobnosti klienta, chování klienta, nejbližší sociální vztahy a fyziologického stavu jedince. Mezi cíle v oblasti osobnosti můžeme řadit klientovo hlubší poznání sebe sama doprovázené akceptací vlastní osobnosti, v důsledku čehož se mění jeho postoje, názory, hodnoty, pohled na svět a dochází také ke změnám v další oblasti – chování. Oblast nejbližších sociálních vztahů, tedy především rodina, je rovněž důležitá, protože právě v těchto vztazích se mohou projevit změny, ke kterým klient došel v rámci psychoterapie, v reálném životě. Ve fyziologické oblasti se cíle terapie obracejí především k regulaci nežádoucích psychofyziologických stavů jako jsou úzkosti, napětí, bolesti hlavy apod. (Vymětal, 2010, s. 127-128).

Hanušová (2004, s. 42-45) nabízí následující definici psychoterapeutického cíle: *„cíl psychoterapie vidíme ve změnách v osobnosti a organismu, chování a sociálních vztazích pacienta, přičemž tyto změny jsou předem stanoveny a v procesu terapie dosahovány psychologickými prostředky“*. Lze si všimnout, že v zaměření cílů do čtyř hlavních oblastí se shoduje s Vymětalem (2010). Hanušová (2004, s. 42-45) uvádí, že cíle lze kromě pohledů jednotlivých psychologických škol dělit také podle dalších hledisek. Jedním z nich je forma terapie, která může mít podobu individuální, skupinové či kolektivní a v každé z nich je

kladen důraz na trochu jiné cíle. Druhým hlediskem je oblast působení terapie, ta může cílit na osobnostní změnu, psychofyzilogické stavy, odstranění nebo zmírnění psychopatologických symptomů, podporu v dočasné krizové situaci, adaptaci na nové podmínky, změnu chování či sociální vztahy. Je třeba mít na paměti, že žádné z uvedených dělení není zcela striktní a v praxi dochází k častému prolínání cílů.

3.3 Fáze terapeutického procesu

Vymětal (2010, s. 111 - 118) uvádí celkem tři fáze psychoterapeutického procesu: 1. indikace, 2. vlastní terapie a 3. zhodnocení a ukončení terapie. Indikaci zde Vymětal (2010, s. 112) definuje jako: „*postup, často opřený o psychodiagnostické vyšetření, jehož závěrem je přiřazení určitého klienta, tedy člověka s osobními a zdravotními problémy, do jasně vymezené psychoterapeutické péče a ke konkrétnímu psychoterapeutovi*“. Jedná se tedy o první opatření, které by mělo vést k adekvátní pomoci.

Indikace může být trojího typu – obecná, specificko-prognostická a adaptivní a měla by vždy probíhat v uvedeném pořadí. V rámci obecné indikace se zjišťuje, jestli je psychoterapie pro klienta vhodná, konkrétně zdali je na klientův problém možné účinně působit psychologickými prostředky, má-li klient alespoň průměrné rozumové schopnosti a motivaci ke spolupráci a je ochoten připustit svůj podíl „viny“ na problému. Specificko-prognostická indikace přiřazuje klientům vhodný psychoterapeutický program, formu terapie, přístup či konkrétního terapeuta. Adaptivní indikace reaguje na aktuální průběh léčby a neúspěšnosti zvoleného postupu, dává možnost upravit postup podle vývoje psychoterapeutického procesu (Vymětal, 2010, s. 112-113). Vavrda (2004, s. 109) mluví o tzv. pracovním spojenectví, které se utváří mezi klientem a terapeutem na konci první fáze psychoterapeutického procesu skrze kontrakt, který spolu uzavírají. Tento kontrakt neboli dohoda o formálních náležitostech terapie, by měl obsahovat zvolený postup (např. psychoanalýza), formu terapie (individuální, skupinová, ...), frekvenci kontaktů, délku terapie a formu úhrady.

Fáze vlastní terapie závisí na konkrétním přístupu a způsobu práce terapeuta, důležitá je přitom především motivace klienta k léčbě. Průběh vlastní terapie je dán osobnostní strukturou klienta a charakterem jeho obtíží, přičemž důležitou roli sehrávají rovněž události jeho všedního života (Vavrda, 2004, s. 110-111). Podle Vymětala (2010, s. 114-115) během procesu psychoterapie narůstá poznání sebe sama, mění se vnitřní nastavení, postoje i reakce klienta. Během terapie se postupně vyvíjí vztah mezi klientem a psychoterapeutem (případně skupinová koheze při skupinové terapii), začínají se objevovat první změny v prožívání a chování klienta, ovšem stejně tak se může objevit i tzv. odpor, kterým mohou být nejrůznější projevy, kterými

jedinec brání postupu terapie a narušuje spolupráci (mlčení, vyhýbání se důležitým tématům, pozdní příchod apod.) (Vavrda, 2004, s. 110-111). Vymětal (2010, s. 116) poukazuje na důležitost průběžného hodnocení jako součásti vlastního psychoterapeutického procesu, kterým terapeut i klient získají zpětnou vazbu o naplňování terapeutických cílů.

Fáze ukončení terapie nastává v případě, že uplynula stanovená doba terapie. V ideálním případě dochází také k naplnění stanovených cílů. Tato fáze může být náročná jak pro klienta, tak pro terapeuta, protože dochází k vzájemnému rozloučení. Úkolem terapeuta je doprovodit svého klienta „do světa“, úkolem klienta pak je do tohoto světa vkročit, což není vždy úplně snadné. Vymětal (2010, s. 116-117) považuje za správné, aby v této fázi došlo k reflexi vzájemné spolupráce klienta a terapeuta, zejména co se týče ne/naplnění stanovených cílů, případně se může dohodnout pokračování terapie v rámci dalších programů, pokud je to pro klienta vhodné. Rozloučení by měla doprovázet nabídka, že se klient může na terapeuta obrátit, ocitne-li se v situaci, kterou sám nedokáže řešit.

3.4 Terapeutický vztah

Terapeutickým vztahem máme na mysli vztah mezi terapeutem a klientem případně klienty při skupinové formě terapie. Vymětal (2010, s. 98) hovoří o dvou vymezeních terapeutického vztahu. V prvním případě terapeutický vztah tvoří prostor, ve kterém se za použití různých metod a postupů uskutečňuje proces žádoucí změny jedince. V tom druhém má terapeutický vztah přímo vliv na změnu klienta, dochází tak k terapii skrze vztah.

Terapeutický vztah je specifickým druhem mezilidského vztahu. Od přátelského vztahu se liší tím, že nevzniká přirozeně, nýbrž na základě dohody, jeho trvání je časově ohraničené a nefunguje zde vzájemná recipocita. Podobnost terapeutického vztahu s rodičovským vztahem k dítěti můžeme najít v bezvýhradném přijetí ze strany matky a otcovskou autoritou (nikoli despotickou, spíše vlídnou a chápající) (Vymětal, 2010, s.108). Za primární předpoklady fungujícího terapeutického vztahu považují Bartošíková, Miovský a Kalina (2003, s. 30) základní sympatii mezi terapeutem a klientem, vzájemnou vstřícnost, pozornost, kompetentnost a bezpodmínečnou akceptaci na straně terapeuta a ochota pracovat na sobě ze strany klienta.

Typickým pro psychoterapeutický vztah je prvek pomoci, kterou klient hledá a terapeut nabízí. Vymětal (2010, s. 109-110) vidí jako základní aspekty psychoterapeutického vztahu důvěru a naději. Důvěra podle něj znamená atmosféru bezpečí, přijetí a intimity. Terapeut by měl být ve vztahu ke klientovi důvěryhodný – spolehlivý, neohrožující, přívětivý a měl by

v sobě nést naději v to, že změna k lepšímu je u klienta možná. Tutéž naději v sobě chová také klient, jinak by léčbu ani nepodstupoval.

Terapeutický vztah není po celou dobu léčby stejný, ale prochází různými fázemi a vyvíjí se. Z počáteční vztahové asymetrie a někdy také závislosti se terapeut snaží klienta dovést k autonomii. Vzdálenost a blízkost obou aktérů během terapie kolísají, vždy by si měli být tak blízcí, aby mezi nimi panovala otevřenost, klient mohl být upřímný a sdílný, ale zároveň dost vzdálený na to, aby si terapeut zachoval svoji autoritu a profesionalitu (Vymětal, 2010, s. 110).

Bartošíková, Miovský a Kalina (2003, s. 31) popisují jev vyskytující v terapeutickém vztahu jakož i v každém jiném mezilidském vztahu – tzv. přenos. Přenosem klient nevědomě přenáší své dříve získané a osvojené vzorce postojů, prožívání, jednání apod. do vztahu k terapeutovi. Klient připisuje terapeutovi různé charakteristiky, se kterými se kdysi setkal u lidí ve své minulosti a podle toho se k němu také chová. Toto chování může být kladné, ale rovněž také negativní. U klientů léčících se se závislostí bývá efekt přenosu velmi častý a silný. Přenos se netýká jen klienta, ale také terapeut vkládá do vztahu ke klientovi svoje dřívější zkušenosti, tento jev se nazývá jako tzv. protipřenos. Pro správné fungování terapie je důležité, aby uměl terapeut tyto své pocity reflektovat a vypořádat se s nimi, v opačném případě by mohl protipřenos vést k neúspěšné terapii.

Významnými faktory ve vztahu terapeuta a klienta se závislostí jsou empatie, pozitivní náboj, výchova, poradenství, vedení klienta a také motivace, která se zdá být zvláště účinná, pokud má terapeut pozitivní přístup ke klientovi. Podle Bartošíkové, Miovského a Kaliny (2003, s. 31-33) se pozitivní přístup projevuje zejména již výše zmíněnou akceptací klienta terapeutem, nepředstíraným zájmem, neobviňováním, nenálepkováním, neodsuzováním, vyvážením mezi direktivitou a vyčkáváním na vlastní aktivitu klienta, spoluprací klienta a terapeuta, respektem vůči klientovi, vírou v možnosti rozvoje klienta ale zároveň reflektování jeho mezí a uvědoměním, že klientův problém terapeuta neohrožuje. Autoři upozorňují také na paradox, kdy pozitivní přístup ze strany terapeuta je pro klienta něco nečekaného, protože na takovou akceptaci není od svého okolí zvyklý, s tímto vykojením se pak může v psychoterapii dále pracovat. Opakem pozitivního přístupu je přístup negativní, za jeho znaky se považují předsudky, nadměrná očekávání, nedostatek realismu, syndrom vyhoření, profesionální ješitnost, využívání klienta k plnění vlastních emočních potřeb, vychovávání klienta namísto pomoci, nedostatek pozitivního přístupu k sobě samému, vnášení negativních aspektů do terapie odjinud, terapeutův nevyřešený vztah k drogám či nízká frustrační tolerance (Bartošíková, Miovský a Kalina, 2003, s. 33-34).

3.5 Specifická klientela

Při léčbě závislostí lze narazit na určité skupiny osob, které spojuje např. věková kategorie, pohlaví, etnická příslušnost či předmět závislosti. Práce s každou takovou skupinou je odlišná a vnáší do terapeutického procesu specifické aspekty, které je dobré si uvědomit. V této kapitole budou některé ze specifických skupin klientů se závislostí blíže popsány.

