

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra psychologie

**ARTETERAPIE ZÁVISLÝCH NA
ALKOHOLU**

Diplomová práce

Bc. Simona Musilová

Učitelství pro SŠ: Psychologie – Výtvarná výchova (2011-2013)

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Šámalová

Plzeň, duben 2013

Prohlašuji, že jsem předloženou závěrečnou práci vypracoval(a) samostatně s použitím zdrojů informací a literárních pramenů, které uvádím v přiloženém seznamu literatury.

V Plzni dne 31. března 2013

.....
vlastnoruční podpis

OBSAH

ÚVOD	5
1 ALKOHOLISMUS	7
1.1 Definice alkoholismu jako závislosti	7
1.1.1 Alkohol.....	7
1.1.2 Závislost	8
1.1.3 Alkoholismus	9
1.1.4 Jellinekova typologie.....	10
1.1.5 Vymezení v legislativě	11
1.2 Fyziologické aspekty užívání alkoholu a rizika s nimi spojená	14
1.2.1 Symptomy intoxikace alkoholem.....	14
1.2.2 Akutní a chronická intoxikace.....	15
1.2.3 Absorpce a distribuce ethanolu v organismu	17
1.2.4 Neurotoxická.....	19
1.2.5 Patologické poškození hepatocytů	20
1.2.6 Další tkáňová poškození	22
1.3 Sociálně-psychologické aspekty užívání alkoholu.....	24
1.3.1 Etiologie alkoholismu	24
1.3.2 Varovné signály závislosti	26
1.3.3 Alkoholismus u žen	28
1.3.4 Psychické komplikace	29
1.3.5 Důsledky pro rodinu.....	31
1.4 Možnosti prevence a léčby	33
2 ARTETERAPIE.....	37
2.1 Vymezení v rámci psychoterapie obecně.....	37
2.1.1 Formy a metody v psychoterapii	38
2.1.2 Fáze psychoterapeutického procesu	39
2.1.3 Vztah klienta a terapeuta	42
2.2 Základní principy arteterapie	43
2.2.1 Pozitiva a úskalí využití výtvarného umění v terapii	44
2.2.2 Historické kontexty jako východiska současných směrů v arteterapii	46
2.2.3 Skupinová arteterapie	48
2.3 Arteterapie jako diagnostický nástroj.....	50
2.3.1 Analýza obrazně-vizuálního vyjádření.....	51

2.3.2	Typické indikace obrazně-vizuálního vyjádření	55
3	ARTETERAPIE ZÁVISLÝCH NA ALKOHOLU	59
3.1	Techniky využívané v arteterapii závislých na alkoholu	60
3.1.1	Specifické techniky	61
3.1.2	Obecné techniky	64
3.2	Denní program v Alkoholické léčebně Dobřany	65
1	METODOLOGIE VÝZKUMU	69
1.1	Výzkumná otázka	69
1.2	Popis metod	70
2	VÝSLEDKY A DISKUZE	71
2.1	Pacient A	71
2.1.1	Osobní anamnéza	71
2.1.2	Deník	72
2.1.3	Technika Moudrý stařec	74
2.1.4	Technika Moje závislost	75
2.2	Pacient B	77
2.2.1	Osobní anamnéza	77
2.2.2	Technika moudrý stařec	77
2.3	Pacient C	79
2.3.1	Technika Čára života	79
2.3.2	Technika Moudrý stařec	82
2.3.3	Moje závislost	83
	ZÁVĚR	86
	RESUMÉ	88
	LITERATURA	
	PŘÍLOHY	
	Sherlockův dotazník	
	Statistiky	
	Indikace v arteterapii – ukázky obrázků	
	Alkoholická léčebna Dobřany	

ÚVOD

„Nevolnictví bylo v Čechách, na Moravě a ve Slezsku zrušeno roku 1781 patentem císaře Josefa II. Alkoholové nevolnictví ale trvá dodneška. Lidé poslušně odevzdávají těžce vydělané peníze výrobcům alkoholu a dostávají za to cirhózy a deliria. I toto nevolnictví je možné zrušit, ale ne císařským výnosem.“ Karel Nešpor

Vzhledem ke kombinaci oborů, které studuji, není výběr tématu Arteterapie závislých na alkoholu vůbec náhodný. Mým úkolem v této práci bude jednak analyzovat příčiny a důsledky alkoholismu, jednak zjistit, co představuje arteterapie a proč je při léčbě závislostí tak úspěšná. Zaměřím se tedy na proces léčby alkoholismu arteterapií z hlediska fyziologického, psychologického a sociálního, přičemž neopomenu důležité hledisko spirituality alkoholika.