Skupina dětí a mladistvých zahrnuje jedince přibližně do 22 let, přičemž tento věkový údaj je nutné brát s rezervou s ohledem na individuální rozdíly v dospívání a obecně se oddalující věkovou hranici mezi dospíváním a dospělostí. Podle Nešpora (2011, s. 53-54) se u dětí tvoří závislost podstatně rychleji než u dospělých, nebezpečná je pro tuto skupinu rovněž nižší tolerance vůči návykové látce, menší zkušenost a sklon k riskování. Broža (2003, s. 234-235) upozorňuje, že při terapeutické práci s dětmi a mladistvými je důležitá především spolupráce s rodiči (rodinná terapie apod.), kteří svojí (ne)aktivitou na „domácí půdě“ mohou buď podpořit, nebo zmařit pozitivní terapií navozené změny dítěte. Obtížná může být v této skupině motivace k léčbě, která je ze strany klientů často doprovázena odporem a obrannými mechanismy, terapeut by měl dobře znát také specifika těchto vývojových období. U dospívajících jde pak především o hledání vlastní identity, usilování o nezávislost, ujasňování životních cílů, postojů a priorit a vytváření vztahů s vrstevníky, k tomu se nejlepším prostředkem zdají být skupinová forma terapie a zejména zážitková terapie (Broža, 2003, s. 232-234).

Výrazné rozdíly můžeme najít v závislosti mužů a žen. Podle Hellera a Pecinovské (2011, s. 28) se poměr žen a mužů v České republice, kteří mají problémy s alkoholem a jsou přijaty k ústavní léčbě v posledních letech pohybuje okolo 1:7. Nešpor (2011, s. 55) však upozorňuje na fakt, že žen s návykovými problémy přibývá výrazně rychleji než mužů, a to i přes to, že ženy jsou ve vztahu k návykovým látkám zdrženlivější a opatrnější. Pro ženy je typický tzv. symptomatický abúzus, jenž má psychogenní podklad, vyznačuje se samotářským pitím a snahou drogu po dávce odstranit, muži oproti tomu podléhají spíše systematickému abúzu, při kterém dochází k stereotypnímu a stále se rozvíjejícímu pijáctví posíleném vnějšími sociálními faktory (Heller a Pecinovská, 2011, s. 30-31). Významné riziko pro závislé ženy přináší stigmatizace „dvojí deviace“, která je podle Ettore, citovaného Vobořilem (2003, s. 239), charakteristická tím, že společnost tyto ženy odsuzuje za selhání hned na dvou frontách – jednak tím, že vůbec užívají drogy a jednak v roli manželky a matky. To podle autora vede k tomu, že ženy méně využívají odborných služeb pomoci, případně své problémy maskují za somatické potíže, protože mají strach z možného odebrání dětí.

Vobořil (2003, s. 238-241) zmiňuje také další specifika ženské závislosti, např. dřívější zkušenost s drogami u dívek než u chlapců (zjištěno Evropským monitorovacím centrem pro drogy a drogové závislosti), častější závislost na lécích předepisovaných lékaři (hypnotika, anxiolytika,...), méně spáchaných trestných činů v souvislosti s drogami u žen než u mužů, avšak časté obstarávání peněz na drogy skrze prostituci, často se vyskytující komorbidita závislosti s poruchami příjmu potravy, sexuálním zneužíváním v dětství a dospívání a fyzickým týráním za doprovodu psychických potíží. Také Nešpor (2011, s. 55-56) přidává svůj seznam odlišností v závislosti žen: častý výskyt depresí a úzkostí, odsuzování závislých žen ze strany okolí, silnější působení návykových látek a dříve se projevující zdravotní škody u žen než u mužů, mnoho žen přivedených k závislosti partnerem, snadnější odpoutání žen od „škodlivé“ společnosti, závislostí žen více trpí rodina. Heller a Pecinová (2011, s. 37) pak udávají také příklady specifík v léčbě a doléčování žen se závislostí: ze začátku léčby menší spolupráce ze strany žen než mužů, v průběhu pak vytvoření náhledu a přijetí nutnosti doživotní abstinence lepší než u mužů, vyšší účinnost dlouhodobé individuální psychoterapie, ve srovnání s muži větší ochota investovat do léčby úsilí, což vede ke stabilnějším výsledkům.

Nešpor (2011, s. 57-58) věnuje kapitolu rovněž specifickým závislosti ve vyšším věku, přičemž uvádí, že závislost může vzniknout v mladším věku a klient si jí může přenést až do stáří, ale také existuje druhá varianta, kdy k rozvoji závislosti dojde až ve starším věku např. v reakci na nějakou zátěžovou životní událost (odchod do důchodu, smrt životního partnera apod.). Podle autora ve stáří klesá odolnost a tolerance vůči návykovým látkám, čímž pádem dochází také ke zdravotním škodám rychleji než ve středním věku. Závislost se také častěji potkává s dalšími pro stáří typickými onemocněními (cukrovka, nemoci srdce, ...), které jsou léčeny medikamenty, které jsou v kombinaci s alkoholem či jinou návykovou látkou zdraví nebezpečné. Nešpor (2011, s. 58) dále uvádí, že u starších pacientů není psychoterapie příliš účinná, je proto třeba věnovat se jiným aspektům, které mohou seniorům pomoci překonat závislost jako je např. kultivování mezilidských vztahů.

Patologické hráčství se liší už tím, že předmětem závislosti není objekt (jako např. u drogové či alkoholové závislosti), nýbrž proces. Frouzová (2008, s. 238) zmiňuje, že v České republice se velmi často vyskytuje gamblersství jako součást „hospodského životního stylu“ spolu s pitím piva, což je ovšem zároveň indikátorem horší prognózy. Patologické hráčství je v našich podmínkách často léčeno společně se závislostí na alkoholu a dalších drogách. Při léčbě patologického hráčství je pro klienta důležité přerušit hraní, k tomu se využívá hospitalizace, přískrcení finančních zdrojů apod. Ústředním pojmem a specifikem léčby

gamblerství jsou při tom právě finance, se kterými se gambler učí šetrně zacházet a splácet své dluhy. K tomu je podle Frouzové (2008, s. 242) dobré, když správu financí předá klient někomu, komu důvěřuje a kdo se mu o ně postará. Autorka upozorňuje také na vhodnost omezení pití alkoholu, který může znesnadňovat kontrolu bažení po hraní.

3.6 Recidiva

Dokud je klient v rezidenční léčbě, je v podstatě v ochranném prostředí, které tvoří bariéru mezi ním a vnějším světem. V tomto prostředí není abstinence zas až tolik náročná. O to náročnější je po ukončení léčby konfrontace s „reálným“ světem, s jeho běžnými problémy a snadno dostupnými předměty závislosti (návykové látky, automaty, ...). Přestože léčebná zařízení doporučují pokračovat dále v doléčování ambulantní formou či navštěvovat svépomocné skupiny, je už na každém klientovi, jak si s obtížným úkolem abstinence poradí.

Pojmy recidiva a relaps, se běžně užívají jako významově stejné, kdybychom však chtěli zajít do detailu, je možné v těchto slovech objevit významové nuance. Recidiva představuje návrat jedince ke zneužívání návykových látek (k patologickému hraní atd.), zatímco relaps je vnímán jako uklouznutí (klidně i několikanásobné), které k zneužívání vést nemusí. V této práci budou oba termíny užívány jako shodné.

Existují takové situace, které recidivě nahrávají více než jiné a každý, kdo usiluje o abstinenci, by se měl pokusit je co nejvíce eliminovat. Kuda (2008, s. 229) mezi ně řadí negativní emoční stavy, interpersonální konflikty a sociální tlak. Největší riziko představují negativní emoční stavy např. vztek, úzkost, deprese, frustrace, ale také třeba nuda, autor uvádí že jsou součástí až 35 % všech relapsů. Interpersonální konflikty stojí v zárodku až 16 % relapsů a jejich příčinou jsou především neshody s rodinou, partnerem, přáteli, v zaměstnání apod. Sociální tlak způsobuje až 20 % recidiv, příčinou bývá blízkost nebo přímý kontakt se „škodlivou společností“ (např. parta užívající drogy).

Přicházející recidivu lze pomocí vysledování určitých signálů včas rozpoznat. Varovným znamením může být závislostní chování projevující se skrze lhaní, krádeže, nespolehlivost a kompulzivní projevy, dále eskalování citů např. nuda, úzkost, sexuální frustrace nebo popudlivost a konečně také závislostní myšlenky, které se vyznačují ospravedlňováním závislostního chování (Ühlinger a Tschui, 2009, s. 123). Pokud na sobě jedinec některý z těchto signálů zaznamená, obvykle není na co čekat a je třeba začít rychle jednat.

Konkrétní projevy průběhu recidivy popisuje Nešpor (2006, s. 68) – velmi silné emoce (smutek, strach, bažení, ...), myšlení oslabené účinkem alkoholu a neprozíravé a pro jedince

nevýhodné jednání. Jedním dechem však uvádí, že recidivu není radno podceňovat, ale ani přeceňovat. Přestože je recidiva závažná událost, dá se zvládnout, aniž by člověk musel mít pocit, že veškerá dosavadní snaha o abstinenci byla zbytečná. Autor se navíc domnívá, že recidiva, pokud je včas zastavena a adekvátně zreflektována, může být dokonce užitečná. Řada klientů si po ní totiž uvědomí, že není dobré usilovat o kontrolované pití, místo toho se začnou soustředit na doléčování, vyhýbat se rizikovým místům a akcím, přestanou se přepínat a rovněž se vyvarují návykových léků.

Ideální situace by byla, kdyby měl jedinec jistotu, že k relapsu už nikdy nedojde. Pro člověka, co se někdy s problémem závislosti potýkal, však tato jistota neexistuje a je pro něj proto dobré vytvořit si něco, čemu Nešpor (2006, s. 70) říká „havarijní plán“. Takový plán vymezuje kroky, které se jedinec zavazuje podniknout, pokud by došlo k recidivě. Příkladem konkrétního kroku může být kontaktování terapeuta, požádání o pomoc partnera, nástup k ústavní léčbě apod.

Úhlinger a Tschui (2009, s. 124-125) navrhují několik možných řešení předcházení recidivě: plánování činností s přáteli nebo členy rodiny, kteří nepijí (či nejsou jinak závislí), promluvit s terapeutem nebo s někým ze svépomocné skupiny, věnovat se fyzické aktivitě, zbavit se alkoholických nápojů (či jiných předmětů závislosti), navázání nových přátelství, návrat k oblíbeným činnostem, mít připravené strategie odolávání předmětu závislosti.

4. Psychiatrická nemocnice v Dobřanech

„Organizace je odborným lůžkovým zdravotnickým zařízením, zabezpečujícím především dlouhodobou léčbu a léčebnou rehabilitaci psychicky nemocných pacientů všech věkových kategorií v návaznosti na akutní psychiatrickou léčbu. Diferencování péče je zajištěno prostřednictvím specializovaných oddělení.“ (Psychiatrická nemocnice v Dobřanech).

4.1 Historie instituce

První idea o založení Psychiatrické nemocnice v Dobřanech vzešla z usnesení Českého zemského sněmu 15. října 1874, který tím řešil naléhavý požadavek na zvýšení počtu psychiatrických lůžek v západních Čechách. Nejvhodnějším místem pro zbudování nového ústavu pro duševně nemocné byly určeny pozemky na okraji města Dobřany u Plzně. Komise složená ze zástupců zemského výboru a místodržitelství, lékařských znalců a technických znalců vytvořila stavební program, který odpovídal požadavkům a vymoženostem tehdejší doby, přičemž se komise inspirovala podobnými ústavu vybudovanými v zahraničí (Psychiatrická nemocnice v Dobřanech).

Z převážně hygienických důvodů byl pro výstavbu zvolen pavilonový systém, který současně umožňoval oddělit nemocné vyžadující pozornější léčbu v uzavřených pavilonech od nemocných s volnějším režimem v pavilonech otevřených. Podle webových stránek psychiatrické nemocnice trvala stavba ústavu od roku 1876 do roku 1883, provizorní provoz byl však zahájen už v roce 1880, kdy bylo do Dobřan převezeno prvních 50 mužů, aby se ulevilo přeplněnému pražskému ústavu. Hlavní provoz psychiatrické nemocnice byl pak zahájen až 5. března 1881 (Psychiatrická nemocnice v Dobřanech).

4.2 Současný stav

V současné době je Psychiatrická nemocnice v Dobřanech (PNvD) státní příspěvkovou organizací a samostatným právním subjektem, jehož zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Sídlo instituce se nachází v Ústavní ulici v Dobřanech v Plzeňském kraji. V čele PNvD stojí ředitel prim. MUDr. Petr Žižka. Ředitel je jmenován a odvoláván Ministrem zdravotnictví, je také statutárním orgánem, který zodpovídá za zabezpečení zdravotní péče, za její etickou a hygienickou úroveň, za hospodaření se svěřenými státními prostředky a za úroveň řízení nemocnice, jeho zástupcem je náměstek pro strategický rozvoj a kvalitu řízení. Pracovníky v přímé podřízenosti ředitele jsou náměstek pro strategický rozvoj a kvalitu řízení, náměstek pro lidské zdroje, vědu a vzdělávání, náměstek pro léčebnou péči – somatika, náměstek pro léčebnou péči – psychiatrie, hlavní sestra, ekonomický náměstek, náměstek

hospodářsko-technické správy, právník, vedoucí sekretariátu ředitele, kontrolor – auditor, bezpečnostní referent a tiskový mluvčí (Psychiatrická nemocnice v Dobřanech, 2016).

Mezi základní činnosti instituce patří poskytování zdravotní služby, která je podle výroční zprávy (Psychiatrická nemocnice v Dobřanech, 2016) dělena na zdravotní péči a zdravotnickou dopravní službu. Součástí zdravotní péče je lůžková péče (následná lůžková péče a akutní standardní lůžková péče v oblasti psychiatrie a následná lůžková péče v oblasti dětské a dorostové psychiatrie), ambulantní péče (psychiatrie, pedopsychiatrie, gerontopsychiatrie, adiktologie, neurologie, pneumologie a vnitřní lékařství), léčebně rehabilitační péče, ošetrovatelská péče a paliativní péče. K dalším činnostem nemocnice patří poskytování pobytových sociálních služeb, výkon ochranných léčeb a hospitalizace osob v rámci soudně znaleckého pozorování, zajišťování závodní preventivní péče pro zaměstnance, zajišťování ambulantní péče po dohodě se zdravotními pojišťovnami, zajišťování činnosti ekonomické, provozní, technické, investiční, administrativní a činnosti obslužných provozů v rozsahu potřebném pro naplnění účelu svého zařízení.

Mezi hlavní zdroje financování Psychiatrické nemocnice patří zdravotní pojišťovny, které pacientům financují služby nemocnice. Další výnosy získává PNvD z pronájmu, čerpáním dotačních programů (Norský finanční mechanismus, Integrovaný operační systém, Evropská unie a Evropský fond pro regionální rozvoj, Norské fondy) a sponzorských darů (Psychiatrická nemocnice, 2016).

V první polovině roku 2017 zaměstnávala PNvD celkem 1154 pracovníků (Psychiatrická nemocnice v Dobřanech), přičemž nejvíce jich působilo na pozicích zdravotních sester, zdravotního personálu s odborným dohledem a dělníků. Počet pacientů se v prvních dvou měsících roku 2018 pohyboval okolo 1194.

4.3 Organizační členění instituce

Nemocnice je členěna na úseky, primariáty a oddělení. Lůžková část úseku léčebné péče je dělena do 15 primariátů a 31 oddělení, z nichž některá jsou otevřená a některá uzavřená. Do nelůžkové části úseku léčebné péče spadají oddělení rehabilitace a terapie, laboratoře, ambulance v nemocnici a mimo ni (Plzeň a Přeštice).

Nemocnice disponuje areálem o rozloze 42 ha, který je tvořen rozsáhlým parkem, v němž jsou jednotlivá oddělení umístěna v převážně rekonstruovaných pavilonech. V areálu se kromě oddělení nachází také např. komplex různých ambulancí, rehabilitace, sexuologická laboratoř, ústavní lékárna, prodejna potravin, prádelna, kulturní dům, ústavní katolický kostel, odborná a patientská knihovna, kuchyně, dílny, květinářství a zelinářství atd.

Realizace pozorování a rozhovorů pro výzkumnou část práce probíhala s klienty z oddělení 24 a klientkami z oddělení 26, proto teď bude fungování těchto oddělení stručně nastíněno. Oddělení č. 24 je režimové oddělení mužů pro léčbu závislosti na alkoholu a patologického hráčství, oddělení č. 26 je oddělení režimové léčby žen závislých na alkoholu. Obě oddělení jsou otevřená, ženské nabízí 16 lůžek, mužské 33. U obou oddělení tvoří základní pilíř léčby režimová terapie (včetně bodovacího systému) spolu se skupinovou psychoterapií a arteterapií. Klienti mají také možnost individuální a rodinné či párové psychoterapie. Klienti si vedou deníky, svoje myšlenky zaznamenávají rovněž prostřednictvím úvah a zúčastňují se přednášek terapeutického týmu k problematice závislosti. Součástí léčby je také pracovní terapie, při které klienti docházejí pracovat např. do zahrady či dílny. V rámci ergoterapie mohou klienti vytvářet výrobky v keramické či truhlářské dílně, šít, vyšívát, háčkovat, vyrábět mýdla a svíčky, plést z pedigu apod. (130 let Psychiatrické léčebny v Dobřanech: 1880-2010., 2010). Klienti se dále mohou účastnit relaxačních cvičení, jógy a muzikoterapie nebo si půjčovat knihy v patientské knihovně psychiatrické nemocnice.

Délka pobytu na ženském oddělení se pohybuje okolo čtyř měsíců, na mužském oddělení jsou to tři měsíce u léčby závislosti na alkoholu a přibližně šest týdnů u léčby patologického hráčství. Terapeutický tým, který je klientům na oddělení k dispozici tvoří lékaři se specializací z psychiatrie, psychologové, psychoterapeuti, sociální pracovníci, zdravotní sestry a další zdravotnický personál (Psychiatrická nemocnice v Dobřanech).

Praktická část

5. Výzkum

Předkládaný výzkum je koncipován jako kvalitativní. Švaříček a Šed'ová (2007, s. 17) tento druh výzkumu charakterizují jako: „*Proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat kompletní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu*“.

Gavora (2000, s. 31) uvádí, že zatímco kvantitativní výzkum si snaží držet odstup od zkoumaných jevů, v kvalitativním výzkumu je to právě naopak. Výzkumník se snaží dostat blízko ke zkoumaným jedincům, aby mohl lépe poznat, pochopit a následně popsat situace, v nichž se nacházejí. K tomu využívá takové metody, kdy se se zkoumanými osobami dostane do přímého kontaktu např. interview nebo zúčastněné pozorování.

Tak jako kvantitativní výzkum, ani ten kvalitativní není zcela ideální. Některé výhody a nevýhody kvalitativního výzkumu uvádí ve své publikaci Hendl (2016, s. 48). Mezi přednosti kvalitativního výzkumu řadí např. získání podrobného popisu a vhledu při zkoumání jedince, skupiny, události či fenoménu, zkoumání v přirozeném prostředí, dobré reagování na místní situace a podmínky a objevování nových fenoménů. K nedostatkům kvalitativního výzkumu uvádí špatnou zobecnitelnost výsledků, velkou časovou náročnost či subjektivní zkreslení výsledků výzkumníkem.

5.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Výzkumný problém

Jaký je význam expresivních terapií v procesu léčby závislostních diagnóz?

Cíl výzkumu

Cílem výzkumného šetření je prozkoumat užívání expresivních terapií u klientů s diagnózou závislosti v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech, ukázat jejich možný pozitivní vliv a navrhnout nemocnici opatření na zlepšení služeb v oblasti těchto terapií.

Výzkumné otázky

- 1) Jakým způsobem probíhá arteterapie v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech?
- 2) Jakým způsobem probíhá muzikoterapie v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech?
- 3) Jak vnímají klienti psychiatrické nemocnice expresivní terapie?
- 4) Jaký je přínos expresivních terapií při léčbě klienta se závislostí?
- 5) Jaké je možné uplatnění dalších expresivních terapií na půdě Psychiatrické nemocnice v Dobřanech?

5.2 Metodologie výzkumného šetření

Výzkumné metody

Pro účely výzkumného šetření byl jako nejvhodnější zvolen koncept triangulace, který je postaven na třech výzkumných metodách – rozhovoru, pozorování a obsahové analýze. Obsahová analýza spočívá ve zkoumání dokumentů, které byly vytvořeny v minulosti, byly pořízeny jinou osobou než výzkumníkem a vznikly za jiným účelem než posloužit aktuálnímu výzkumnému šetření (Hendl, 2016, s. 208). V rámci této práce byla obsahová analýza prováděna na dokumentech nemocnice – výroční zprávě, internetových stránkách nemocnice, denním řádu oddělení č. 24 včetně interních materiálů nemocnice jako jsou deníky a úvahy klientů, arteterapeutické artefakty klientů apod.

Další použitou výzkumnou metodou bylo zúčastněné pozorování, které podle Hendla (2016, s. 197) umožňuje výzkumníkovi: „*popsat, co se děje, kdo nebo co se účastní dění, kdy a kde se věci dějí, jak se objevují a proč*“. Pozorování probíhalo při návštěvách arteterapeutického ateliéru, při realizaci rozhovorů, a především při vykonávání souvislé praxe. V rámci ní jsem měla příležitost se zapojit do běžného chodu oddělení 24 a každý den se účastnit psychoterapeutických skupin, vizit, přednášek, arteterapeutických a muzikoterapeutických sezení, klientského čtení úvah a rovněž navštívit chráněné terapeutické dílny. V rámci praxe jsem měla též možnost konzultací svých myšlenek a postřehů s psychologem, arteterapeutem, muzikoterapeutkou či adiktoložkou, které jsem ráda využívala. Navštívila jsem také oddělení 26, tedy ženské oddělení závislostí, a oddělení 19 určené pro výkon nařízených ochranných léčení. Dostalo se mi rovněž prostoru pro realizaci vlastního programu pro klienty s diagnózou závislostí, a tak jsme se společně zabývali tématy jako jsou životní hodnoty či zvládání stresu.

Poslední a zároveň hlavní výzkumnou metodou byl polostrukturovaný rozhovor či interview, které v sobě skýtá výhody strukturovaného i nestrukturovaného rozhovoru. Výzkumník má předem daný okruh otázek, na které se chce zeptat, avšak pořadí jednotlivých otázek může částečně měnit a případně se rovněž doptávat na to, co ho více zajímá, tím získává poměrně flexibilní výzkumný nástroj (Miovský, 2009, s. 159-160). V rámci tohoto výzkumného šetření byly vytvořeny dvě skupiny otázek – pro klienty a pro terapeutů (Příloha A, příloha B).

Výzkumný soubor

Výběr výzkumného souboru proběhl záměrným neboli účelovým výběrem, kdy byli cíleně vyhledáni klienti Psychiatrické nemocnice v Dobřanech, kteří se léčí s některou ze

závislostí a terapeuti, kteří zde pracují s některou z expresivních terapií. Při výběru klientů bylo přihlédnuto k tomu, aby se ve vzorku objevili zástupci obou pohlaví a různých typů závislosti. Celkový počet participantů - klientů je 8, 4 ženy a 4 muži. Výběr terapeutů byl podmíněn jejich zkušeností se závislými klienty, do výzkumu byli tedy zařazeni všichni tři arteterapeuti, kteří v psychiatrické nemocnici pracují a jedna ze dvou muzikoterapeutek.