Zajímavé totiž je, že přestože se alkohol vyskytuje v životě každého z nás zcela běžně, nevnímá ho téměř nikdo jako problém. Samozřejmě zde významnou roli sehrávají sociokulturní kontexty – v první řadě legislativa proti alkoholu zasahující minimálně, v řadě druhé spotřební společnost snažící se nějakým relativně přijatelným způsobem zbavit zábran nebo odplavit chmury. V nejužším slova smyslu sehrává důležitou roli i rodina jakožto zdroj kulturních vzorců. Navíc můžeme vztah k alkoholu označit za specifický i ze statistického hlediska sociálně-patologických jevů, kdy Gaussova křivka nefunguje – normální a společensky platné je to, co platí pro většinu ve společnosti a to je v tomto případě užívání alkoholu, za nenormální je pak považováno jednak nadměrné užívání, jednak úplná abstinence.

Celá práce se zaměřuje na analýzu fungování arteterapie v alkoholické léčebně, kde je realizována praktická část práce a zároveň zde dochází i k inspiraci pro teoretickou část práce. Zvolila jsem spolupráci s alkoholickou léčebnou v Dobřanech, kam dojíždím jako stážista a účastním se terapeutických setkání jakožto tvorby inkriminovaných jedinců. Vzhledem k poměru počtu alkoholiků léčících se a neléčících se, v jejichž případě nemusí být statistická data vůbec přesná, je pro mě rovněž stěžejním cílem rozlišit subjektivní kritéria alkoholismu vedle zákonných ustanovení a vyhlášek umožňující vstup do léčebny.

TEORETICKÁ VÝCHODISKA PRÁCE

1 ALKOHOLISMUS

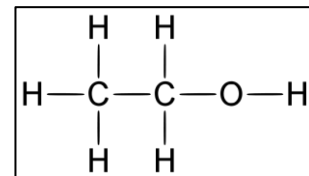
Primárním cílem této kapitoly s velmi širokým záběrem je vystihnout veškeré aspekty alkoholismu jakožto pervazivní závislosti, tedy determinující osobnost člověka v kontextu psychologickém, sociálním a ekonomickém, současně v kontextu fyziologickém. Cílem sekundárním je seznámit se následně i s etiologií alkoholismu, dá-li se to tak označit, s problematikou prevence primární, sekundární i terciální.

1.1 Definice alkoholismu jako závislosti

Nyní se pokusíme především o přiblížení pojmu alkohol, závislost a alkoholismus. Alkohol si představíme jako psychoaktivní látku s určitými chemickými aspekty, současně s aspekty biopsychosociálními při působení na lidský organismus. Závislost obecně i alkoholismus konkrétně pak přesně rozpracovává Mezinárodní klasifikace nemocí.

1.1.1 Alkohol

Alkohol, čili ethanol, vzniká chemickým kvašením ze sacharidů. Buď kvasí z jednoduchých cukrů, obsažených v ovoci, nebo z polysacharidů, obsažených v obilí, bramborech a podobně. Aby bylo dosaženo vyšší



koncentrace ethanolu v roztoku, bývá ještě destilován. „Alkoholy tvoří celou skupinu látek, z nichž etylalkohol, druhý nejjednodušší, převzal jako nejznámější jméno celé skupiny. Při nedokonalých chemických procesech (například při domácí tvorbě destilátů) vzniká směs ethanolu s nejnižším alkoholem metanolem, který je silným nervovým jedem se selektivním působením na oční nerv a vede k metabolickému rozvratu vyvoláním acidózy. Charakteristiku nervového jedu a schopnost vyvolat acidózu má i ethanol, i když v nižší míře. Ethanol byl ve formě alkoholických nápojů vyráběn a používán v dobách historických civilizací, jak o tom svědčí četné archeologické nálezy – někdy jako látka zvláštního významu při náboženských obřadech, později stále častěji jako nápoj. Staré jsou

těž zprávy o léčebném užívání alkoholu. I v současnosti se používá alkohol poměrně široce jak ve farmakologii, tak i v lidové medicíně.“ (Kalina, 2003; s. 151)