Sběr dat

Ještě před započítím výzkumného šetření proběhlo na přelomu července a srpna 2017 v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech zúčastněné pozorování a obsahová analýza dokumentů v rámci souvislé praxe. Výzkumné šetření pak započalo v listopadu 2017, kdy bylo třeba nejprve získat svolení ředitele nemocnice a následně oslovit terapeuty a klienty s žádostí o rozhovor. Samotná realizace rozhovorů pak probíhala v období od prosince 2017 do února 2018.

Rozhovory probíhaly v prostorách psychiatrické nemocnice, v případě klientů nejčastěji v knihovně či přímo na oddělení, v případě terapeutů na jejich pracovišti. Před zahájením rozhovoru dostal každý z participantů k podepsání informovaný souhlas a zároveň byl také slovně informován o jeho obsahu. Respondenti byli poučeni o zachování jejich anonymity, možnosti neodpovědět na kteroukoliv otázku či rozhovor přerušit. S nahráváním rozhovoru na diktafon souhlasili všichni účastníci výzkumu s výjimkou jedné z terapeutek.

Otázky v rozhovorech pro klienty (příloha A) byly zaměřeny nejprve na představení klienta, dále na celkové vnímání pobytu, poté na vnímání arteterapie a muzikoterapie a konečně na zamyšlení se nad možným přínosem dalších expresivních terapií. Otázky do rozhovorů pro terapeuty (příloha B) byly voleny tak, aby postihly jejich vzdělání, náplň práce, specifika klientů se závislostí a, stejně jako u klientů, zamyšlení nad možným přínosem dalších expresivních terapií. Rozhovory byly po jejich uskutečnění dále přetransformovány doslovnou transkripcí do písemné podoby a podrobeny kódování a následné interpretaci.

5.3 Výsledky výzkumného šetření

Data získaná z rozhovorů jsou pro větší přehlednost zaznamenána v tabulkách. Tabulky jsou z důvodu lepší orientace barevně odlišeny podle toho, o kterou skupinou respondentů se jedná (klienti muži, klientky ženy a terapeuti). V každé tabulce jsou zaznamenány kódy čtyř klientů, přičemž jednotlivé kódy odpovídají kategoriím, jež jsou umístěné v prvním sloupci. Samotným kódovacím tabulkám předchází stručné charakteristiky respondentů, které mají za úkol jednotlivé participanty představit tak, aby si čtenář mohl utvořit ucelený obraz o výsledcích výzkumu. Na tuto kapitolu, věnovanou přehledu získaných dat, navazuje kapitola následující, ve které jsou výsledky výzkumu dále interpretovány.

Charakteristika klientů – muži

Charakteristika klienta č. 1

Pohlaví	muž
Věk	35
Bydliště	Středočeský kraj
Závislost	drogy

Charakteristika klienta č. 2

Pohlaví	muž
Věk	35
Bydliště	Slovensko - Bratislava
Závislost	alkohol

Charakteristika klienta č. 3

Pohlaví	muž
Věk	22
Bydliště	-
Závislost	Patologické hráčství

Charakteristika klienta č. 4

Pohlaví	muž
Věk	30
Bydliště	Plzeňský kraj
Závislost	alkohol

Kódovací tabulka – muži

	Klient 1	Klient 2	Klient 3	Klient 4
Vzdělání	Základní, nedokončené vyučení kuchařem	Umělecká škola	–	Umělecká škola
Profese	Nikdy nepracoval	Šéfkuchař	–	–
Druh pobytu	Ochranné léčení	Dobrovolný	Dobrovolný	Dobrovolný
Závislost	Drogy	Alkohol	Patologické hráčství	Alkohol
Kolikátá léčba	5.	1.	1.	2.
Fáze léčby	15 měsíců v léčbě (konec určí soud)	Měsíc do konce (cca 2/3 léčby za sebou)	Třetí týden (cca v polovině)	9 dní do konce (závěr léčby)
Vnímání pobytu (léčby)	Dlouhá léčba, Přívyknutí režimu, těšení se domů, nedostatek svobody	Užitečný, poučný, jako tábor	Zatím si zvyká, přísný režim, jako soustředění	Pozitivně, nikdo nám neublíží, snesitelný režim
Co je nejobtížnější	Nedostatek svobody	Absence kontaktu se ženami, ponorka	Nic	Povinné sledování večerních zpráv
Pozitiva léčby	Získání náhledu na závislost, čas přemýšlet a vystřízlivět, zlepšení rodinných vztahů	Režim, umělecké terapie	Odpočinek, načerpání sil, čas na „srovnání se“	Psaní úvah, čas přemýšlet sám nad sebou, keramika

Kódovací tabulka – muži

	Klient 1	Klient 2	Klient 3	Klient 4
Negativa léčby	Opakování se programu (díky dlouhé léčbě), nesvoboda	Málo času při uměleckých terapiích, povinné sledování zpráv	Ranní vstávání	Povinné sledování večerních zpráv
Průběh arteterapie	Zadání úkolu, vypracování, interpretace klientů, interpretace terapeuta	–	Např. tvoření, povídání o snech, následná interpretace terapeuta	Zadání tématu, povídání si o něm, např. symbolika karet, význam snů, koláž
Ne/spokojenost s arteterapií	Spokojenost, zajímavá sezení, jde se stále více do hloubky	Spokojenost, jen malá časová dotace	Spokojenost, baví ho, těší se na další sezení	Spokojenost, využívá rovněž individuálních sezení s arteterapeutem
Přínos arteterapie	Stále více a více přínosnější	Z každého sezení si něco vzal, ale málo času	Ano, je zábavná, člověk se dozví něco o sobě	Ano, dává prostor dál na sobě pracovat
Časová dotace arteterapie	Nedostačující, ideálně 3x týdně	Nedostačující, ideálně několikrát týdně	Nedostačující, Ideálně klidně 4x týdně	Nedostačující, alespoň 2 hodiny příp. dvouhodinovka
Důležitost osobnosti arteterapeuta	Velmi důležité, velice spokojen se svým arteterapeutem	Důležitá, vyzdvihuje profesionalitu svého arteterapeuta	–	Důležitá, velká důvěra ke svému arteterapeutovi, obdivuje jeho praktické zkušenosti
Ateliér arteterapie	Nenavštěvuje	Nenavštěvuje z důvodu nedostatku času	Nenavštěvuje	Nenavštěvuje
Účast na muzikoterapii	Ano, pokaždé	Ano, zatím jednou	Zatím ne (bylo plno)	Ano, pokaždé
Průběh muzikoterapie	Hra na bonga, relaxace, imaginace, povídání, hra na nástroje, hromadný zpěv	Např. hraní na bubny ve skupině, vytváření souzvuku	–	Bubnování na bonga

Kódovací tabulka – muži

	Klient 1	Klient 2	Klient 3	Klient 4
Přínos muzikoterapie	Stmelení skupiny, zmírnění ostychu, uvolnění, odsunutí starostí stranou	Fungování v týmu, uklidnění, relax, vyrovnání se s vlastním stavem	–	Uvolnění, odreagování
Přínos expresivních terapií v léčbě	–	Určitě	Ano, uvolnění, lepší spánek	Určitě, měly by být častěji
Zná jiné expresivní terapie?	Dříve se v léčbě účastnil teatroterapie	Ne	Ne	Udává příklad keramiky, dramaterapii zná z vyprávění kolegy
Uvítal by další expresivní terapie?	Taneční terapii určitě, divadelní by mohla být zajímavá (ale ne pro každého)	Taneční pro sebe a mladší pacienty, dramaterapie by mohla být fajn (ale asi by se neujala)	Taneční určitě	Divadelní terapie by podle něj měla určitě úspěch

Charakteristika klientů – ženy

Charakteristika klientky č. 5

Pohlaví	žena
Věk	62
Bydliště	Plzeňský kraj
Závislost	alkohol

Charakteristika klientky č. 6

Pohlaví	žena
Věk	35
Bydliště	-
Závislost	alkohol

Charakteristika klientky č. 7

Pohlaví	žena
Věk	30-40
Bydliště	Středočeský kraj
Závislost	alkohol

Charakteristika klientky č. 8

Pohlaví	žena
Věk	38
Bydliště	Plzeňský kraj
Závislost	Alkohol a drogy

Kódovací tabulka - ženy

	Klientka 5	Klientka 6	Klientka 7	Klientka 8
Vzdělání	Střední pedagogická škola + semináře	Obchodně podnikatelská činnost	Vysoká škola ekonomická	–
Profese	Nyní v důchodu, Dříve učitelka v učňovském středisku a vychovatelka v dětském domově	Prodejní asistentka v obchodě se sportovními potřebami	–	Svářečka
Druh pobytu	Dobrovolný	Dobrovolný	Dobrovolný	Dobrovolný
Závislost	Alkohol	Alkohol	Alkohol	Alkohol a drogy
Kolikátá léčba	1.	4.	4.	6.
Fáze léčby	2 měsíce do konce (cca v polovině)	Závěr léčby (zkrácený pobyt)	Závěr léčby	Začátek léčby
Vnímání pobytu (léčby)	Celkem pozitivně, hodně mi to dává	Líbí se mi tu, ráda se sem vracím, mám ráda personál, aktivity, terapie	Líbí se mi tu, mám volnost, nejsem uzavřená na oddělení	Jsem vděčná, že mě sem doktorka vzala, sama bych to nezvládla
Co je nejobtížnější	Otevřít se, mluvit o svých problémech	Když jsou skupiny hodně emoční	Konfrontace s životními příběhy spolupacientek	Cvičení při relaxaci
Pozitiva léčby	Dobrá skupina, vstřícní lékaři a sestřičky – vždy poradí	Cítí se v bezpečí, známé prostředí, hodný a vstřícný personál, volnost	Přístup personálu, příjemné sestry, terapie jsou fajn	Přístup personálu, jsou hodní, oslovují jménem, režim, stereotyp, pocit bezpečí

Kódovací tabulka - ženy

	Klientka 5	Klientka 6	Klientka 7	Klientka 8
Negativa léčby	Nutnost otevřít se a mluvit o svých problémech	Žádná negativa	Chybí venkovní svět, kultura, přátelé, musíte vyjít s každým, i když si nesedíte	Málo individuálů
Průběh arteterapie	Např. výklad snů, kreslení obrazů, povídání si o tom, rozbor s arteterapeutem	Malování (někdy s hudbou), karty, sny a následně výklad a analýza s arteterapeutem	Zadání např. imaginace, malování, rozebírání pocitů, analýza	Každý má prostor vyjádřit svůj názor a říct svůj problém
Ne/spokojenost s arteterapií	Spokojenost, je přínosná	Spokojenost	Spokojenost, je přínosná	Spokojenost, je přínosná
Přínos arteterapie	Rozpovídání se, ventil myšlenek, hledání řešení problémů, dozvídání se nového	Ano, náhled do podvědomí	Ano, dostanete se k pocitům, přijdete na zajímavé věci, které máte v sobě	Objevování svých niterných záležitostí
Časová dotace arteterapie	Dostačující	Dostačující	Dostačující	Nedostačující, ideálně alespoň 2x týdně
Důležitost osobnosti arteterapeuta	Určitě důležitá; díky zkušenostem ví, co pacientky potřebují	Určitě	Určitě důležitá, důležitý lidský přístup a aby vám „sedl“	Hodně důležitá, měl by mít zájem o vás a váš problém, ukázat vám cestu
Ateliér arteterapie	Nenavštěvuje	Nenavštěvuje	Nyní nenavštěvuje, minulou léčbu ano	Nenavštěvuje
Účast na muzikoterapii	Ano, zatím jednou	Ano	Ano, třikrát	Ano
Průběh muzikoterapie	Relax při hudbě, hra na nástroje, povídání, hra na bonga, zpívání s kytarou	Bubnování, hra na nástroje, zpívání, relaxace	Bubnování, hra na nástroje, meditace při hudbě, povídání si, zpívání s kytarou nebo houslemi	Uvolňuje to emoce, na bubínkách si můžete „vybubnovat“ agresi

Kódovací tabulka - ženy

	Klientka 5	Klientka 6	Klientka 7	Klientka 8
Přínos muzikoterapie	Odpočinek, uvolnění, zapomenutí na problémy	„vybití“ emocí, utřídění myšlenek, uvolnění, relax	Příjemná relaxace, naučíte se meditovat, zbavení se ostychu, vyzkoušení různých nástrojů	Klidná a pohodová terapeutka, uvolnění emocí, uklidnění
Přínos expresivních terapií v léčbě	–	Určitě přínosné, každá terapie má svůj úkol	Seberozvoj, můžou se stát koníčkem	Ukazují nové stránky života, můžou přivést k novým koníčkům, jsou uvolňující
Zná jiné expresivní terapie?	Uvádí příklad ergoterapie – keramika, šití, pletení, výroba svíček... O jiných expr. terapiích slyšela, ale neúčastnila se	Zná biblioterapii, taneční terapii a autogenní trénink z předchozí léčby	Zná dramaterapii a biblioterapii z předchozí léčby, dále uvádí hipoterapii	Zná tanečně-pohybovou terapii z předchozí léčby
Uvítal by další expresivní terapie?	Taneční určitě, divadelní pro sebe ne (pro ostatní ano)	Taneční terapii určitě a dramaterapii ve formě her	Ano, dramaterapii a biblioterapii	Ano, tanečně-pohybovou terapii a divadelní terapii

Charakteristika terapeutů

Charakteristika terapeuta č. 1

Jméno	PaedDr. Vladimír Blažek
Pozice v PNvD	arteterapeut

Charakteristika terapeuta č. 2

Jméno	Mgr. Miroslava Wiejová
Pozice v PNvD	arteterapeutka

Charakteristika terapeuta č. 3

Jméno	MgA. Petra Benešová
Pozice v PNvD	Pedagog volného času - arteterapeut

Charakteristika terapeuta č. 4

Jméno	Tamara Císařová
Pozice v PNvD	muzikoterapeutka

Kódovací tabulka - terapeuti

	Terapeut 1	Terapeutka 2	Terapeutka 3	Terapeutka 4
Role v PNvD	Arteterapeut	Arteterapeutka	Pedagog volného času - arteterapeut	Muzikoterapeutka
Jak dlouho působí na této pozici	25 let	18 let	2 roky	2 a půl roku
Délka působení v PNvD celkově	25 let	18 let	2 roky	2 a půl roku
Jaké profese/pozice vykonával dříve	6 let učitel na Lidové škole umění (ZUŠ)	Učitelka kreslení na Základní umělecké škole	Práce v charitě	–
Současné další profese	Externí vyučující na ZČU v Plzni	–	–	Učitelka v ZUŠ, hraje v kapele a orchestru
Vzdělání	Pedagogická fakulta ZČU v Plzni – obor výtvarná výchova a psychologie – rodinná výchova	Pedagogická fakulta – obor Učitelství pro první stupeň se zaměřením na výtvarnou výchovu	ZČU v Plzni – Fakulta Ladislava Sutnara – obor Design kovů a šperků	Konzervatoř
Terapeutické vzdělání	Tříletý výcvik v katatymně-imaginativní psychoterapii (v Plzni)	–	Zatím ne, uvažuje o výcviku	Muzikoter. výcvik (ZČU v Plzni), nyní 3letý výcvik integrativní muzikoterapie
Co obnáší profese	Umožnit klientovi uvolnění emocí a napětí, analýza výsledného produktu, zjišťování obsahů proniklých do artefaktu, → navázání lepšího vztahu s klientem, rozvíjení jeho tvořivosti	Umět dobře pozorovat a vcítit se, citlivost, empatie, identifikace	Velkou míru empatie a často sebeovládání, citlivost, umět si dát dohromady různé spojitosti	Nabídnout lidem zážitek spojený s hudbou
Klienti	Závislosti, pacienti schizofrenního okruhu, poruchy osobnosti, bipolárně afektivní porucha	Pestrá škála klientů Psychiatrické nemocnice	Směs klientů - poruchy osobnosti, závislosti, psychotici, ochranné léčby	Lidé s psychotickým onemocněním, děti, geriatričtí pacienti, závislosti, ...

Kódovací tabulka - terapeuti

	Terapeut 1	Terapeutka 2	Terapeutka 3	Terapeutka 4
Pozitiva práce	Pro klienta – uvolnění, rozvoj tvořivosti, odhalení nevědomých obsahů Pro sebe – obohacení, zkušenost	Vnitřní odměna – radost z toho, že jsem něco pochopila, podařilo se změnit klientovu náladu, získání náhledu	Seberozvoj, člověk se naučí hodně o sobě, jak reaguje na různé situace, naučí se vyhranit si svůj prostor	Možnost navázání vztahu s klientem pomocí hudby, volná ruka při práci – žádné dané předpisy
Negativa práce	Riziko vyhoření	Omezená možnost pomoci, neustále vidíte problémy	„Zavalení“ přisunem informací	Muzikoterapie nemusí být vhodná úplně pro všechny
Specifika práce se závislými	Potenciál změny, arteterapie jako vhodná forma práce	Subjektivně vnímá jejich problém snadněji řešitelný, než tomu je v praxi	slovní zásoba, nespolečná, souvislost se vztahovou závislostí (ochranné léčby)	Reagují zdravě, jsou více intelektově schopní – možné volit odvážnější techniky
Průběh terapeutického setkání	Zadá se téma korespondující s problémem, následuje ztvárnění a interpretace klientem, poté dostává zpětnou vazbu od ostatních členů skupiny a terapeuta	Měl by to být zážitek pro všechny, snaží se vtáhnout lidi do jiné dimenze	Každá skupina je jiná, zařazení zážitkových technik, objevování nových technik, „hrové“ techniky	Abreaktivní fáze – bubnování, hlasová cvičení, hra na nástroje (klidnější fáze), relaxace, imaginace, hra na nástroj s nějakým zadáním, cílem (kreativní fáze, závěrem společně zpívání)
Skupinová nebo individuální terapie	Obě formy jsou možné	Se závislými skupinovou formou nepracuje	Pouze skupiny	Zatím pouze skupinové
Velikost terapeutické skupiny	Cca 10 lidí, ideálně 8 lidí	Cca 10 lidí	Max. 10 lidí	Max. 12 lidí
Rozdíly ženy x muži	Ženy jsou více emocionální, muži jsou uzavřenější, pro ženy je závislost více frustrující, muži si svůj problém hůře přiznávají	Se ženami se pracuje do určité míry snadněji, ačkoliv snazší je navázání kontaktu s klientem - mužem	Někdy klienti preferují terapeuty stejného pohlaví, jindy naopak terapeuty druhého pohlaví, muži jsou občas familiární	Ženy si chodí na muz. léčit problémy, muži přichází s větší energií a dobrou náladou, problémy objeví příp. během terapie

Kódovací tabulka - terapeuti

	Terapeut 1	Terapeutka 2	Terapeutka 3	Terapeutka 4
Rozdíly mladší x starší klienti	Nejsou markantní, mladší si neprožili životní role, o které se lze u starších opřít, ale buduje se u nich lépe perspektiva	Obě skupiny ocení humor, mladší se spíše „oklepou“ a mají větší šanci na uzdravení	Starší klienti občas „shazují“ mladé terapeutky (osobně se s tímto nesetkala)	Jen minimální rozdíly, jiná preference písniček a technik, mladší mají více energie
Rozdíly z hlediska předmětu závislosti	Mladí toxikomani – nemívají vybudované role, zázemí, práci, ... Gambling - ekonomické problémy zasahující mj. rodinu a okolí Alkoholici – zdravotní problémy	–	–	Tyto rozdíly blíže nezkoumá
Metody a techniky práce	Především projektivní techniky. Kresba, malba, tvorba z lina, ... Témata např. čára života, já a moje závislost, rodinná koláž, řezba společného domu	Různé – projektivní, kolektivní, koláže, modelování	Volí různorodé, vymýšlí často nové techniky, v záloze má i osvědčené	Abreaktivní (např. bubnování), hra na nástroje, imaginace, relaxace, zpěv, řízený poslech, ...
Vidí na závislých klientech výsledky svojí práce?	Nelze brát statisticky, nelze očekávat velký úspěch, úspěšným výsledkem je, že klient funguje a vede kvalitní spokojený život – dobrá zpětná vazba	Neúspěšnost léčby nevidí v arteterapii, ale celkově ve společnosti	Ano, vidí zlepšení komunikace, když se terapeut sám otevře, někdy na arteterapii klienti objeví svůj nový koníček	Lze posoudit bezprostředně po terapii – kladná zpětná vazba – klienti vyzdvihují zapojení emocí či uklidnění
Další expresivní terapie v PNvD?	Pro některé pacienty by to byla forma terapie, kde by se možná více otevřeli	Prostor pro ně je, byly by dobré, vyžadovalo by to odborníky	Klienti mají hodně nabitý program, ale např. chronickým pacientům by prospěla biblioterapie	Taneční terapii by ráda sama realizovala v rámci muzikoter., také další terapie považuje za přínosné
Proč zde nejsou další expresivní terapie?	Takto široká paleta terapií není běžně samozřejmostí	Je to otázkou peněz, málo terapeutů na počet klientů, nefunguje týmová práce, mantinely instituce	Časové důvody, hodně plný program pacientů, ale výběr aktivit vnímá jako bohatý	Nedokáže posoudit

5.4 Interpretace výsledků

V této kapitole budou nejprve stručně představeny výsledky jednotlivých účastníků výzkumu včetně prognózy (v případě klientů), postavené na teoretických znalostech, osobní zkušenosti z praxe, pozorování a subjektivního názoru výzkumníka. Následně bude v souhrnném závěru rozsáhleji zhodnoceno výzkumných otázek.

Klient 1

Klient 1 prošel již několika léčbami, tato poslední je soudně nařízená a její konec je zatím otevřený. Klient je na režim léčby již navyklý a nečiní mu problémy. Přestože se program léčby za dobu jeho pobytu už několikrát opakoval, pořád vnímá, že přichází nové podněty ať už na skupině nebo na arteterapii. Arteterapii i muzikoterapii považuje za přínosnou, u arteterapie kvituje fakt, že díky dlouhému pobytu může jít stále víc a víc do hloubky, zejména pak vyzdvihuje osobnost arteterapeuta. Klient uvedl, že je smířený s doživotní abstinencí od drog, ke kterým teď cítí odpor, nikoliv však od alkoholu. V tom vidím, vzhledem k jeho pestré závislostní minulosti, problém, protože jak známo, od závislosti na drogách se snadno spadne k závislosti na alkoholu.

Klient 2

Pro klienta 2 je toto první léčba a vnímá ji veskrze pozitivně. S režimem je ztotožněný, snaží se využívat všech možností, které léčba nabízí, realizuje se zejména v keramice. Z vlastní iniciativy začal na oddělení organizovat něco jako kurzy vaření, kde kolegům předává své zkušenosti z profese šéfkuchaře a učí je vařit. Přínos muzikoterapie spatřuje v uklidnění. Co se týče arteterapie, mrzí ho, že není častěji, protože jeho arteterapeut je podle něj velice inspirující a dává mu podněty k seberozvoji. Klient 2 má dle mého názoru šanci na dobrou prognózu, vzhledem k tomu, že je tohle jeho první léčba, rozhodl se pro ni sám a dobrovolně a bere ji vážně. Klient má rovněž utvořené pracovní návyky a zároveň zaměstnání, které ho baví a koníčky spojené s uměním, ve kterých se může realizovat.