Ethanol patří u nás i ve světě mezi nejčastěji užívanou a nejčastěji zneužívanou psychoaktivní látku. Skupina uživatelů je velice heterogenní – konzumenty se stávají ženy, muži, dospívající, lidé zdraví i psychicky nemocní. Závislostí nebo škodlivým užíváním, které vede k poškození tělesného nebo duševního zdraví, trpí zhruba 8 % populace. Dlouhodobé nadužívání alkoholu je spojeno se zdravotními komplikacemi, mimo jiné s vysokým krevním tlakem, cévní mozkovou příhodou, vředovou chorobou, rakovinou, cirhózou jater, rovněž s komplikacemi v oblasti psychické a komplikacemi v oblasti sociálně-ekonomické, jež už zatěžuje nejen samotného konzumenta, ale i společnost – alkohol na úkor rodiny, pracovní neschopnost, dopravní nehody, nemocenské dávky a tak dále. (Svoboda, 2006)

1.1.2 Závislost

V úvodu definujeme obecně závislost podle zásadního dokumentu pro evropskou psychoterapii a psychopatologii, tedy podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. „Syndrom závislosti (F1X.2) je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů: silná touha nebo pocit puzení užívat látku, potíže v sebeovládání při užívání látky (začátek, ukončení nebo množství látky), somatický odvykací stav (látko je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku, k mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky), průkaz tolerance k účinku látky (vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami), postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů (zvýšené množství času na získání, užívání látky a zotavení se z jejího účinku), pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků (selhání jater, deprese,

toxické poškození kognitivních funkcí, depresivní stavy a podobně).“ (Nešpor, 2011; s. 9)
V oblasti závislosti a alkoholismu se MKN-10 v zásadě shoduje s definováním Americkou psychiatrickou asociací DSM-IV.

Pro dokreslení uvedeme rozdělení jednotlivých závislostí dle MKN-10 včetně jejich statistických kódů. Závislost na alkoholu zastává samostatnou specifickou skupinu.

- F_{10.2} Závislost na alkoholu
- F_{11.2} Závislost na opioidech
- F_{12.2} Závislost na kanabinoidech
- F_{13.2} Závislost na sedativech nebo hypnoticích
- F_{14.2} Závislost na kokainu
- F_{15.2} Závislost na jiných stimulancích včetně kofeinu a pervitinu
- F_{16.2} Závislost na halucinogenech
- F_{17.2} Závislost na tabáku
- F_{18.2} Závislost na organických rozpouštědlech
- F_{19.2} Závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách (Nešpor, 2011; s. 10)

1.1.3 Alkoholismus

Definice závislosti lze aplikovat konkrétně na alkoholismus. Pro závislost na alkoholu jsou tedy rovněž typické charakteristiky cravingu, zhoršeného sebeovládání, odvykacího stavu, nárůstu tolerance, zanedbávání povinností i jiných zájmů a užívání přes prokázání škodlivosti alkoholu. MKN-10 dále rozděluje závislost na alkoholu na dvě základní skupiny: 1. Poruchy způsobené přímým účinkem alkoholu na centrální nervový systém, jednak bezprostředně – intoxikace alkoholem, jednak jako následek chronického abúzu alkoholu – odvykací stav, psychózy, amnestický syndrom); 2. Poruchy projevující se návykovým chováním, souvisejícím s abúzem alkoholu – narušená kontrola užívání, a které mohou vyústit v závislost – ztráta kontroly užívání alkoholu, syndrom závislosti na alkoholu. (Kalina, 2003) De facto by se dalo říci, že první skupina tedy zahrnuje aktuální chování v důsledku alkoholu a druhá skupina chování z dlouhodobějšího hlediska, jeho trvalejší změny v důsledku rozvinuté závislosti.

P. Hartl pak ve svém Psychologickém slovníku definuje alkoholismus (zastarale etylismus) jako „chorobu vznikající v důsledku opakovaného, častého a nadměrného

požívání alkoholických nápojů, kdy vzniká chorobný návyk, ztráta kontroly nad pitím, dále poruchy tělesného i duševního zdraví, mezilidských vztahů, osobnosti, popřípadě poruchy psychotické; většina definic dále zahrnuje neschopnost dlouhodobě abstinovat a ztrátu kontroly jako neschopnost dodržet předsevzetí o množství konzumovaného alkoholu, které si jedinec před začátkem pití stanovil. Alkoholismus může být podmíněn dědičnými předpoklady.“ (Hartl, 2004; s. 31) Pochopitelně žádná definice neuvádí, jaké užívané množství alkoholu už je patologické a způsobující závislost. Protože existují názory, že alkohol není jen zničitelná droga, ale i lék – stejně jako každá psychoaktivní látka podávaná v malé míře může pomáhat – setkáváme se často s doporučením vypít denně sklenku. Právě podle takových názorů by množství alkoholu nemělo překračovat hranici čtyř až pěti skleniček třikrát týdně. Množství vypitého alkoholu denně nebo týdně však samo o sobě na závislost poukazovat nemusí, rozdílné bude například u konzumentky v období pubescence a dospělého konzumenta.