Klient 3

Klient 3 je v nemocnici zatím krátce a v léčbě se stále rozkoukává a zvyká si. Arteterapie ho baví, přijde mu zajímavá a rád by se skrze ni dozvěděl více o sobě samém. Muzikoterapii zatím neabsolvoval. Klient má utvořené pracovní návyky, režim léčby mu nečiní obtíže. Klient je velmi mladý, tak se u něj dobře buduje životní perspektiv a, nahrává mu také to, že má mnoho koníčků, mezi nimiž hraje prim sport. Otázkou zůstává, zda vnímá pobyt v nemocnici jako potřebný, prospěšný a nakolik v něm léčba probudí chuť udělat ve svém životě zásadní změny.

Klient 4

Klient 4 se nachází na konci své druhé léčby, první absolvoval před 3 a půl lety a vydržel po ní dva roky abstinovat. Tuto léčbu bere zodpovědněji, snaží se řešit konkrétní problémy ve svém životě, využívá všechny možnosti léčby (individuální terapie, keramika apod.). Arteterapie je pro něj velice přínosná, využívá i individuální formu, vztah s arteterapeutem vnímá jako důvěrný až přátelský. Muzika je podle jeho slov součástí jeho života a jeden z největších koníčků, proto se také rád účastní muzikoterapie či hraje na kytaru na oddělení. Na recidivu se lze dívat z hlediska prognózy pozitivně i negativně, to si uvědomuje také klient, a tak ji bere jako výhodu a zároveň z ní má respekt. Ve prospěch klient hraje fakt, že je mladý a zároveň už si leccos odžil. Nemusí mít tedy pocit, že v životě o něco přišel a zároveň se může soustředit na budování budoucnosti. Velký význam hrají v jeho životě sport a hudba, což mohou být oblasti, ke kterým se klient může v případě problémů upnout. Klient přiznává svoji emoční labilitu, která může být za určitých okolností spouštěčem recidivy. Prognóza je tak neurčitá.

Klientka 5

Klientka 5 absolvuje svojí první léčbu a je zhruba v polovině. Během pobytu se naučila otevřeně mluvit o svých problémech, což jí na začátku dělalo velké potíže, kromě skupin jí k tomu pomohla hodně také arteterapie. Přínos muzikoterapie shledává především v uvolnění, nejvíc se však realizuje především na ergoterapii, konkrétně šitím, pletením košíků, výrobou svíček apod. Klientka je už v důchodovém věku, stále se však aktivně věnuje svým koníčkům – turistice, cyklistice a lyžování. Klientka podle svých slov nebyla „silný piják“, k pití alkoholu ji dohnaly manželské problémy. Dle mého názoru má klientka šanci na dobrou prognózu za předpokladu, že se jí podaří vyřešit primární problémy, které ji dovedly pití. Za vhodné považuji vyhledání pomoci psychologa po skončení léčby.

Klientka 6

Klientka 6 dokončuje svoji čtvrtou léčbu, poslední recidiva proběhla po čtyřech měsících po skončení předchozí léčby. Pobyt v nemocnici vnímá jako pozitivní, líbí se jí zde, má ráda aktivity a terapie, které léčba nabízí. Psychiatrická nemocnice skýtá prostředí, které je pro ni dobře známé, cítí tu bezpečí a jistotu, má ráda místní personál a podle svých slov se sem ráda vrací. Prognóza, vzhledem k opakovanému selhání při snaze žít střízlivý život mimo zdi nemocnice, není příznivá. Klientka začala drogovou kariéru velmi brzy – již ve svých 14 letech, a nezažila si tak klasické životní role. Její problém nejspíš bude ještě hlubší. Jak v rozhovoru uvedla, prostředí nemocnice jí poskytuje jistotu a bezpečí. Jde tak zřejmě o potřeby, které

v reálném životě nemá saturované a v okamžiku, kdy se v jejím životě vyskytne náročná životní situace, je pro ni únik k alkoholu a následná hospitalizace v psychiatrické nemocnici již jistým automatismem.

Klientka 7

Klientka 7 je na konci své čtvrté léčby a s pobytem je spokojená. Vzhledem ke svému uměleckému zaměření považuje za přínosnou jak muzikoterapii, tak arteterapii, ve volném čase chodí malovat na plátno. K této klientce se mi nedostává příliš vodítek, podle kterých by se dala předpovídat prognóza, lze tedy vycházet zejména ze čtyř absolvovaných léčeb, které jsou jedním z nejspolehlivějších prediktorů recidivy. Dle mého subjektivního dojmu stojí za opakovaným léčením klientky neřešené problémy psychického rázu, které by zřejmě bylo vhodné řešit dlouhodobou psychoterapií.

Klientka 8

Klientka 8 je na začátku své šesté léčby. Na pobytu kvituje zejména režim, který jí dodává potřebný stereotyp a pocit bezpečí, a přístup personálu. Na arteterapeutovi a muzikoterapeutce oceňuje především individuální přístup, klid a zájem o klienta. Na klientce vidím určitou paralelu s klientkou 6, neboť i z ní mám pocit, že jí prostředí nemocnice kompenzuje potřeby bezpečí, jistoty a přijetí, kterých se jí „venku“ nedostává. Klientčin výrok „sama bych to nezvládla“ dle mě svědčí o jisté rezignaci na samostatnost a odpovědnost vůči vlastnímu životu. Vzhledem k již šesté léčbě, a navíc kombinované závislosti na drogách a alkoholu nevidím její prognózu příznivě.

Terapeut 1

Terapeut 1 má pětadvacetiletou praxi v psychiatrické nemocnici a pracuje především s klienty se závislostmi (mj. s klienty, kteří jsou účastníky výzkumu). Arteterapie podle něj umožňuje klientovi uvolnění emocí a napětí, zjišťování nevědomých obsahů, rozvíjení tvořivosti a terapeutovi může pomoci navázat s klientem lepší kontakt. Její užití je u pacientů se závislostí velmi žádoucí, protože právě u nich existuje potenciál změny, který arteterapie pomáhá naplnit. Za úspěch svojí práce považuje, když přispěje k tomu, aby pacienti vedli spokojený život a fungovali v reálném životě. Nabídku expresivních terapií v psychiatrické nemocnici považuje za širokou a domnívá se, že to není samozřejmostí v každém zařízení. Další expresivní terapie by však mohly být další alternativou pro klienty.

Terapeutka 2

Terapeutka 2 působí na své pozici v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech již 18 let, a přestože dnes již se závislími klienty skupinovou formou nepracuje, má s nimi bohaté zkušenosti. V rámci své práce se snaží, aby každé terapeutické setkání bylo především zážitkem pro všechny zúčastněné. Závislost považuje za komplexní problém, jehož původ nespátřuje pouze v závislých jedincích, ale v první řadě ve společnosti, která je podle ní „nemocná“. Další expresivní terapie by byly podle ní v nemocnici účelné, vyžadovaly by však odborníky na danou oblast.

Terapeutka 3

Terapeutka 3 působí v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech dva roky a se závislími pacienty má zkušenost skrze oddělení určené pro výkon nařízených ochranných léčení. Snaží se, aby její skupiny byly výtvarně – zážitkové, přichází s novými nápady a technikami. Z dalších expresivních terapií by podle ní měla smysl biblioterapie u chronických pacientů, jinak vnímá, že mají klienti poměrně nabitý program a bohatý výběr činností.

Terapeutka 4

Terapeutka 4 působí na pozici muzikoterapeuta v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech dva a půl roku, pracuje téměř se všemi klienty nemocnice včetně těch se závislostmi. Za svůj hlavní úkol považuje nabídnout lidem zážitek spojený s hudbou, která je podle ní mocným nástrojem a může terapeutovi pomoci v navázání kontaktu s klientem. U klientů se závislostmi vnímá, že může být ve výběru technik odvážnější a nechat je více samostatně rozhodovat. Co se týče dalších expresivních terapií, ráda by se sama pokusila o propojení muzikoterapie s tancem, protože se domnívá, že taneční terapie by byla účinná pro různé skupiny klientů (pro děti, chronické pacienty, ale i závislé). Ohledně ostatních expresivních terapií je přesvědčená, že také ony by si tu našly své místo, protože pacienti se potřebují uvolnit a dostat ze sebe emoce.

Zhodnocení výzkumných otázek

1) Jakým způsobem probíhá arteterapie v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech?

Arteterapie v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech probíhá pod vedením tří arteterapeutů formou arteterapeutických skupin a v menší míře také individuálních terapií. Řadí se mezi podpůrné formy léčby, které vyváženě doplňují psychoterapii a farmakoterapii. Pacientům je k dispozici rovněž ateliér arteterapie, kam mohou docházet tvořit.

Práce arteterapeuta obnáší směrem ke klientovi velkou míru empatie, citlivý přístup a někdy také dávku sebeovládání. Arteterapeuti se snaží, aby každé setkání s klienty bylo zároveň zážitkem pro všechny zúčastněné, volí jednak osvědčené techniky a jednak se snaží přicházet také s novými nápady, které by mohly přinést úspěch. Techniky, které arteterapie využívá, jsou zejména projektivní, klient při nich své pocity či nevědomé obsahy promítne do vytvořeného artefaktu. Z hlediska použitého materiálu pracují arteterapeuti zejména s kresbou, malbou, modelováním, tvorbou koláží, tvorbou z lina apod., co se týče témat nejčastěji se týkají závislosti, sebepoznání, rodinných vztahů či spolupráce. Konkrétními technikami pak mohou být např. výklad snů, karty se symbolikou, kresba „já a moje závislost“, rodinná koláž, čára života, řezba společného domu a další.

Konkrétní průběh arteterapeutického setkání se liší podle terapeuta. Arteterapeutická sezení se závislími klienty, kteří se účastnili výzkumu, probíhají pod vedením PhDr. Blažka jednou týdně ve skupině přibližně deseti lidí. Na začátku setkání zadá arteterapeut určité téma, které koresponduje s problémem klientů, následuje samotné ztvárnění úkolu a interpretace klientem. Na konec klient dostane zpětnou vazbu od ostatních členů skupiny a arteterapeuta, při které klientův výtvar společně analyzují.

2) Jakým způsobem probíhá muzikoterapie v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech?

Muzikoterapie v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech se stejně jako arteterapie řadí mezi podpůrné formy léčby. Muzikoterapeutická místnost se nachází v prostorách centrální ergoterapie, kam klienti na muzikoterapeutická setkání docházejí pravidelně přibližně jednou za měsíc. Muzikoterapeutická setkání zajišťují dvě terapeutky, které při své práci pracují s živou hudbou, což nebývá ve všech zařízeních zvykem – většinou je klientům prezentována hudba reprodukována.

Práci s klienty se závislostmi se věnuje pouze jedna z terapeutek. Muzikoterapie probíhá ve skupině dvanácti klientů a má pokaždé přibližně podobný průběh, který je obměňován zvolenými technikami. První fáze je abreaktivní, při které se většinou bubnuje, což mají zejména závislí klienti velmi v oblibě, následuje klidnější fáze, kdy terapeutka s klienty provádí např. hlasová cvičení nebo klienti hrají na nejrůznější nástroje, které jsou v muzikoterapeutické místnosti k dispozici. Pokračuje se relaxací, někdy společně s imaginací. Poté nastává kreativní fáze, kdy klienti dostávají určitý úkol spojený např. s hrou na nástroj, poslechem apod. Setkání je zakončeno společným zpíváním, kdy si klienti vyberou několik písniček a muzikoterapeutka je doprovází buď na kytaru nebo housle. V případě, že je ve skupině nějaký klient – hudebník, který umí hrát na kytaru, může doprovázet skupinu ve zpívání společně s muzikoterapeutkou.

3) Jak vnímají klienti psychiatrické nemocnice expresivní terapie?

Všichni dotazovaní klienti projeví spokojenost s oběma expresivními terapiemi, které Psychiatrická nemocnice v Dobřanech nabízí. Vnímají je jako zajímavé zpestření běžného programu, při kterém se mohou dozvědět více o sobě samých, a především o svých nevědomých obsazích. Klienti jsou si vědomi toho, že účelem arteterapie ani muzikoterapie není vytvoření nějakého uměleckého díla, ale že jde především o to, aby s pomocí uměleckých technik projeví svou osobnost.

Za stěžejní považují při arteterapii osobnost terapeuta, který jim musí sednout, mít zkušenosti z praxe, a především mít zájem o klienty. V této souvislosti vyzdvihují osobnost svého arteterapeuta, PhDr. Blažka, který podle nich přesně tyto atributy splňuje. V rámci muzikoterapie klienti oceňují vynikající hru na kytaru a housle muzikoterapeutky, Tamary Císařové, která na ně má velice pozitivní účinek.

Zajímavý rozkol mezi muži a ženami nastal při posuzování dostatečnosti časové dotace expresivních terapií. Zatímco muži ve všech případech považovali jednu hodinu arteterapie týdně a jednu hodinu muzikoterapie měsíčně za nedostačující, ženy ve třech z čtyřech případů uváděly, že časová dotace je přiměřená. Osobně si tento jev vysvětlují tím, že ženy se více často zúčastňují aktivit v rámci ergoterapie, kde je mnoho aktivit, kterým se zpravidla věnují spíše ženy např. pletení, šití, háčkování, vyšívání, tvorba mýdel, tvorba svíček apod., a tak se dostatečně kreativně realizují i mimo pole působnosti expresivních terapií.

4) Jaký je přínos expresivních terapií při léčbě klienta se závislostí?

Terapeuti i klienti se shodují, že expresivní terapie jsou pro léčbu přínosem. Zatímco terapeuti si uvědomují podpůrnou roli expresivních terapií v procesu léčby, klienti jim často přiřkládají význam mnohem větší.

Podle arteterapeutů spočívá přínos arteterapie v tom, že klientům pomůže navázat kontakt s terapeutem, uvolnit emoce a napětí, rozvíjet tvořivost, odhalovat nevědomé obsahy z vlastní mysli, prohloubit sebepoznání nebo zlepšit spolupráci ve skupině. Podle muzikoterapeutky vidí klienti přínos v tom, že se na chvíli mohou odpoutat od racionality, kterou je nezbytné během dne udržovat, a mohou zapojit také své emoce a dojít tak např. uklidnění. Ona sama pokládá považuje muzikoterapii za mocný nástroj, díky kterému může lépe navázat s vztah. Expresivní terapie obecně se snaží klientům nabídnout zážitek, který je spojený s uměním – ať už s výtvarným nebo s hudbou

Z pohledu klientů je arteterapie přínosná především v tom, že každý má prostor sdělit svůj problém, hledat jeho řešení a pracovat na jeho odstranění. Klienti také prohlubují své

sebezpoznání a objevují latentní obsahy z nevědomí, které by jinak zůstaly skryty, to následně může působit jako pohnutka k práci na seberozvoji. Co se týče muzikoterapie, spatřují klienti největší přínos v její uvolňujícím a uklidňujícím účinku. Pomáhá jim rovněž vypořádat se s emocemi, často se stává, že přijdou na setkání se špatnou náladou a odchází vyrovnaní. Mezi další přednosti terapie hudbou řadí klienti zbavení se ostychu či stmelení skupiny a učení se fungovat v týmu. Muzikoterapie klientům pomáhá utřídit si myšlenky, či alespoň odsunout starosti stranou a zapomenout tak na své aktuální problémy. Posledním zmiňovaným pozitivem bylo, že expresivní terapie mohou klienty přivést k novým koníčkům a zájmům.

5) Jaké je možné uplatnění dalších expresivních terapií na půdě Psychiatrické nemocnice v Dobřanech?

V odpovědích na otázky zaměřené tímto směrem se opět projevilo, že expresivní terapie klienty velmi baví a uvítali by také jejich další formy. Někteří klienti znají další expresivní terapie z předchozích léčeb v jiných zařízeních, mezi takové patří např. dramaterapie, taneční terapie či biblioterapie. V rozhovorech se ukázalo, že každý klient je individuální bytost a upřednostňoval by pro sebe jiný druh expresivní terapie. Mezi ženami i muži převládala preference divadelní a taneční terapie, objevila se také biblioterapie.

Terapeuti se k otázce dalších expresivních terapií stavěli střízlivěji, a přestože je považují rovněž za přínosné, poukázali např. na fakt, že v nemocnici je už teď velmi pestrý výběr aktivit, což nebývá v podobných zařízeních samozřejmostí. Dalším argumentem bylo, že klienti mají už teď dost naplněný denní program, a bylo by tak třeba tyto terapie někam vměstnat, což si uvědomují i sami klienti.

5.5 Závěr výzkumu a návrhy

V rámci výzkumného šetření se podařilo zmapovat užívání expresivních terapií v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech. Z pozorování, obsahové analýzy a rozhovorů vyplývá, že arteterapie má v nemocnici vybudovanou dlouholetou tradici postavenou na práci zkušených terapeutů a kvalitním materiálním zázemí. Klienti se závislostmi arteterapii považují za velmi přínosnou v rámci své celkové léčby a rovněž terapeuti pokládají arteterapii v případě závislostních diagnóz za užitečnou, protože může využít potenciál změny, který v těchto klientech je. Jejimi nejčastěji zmiňovanými přínosy jsou, jak ze strany klientů, tak ze strany arteterapeutů, odhalování skrytých obsahů z nevědomí a sebezpoznání.

Muzikoterapie, přestože nemá v nemocnici tak dlouhou tradici jako arteterapie, si taktéž našla oblibu u různých klientských skupin, v případě závislých klientů o velké oblibě svědčí

naplněná kapacita každého setkání. Specifikem muzikoterapie v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech je, že terapeutky pracují převážně s živou hudbou, kterou samy produkují a snaží se do tohoto procesu zapojit také klienty. Největší přínos muzikoterapie spatřují klienti se závislostí v možnosti odreagování, uvolnění a uklidnění, což je zároveň také záměrem muzikoterapeutky.

Z pohledu klientů vyplývá, že by uvítali možnost účasti i na dalších umělecky zaměřených terapiích jako jsou dramaterapie či tanečně-pohybová terapie. Terapeuti význam expresivních terapií potvrzují, avšak překážku zavedení nových druhů těchto terapií vidí především v nedostatku času, zároveň jsou přesvědčeni, že nabídka aktivit určených klientům je i tak velmi bohatá.

Vědoma si limitů kvalitativního výzkumu, jakými jsou nemožnost zobecnění a subjektivita výzkumníka, soudím, že expresivní terapie mají pro klienty psychiatrické nemocnice jednoznačně pozitivní význam. Jejich pozitivní účinek by byl ještě více akcentován, pokud by se nabídka expresivních terapií v nemocnici rozrostla např. o dramaterapii, teatroterapii či tanečně pohybovou terapii. Pro nemocnici by to znamenalo zajistit terapeutky, kteří by pro takovouto práci byli kvalifikovaní, což není zcela jednoduchý úkol, avšak jsem přesvědčená, že pro nejrůznější skupiny klientů nemocnice by tyto terapie byly nesmírným přínosem.

Můj další návrh se týká navýšení frekvence muzikoterapeutických setkání pro klienty se závislostí. Jak z výzkumu vyplynulo, muzikoterapie svými pozitivními účinky přispívá k lepšímu průběhu léčby. Zejména mužská část respondentů v rozhovorech zmiňovala, že je pro ně časová dotace muzikoterapie nedostatečná, protože se na ni dostanou v lepším případě jednou za měsíc, někdy se s ní však neseťkají během svého pobytu vůbec. To je podle mého názoru velká škoda, a přestože také v tomto případě by bylo zřejmě nezbytné personálně rozšířit muzikoterapeutický tým, pro klienty byla častější setkání více obohacující.

Závěr

Uvedená diplomová práce se věnovala zmapování užívání expresivních terapií u klientů s diagnózou závislosti. Úvodní kapitola teoretické části práce byla věnována vymezení expresivních terapií, jejich typologii a specifickým jejich využitím. Další kapitola se zabývala problematikou závislosti se zaměřením na látkové i nelátkové formy závislosti. Tématem následující kapitoly byly nejdůležitější aspekty terapeutického procesu – cíle, fáze, terapeutický vztah, specifické cílové skupiny či recidiva. V závěrečné kapitole teoretické části byla představena Psychiatrická nemocnice v Dobřanech, coby organizace, v níž bylo realizováno výzkumné šetření.

Empirická část práce má charakter kvalitativního výzkumu za použití konceptu triangulace, který je postaven na metodě obsahové analýzy, pozorování a rozhovoru. Participanty výzkumného šetření byli klienti psychiatrické nemocnice s diagnózou závislosti a terapeuti využívající při své práci umělecky zaměřené terapie. Cílem výzkumného šetření bylo prozkoumání užívání expresivních terapií u klientů s diagnózou závislosti v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech, ukázat jejich možný pozitivní vliv a podat nemocnici návrhy na zlepšení v této oblasti. Odpovědi na výzkumné otázky měly za úkol zmapovat jakým konkrétním způsobem jsou v nemocnici arteterapie a muzikoterapie realizovány, jak tyto terapie klienti vnímají, jaký je přínos expresivních terapií a jaké je možné uplatnění dalších expresivních terapií v rámci nemocnice.

Předpokládaný pozitivní přínos expresivních terapií v procesu léčby závislostí se ve výsledcích výzkumu skutečně projevil. Potvrzují ho klienti, kteří ho dokládají na mnoha příkladech kladných účinků, které jim arteterapie i muzikoterapie přináší, a potvrzují ho také terapeuti, kteří na klientech spatřují výsledky svojí terapeutické práce.

První návrh opatření směrem k Psychiatrické nemocnici v Dobřanech se týká navýšení počtu muzikoterapeutických sezení, jejichž časovou dotaci v závislosti na výsledcích výzkumného šetření považují za nedostačující. Druhý návrh spočívá v rozšíření nabídky expresivních terapií o tanečně pohybovou terapii či dramaterapii. Pokud by to finanční a personální podmínky dovolily, jsem si jistá že tyto (a případně i další) expresivní terapie by byly pro klienty cenným přínosem.

Stanovený cíl práce „zmapování užívání expresivních terapií v procesu léčby závislých klientů“ byl naplněn jak po stránce teoretické v první části práce, tak po stránce praktické v rámci výzkumného šetření. Rovněž byl (s odkazem na výsledky výzkumu) prokázán pozitivní

přínos expresivních terapií a také byly podány návrhy opatření pro Psychiatrickou nemocnici v Dobřanech, což byly další cíle této práce.

Použitá literatura

1. BARTOŠÍKOVÁ, Ivana, MIOVSKÝ, Michal a KALINA, Kamil (2003). Terapeutický vztah. In: KALINA, Kamil a kol., *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 30-35.
2. BÉM, Pavel (2003). Složky systému péče v ČR. In: KALINA, Kamil a kol., *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: úřad vlády České republiky, s. 155-158.
3. BLINKA, Lukáš. *Online závislosti*. Praha: Grada Publishing, 2015.
4. BROŽA, Jiří (2003). Děti a mladiství. In: KALINA, Kamil a kol., *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 232-237.
5. ČÍŽKOVÁ, Klára. *Tanečně-pohybová terapie*. Praha: Triton, 2005.
6. DOSEDLOVÁ, Jaroslava (2014). Taneční terapie a terapeutický tanec. In: MÜLLER, Oldřich (ed.) a kol., *Terapie ve speciální pedagogice*. Praha: Grada, s. 334-357.
7. DOSEDLOVÁ, Jaroslava. *Terapie tancem: role tance v dějinách lidstva a v současné psychoterapii*. Praha: Grada, 2012.
8. DOSEDLOVÁ, Jaroslava a Jiří KANTOR. *Tanečně-pohybová terapie a muzikoterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013
9. DVOŘÁČEK, Jiří (2003). Střednědobá ústavní léčba. In: KALINA, Kamil a kol., *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: úřad vlády České republiky, s. 195-199.
10. FROUZOVÁ, Magdalena (2003a). Gambleři a gambling. In: KALINA, Kamil a kol., *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: úřad vlády České republiky, s. 267-271.
11. FROUZOVÁ, Magdalena (2003b). Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti. In: KALINA, Kamil a kol., *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: úřad vlády České republiky, s. 124-128.
12. FROUZOVÁ, Magdalena (2008). Závislost na procesech. In: KALINA, Kamil a kol., *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 237-251.
13. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 200.
14. GERLICOVÁ, Markéta. *Muzikoterapie v praxi: Příběhy muzikoterapeutických cest*. Praha: Grada, 2014.
15. HANUŠOVÁ, Ingrid (2007). Expresivní postupy. In: VYMĚTAL, Jan a kol., *Speciální psychoterapie*. Praha: Grada, s. 259-292.

16. HANUŠOVÁ, Ingrid (2004). Indikace a cíle psychoterapie. In: VYMĚTAL, Jan a kol., *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada Publishing, s. 39-46.
17. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010.
18. HELLER, Jiří a Olga PECINOVSKÁ, ed. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga, 2011.
19. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2016.
20. HOVĚŽÁKOVÁ, Diana a Ivana TAHOVÁ (2010). Expresivní terapie v institucionální výchově. *Vysokoškolské poradenství aktuálně* (5), s. 2-4.
21. HRDINA, Petr a Blanka KORČIŠOVÁ (2003). Terénní programy. In: KALINA, Kamil a kol., *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: úřad vlády České republiky, s. 159-164.
22. JEŘÁBEK, Petr (2015). Integrativní přístup v léčebném kontinuu. In: KALINA, Kamil a kol., *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 247-257.
23. KALINA, Kamil (2003). Denní stacionáře. In: KALINA, Kamil a kol., *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: úřad vlády České republiky, s. 179-185.
24. KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003.
25. KALINA, Kamil a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015.
26. KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ a Jana WEBER a kol. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada, 2009.
27. KOVÁCSOVÁ, Erika (2016). Expresivní terapie v práci s lidmi se závislostí od psychoaktivních látek. In: LIŠTIAKOVÁ, Ivana – FÁBRY LUCKÁ, Zuzana (Eds.), *Expresivní terapie vo vedách o človeku 2016: Biodromálny aspekt liečebnej pedagogiky*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, s. 105-109.
28. KUDA, Aleš (2008). Prevence a zvládání relapsu. In: KALINA, Kamil a kol., *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 225-234.
29. KUDRLE, Stanislav (2003a). Historie užívání a zneužívání psychotropních látek. In: KALINA, Kamil a kol., *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: úřad vlády České republiky, s. 83-89.
30. KUDRLE, Stanislav (2003b). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In: KALINA, Kamil a kol., *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: úřad vlády České republiky, s. 91-94.

31. MAJZLANOVÁ, Katarína. *Dramatoterapie v léčebnej pedagogike*. Bratislava: Iris, 2004.
32. MASTNAK, Wolfgang a Jiří KANTOR (2014). Muzikoterapie. In: MÜLLER, Oldřich (ed.) a kol., *Terapie ve speciální pedagogice*. Praha: Grada, s. 269-333.
33. MINAŘÍK, Jakub (2008). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In: KALINA, Kamil a kol., *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 339-367.
34. MINAŘÍK, Jakub a Vladimír KMOCH (2015). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In: KALINA, Kamil a kol., *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 48-83.
35. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2009.
36. MIOVSKÝ, Michal a Ivana BARTOŠÍKOVÁ (2003). Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislosti. In: KALINA, Kamil a kol., *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 25-29.
37. MÜHLPACHR, Pavel. *Sociopatologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2008.
38. MÜLLER, Oldřich. *Expresivní terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013.
39. NEŠPOR, Karel (2003). Detoxifikační jednotky. In: KALINA, Kamil a kol., *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: úřad vlády České republiky, s. 190-193.
40. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2011.
41. NEŠPOR, Karel. *Zůstat střízlivý: Praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem a jejich blízké*. Brno: Host, 2006.
42. POLÍNEK, Martin Dominik (2014). Teatroterapie. In: MÜLLER, Oldřich (ed.) a kol., *Terapie ve speciální pedagogice*. Praha: Grada, s. 167-197.
43. POLÍNEK, Martin Dominik. *Tvořivost (nejen) jako prevence rizikového chování: expresivně-formativní potenciál základního uměleckého vzdělávání*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015.
44. POTMĚŠILOVÁ, Petra a SOBKOVÁ, Petra. *Arteterapie a artefiletika nejen pro sociální pedagogy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012.
45. PRUNNER, Pavel. *Psychologie gamblerství aneb sázka na štěstí*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk s.r.o., 2008.

46. Psychiatrická nemocnice v Dobřanech, 2016. *Výroční zpráva*. Psychiatrická nemocnice v Dobřanech, Dobřany.
47. RABOCH, Jiří, Michal HRDLIČKA, Pavel MOHR ed. *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015.
48. RICHTEROVÁ-TĚMÍNOVÁ, Martina (2008). Systém péče a jeho složky. In: KALINA, Kamil a kol., *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 369-385.
49. SVOBODA, Pavel (2014). Biblioterapie. In: MÜLLER, Oldřich (ed.) a kol., *Terapie ve speciální pedagogice*. Praha: Grada, s. 198-236)
50. ŠICKOVÁ – FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. Praha: Portál, 2016.
51. ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007.
52. ÚHLINGER, Claude a Marlyse TSCHUI. *Když někdo blízký pije: rady pro rodiny osob závislých na alkoholu*. Praha: Portál, 2009.
53. VACEK, Jaroslav. *Identifikace a řešení rizik spojených s hraním hazardních her: Příručka pro obce a jejich zastupitele*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2014.
54. VACEK, Jaroslav a Petra VONDRÁČKOVÁ (2014). Behaviorální závislosti: klasifikace, fenomenologie, prevalence a terapie. *Česká a slovenská psychiatrie* červenec 2014, s. 144-150.
55. VALENTA, Milan. *Dramaterapie*. Praha: Grada, 2011.
56. VALENTA, Milan a Martin Dominik POLÍNEK. *Dramaterapie a teatroterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013.
57. VAVRDA, Vladimír (2004). Psychoterapeutický vztah a psychoterapeutický proces. In: VYMĚTAL, Jan a kol., *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada Publishing, s. 91-114.
58. VOBOŘIL, Jindřich (2003). Gender – ženy jako specifická skupina. In: KALINA, Kamil a kol., *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 238-243.
59. VYMĚTAL, Jan a kol. *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada Publishing, 2004.
60. VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada Publishing, 2010.
61. *130 let Psychiatrické léčebny v Dobřanech: 1880-2010*. Dobřany: Psychiatrická léčebna v Dobřanech, 2010.

Internetové zdroje

62. American dance therapy association. What is dance/movement therapy. (www.adta.org/faqs, 15. 10. 2017).
63. Asociace dramaterapeutů České republiky. Dramaterapie. (www.adcr.cz/dramaterapie, 13. 10. 2017).
64. Asociace tanečně pohybové terapie ČR TANTER. (www.tanter.cz, 15. 10. 2017).
65. Česká arteterapeutická asociace. Co je Arteterapie. (www.arteterapie.cz/arteterapie, 19. 9. 2017).
66. Muzikoterapeutická asociace České republiky. Co je to muzikoterapie. (www.czmta.cz/muzikoterapie/co-je-to-muzikoterapie, 17. 10. 2017)
67. Občanské sdružení NET. Úvod (http://www.kcentrum.cz/web.org/o_drogach/o_drogach.htm, 13.11.2017).
68. Psychiatrická nemocnice v Dobřanech (www.pldobrany.cz, 12. 12. 2017)
69. Psychiatrická nemocnice v Dobřanech. (<https://www.pldobrany.cz/o-nemocnici/historie.html>, 2. 3. 2018).
70. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek. (<http://www.uzis.cz/cz/mkn/F10-F19.html>, 8. 11. 2017).

Přílohy

Příloha A <i>záznamový arch rozhovoru s klienty</i>	88
Příloha B <i>Záznamový arch rozhovoru s terapeuty</i>	89

Příloha A

Záznamový arch rozhovoru s klienty

- Řekněte mi něco málo o sobě, to, co považujete za důležité... (věk, bydliště, vzdělání, profese)
- Jaký je důvod vašeho pobytu zde? (Diagnóza)
- Kolikátá je to vaše léčba?
- V jaké fázi léčby se právě nacházíte?
- Jak vnímáte pobyt zde?
- Co je tady pro vás nejobtížnější?
- Shledáváte na svém pobytu zde nějaká pozitiva
- A vnímáte nějaká negativa?
- Jak probíhají arteterapeutická sezení?
- Jak jste spokojen/a s arteterapeutickými skupinami?
- Jsou pro vás tato sezení přínosná?
- Je časová dotace arteterapie podle vás dostačující?
- Je pro vás důležitá osobnost arteterapeuta?
- Navštěvujete ve svém volnu také ateliér arteterapie?
- Muzikoterapie je zde dobrovolná, účastnil/a jste se jí někdy? (Proč ne?)
 - ❖ Jak muzikoterapeutické sezení probíhalo?
 - ❖ Bylo pro vás přínosem?
- Pomáhá/jí vám tato/tyto terapie nějakým způsobem v léčbě?
- Znáte ještě některé další terapie, které využívají k léčbě umění?
- Ano – další otázka, ne – vysvětlit
- Uvítala byste některou z těchto terapií? / Myslíte, že by pro vás některá z těchto terapií mohla být prospěšná?

Příloha B

Záznamový arch rozhovoru s terapeuty

- Jaká je vaše role v rámci Psychiatrické nemocnice v Dobřanech?
- Jak dlouho už na této pozici působíte?
- A jak dlouho pracujete v PNvD celkově?
- Jaké profese či pozice jste vykonával/a dříve?
- Jaké je vaše vzdělání?
- A jaké je vaše terapeutické vzdělání (jaké, kdy a kde)
- Co vaše profese obnáší?
- S jakými cílovými skupinami pracujete?
- Jaká vidíte pozitiva vaší práce?
- A jaké vidíte negativní stránky?
- Zaměříme se na klienty se závislostí... má práce s touto skupinou nějaká specifika?
- Jak probíhá arteterapeutické/muzikoterapeutické setkání?
- Jsou tato setkání pouze skupinová, nebo také individuální?
- Jak velká je terapeutická skupina?
- Vidíte nějaké rozdíly v terapeutické práci se ženami a s muži?
- A rozdíly v práci s mladšími a staršími klienty?
- Jaké metody a techniky na skupinách se závislými klienty používáte?
- Vidíte na klientech se závislostí výsledky svojí terapeutické práce?
- Domníváte se, že je zde prostor i pro další expresivní terapie? Jaké?
- Proč myslíte, že zde nejsou další expresivní terapie realizovány?