Pijáctví jako nemoc označil již v roce 1784 americký lékař Benjamin Rush, autor první učebnice psychiatrie ve Spojených státech (dnes chápeme pijáctví spíše jako rané stadium alkoholismu, které je do jisté míry ještě společností akceptováno, protože nedochází k závažnějším ztrátám kontroly nad užíváním alkoholu). Pojem alkoholismus pak poprvé použil švédský lékař Magnuss Huss v roce 1849. Oficiálně však začala být závislost na alkoholu uznávána jako mezioborový problém, zasahující do medicíny, psychiatrie, psychologie i sociální patologie, až v roce 1951, kdy tak byla charakterizována Světovou zdravotnickou organizací.

1.1.4 Jellinekova typologie

V literatuře se často setkáme s tak zvanou Jellinekovou typologií, která už by se dnes dala označit za přežitou. Nicméně pro přehled jí zde uvádíme. Jellinekova původní verze pochází z roku 1940, v minulém století byla často citována, mimo jiné i českým specialistou J. Skálou.

Jellinek rozlišuje pět druhů alkoholových abúzů: 1. Typ alfa, označovaný jako problémové pití, alkohol je používán jako automedikace k odstranění dysforie, tenze, úzkosti, deprese, často se jedná o pití o samotě; 2. Typ beta jako tak zvané společenské pití či příležitostné, což je determinováno silně sociokulturními kontexty, jde tedy o pití ve společnosti s typickými následky v rovině somatické; 3. Typ gama neboli anglosaský typ

s preferencí piva a destilátů, kdy už začíná chybět kontrola užívání, roste tolerance společně s množstvím konzumovaného alkoholu, s čímž jde ruku v ruce psychické i somatické poškození organismu, spíše bývá vyjádřena psychická závislost; 4. Typ delta čili románský typ preferující víno, typická je každodenní konzumace alkoholu, trvalé udržování hladiny alkoholu v krvi bez výraznějšího projevu ztráty orientace a kontroly, charakteristická je somatická závislost a poškození v somatické oblasti; 5. Typ ypsilon má hned několik synonym – kvartální pijáctví, dipsomanie (epizodické užívání, nutkání k pijáctví, může být příznakem bipolární afektivní poruchy), epizodický abúzus – cyklické střídání abúzu a úplné abstinence, v populaci je tato forma jednou z nejčastějších, často provází afektivní poruchy. (www.upsychiatra.cz, cit. 10. 7. 2012)

Přestože Jellinekovy prototypy alkoholiků jsou dnes již překonané, současná psychologie, psychiatrie a sociologie dodnes čerpá z Jellinekova popisu čtyř vývojových fází závislosti: 1. Počáteční – symptomatická (příležitostné pití mající společenský charakter, zvyšuje se tolerance, vzniká psychická závislost); 2. Varovná – prodromální (silná psychická vazba s cravingem, stoupá tolerance a četnost výpadků paměti během abúzu, vytváří se vazba fyzická); 3. Rozhodná – kruciólní (ztráta kontroly pití, racionalizace, psychická i fyzická závislost, společenské a zdravotní potíže, tolerance se postupně snižuje, objevují se abstinenci příznaky, kdy je snazší abstinovat než pít s mírou, zde už je nutné vyhledat pomoc); 4. Konečná – terminální (soustavné požívání alkoholu, konzumace levnějších alternativ, často zjevně nepoživatelných, například okeny, tolerance výrazně snížena, dochází k fyzickému i psychickému chátrání a změnám osobnosti, rovněž k rozvoji psychóz a suicida). (www.public.fnol.cz, cit. 10. 7. 2012) Další popisů vzniku závislosti na alkoholu existuje celá řada. Jellinekovy fáze se nám však zdají nejužitečnější, co se týče obsahu. Mnoho autorů se rovněž snaží o vymezení fází závislosti na alkoholu podle množství vypitého alkoholu, snaží se tedy najít tak zvanou letální dávku, což je ovšem opět velice individuální. Při určování stadia závislosti hrají roli společenské vlivy, druh konzumovaného alkoholu, „síla“ organismu a rychlost jeho metabolismu a tak dále.

1.1.5 Vymezení v legislativě

Konzumací alkoholu se u nás zabývá tak zvaný „Tabákový“ zákon 379 (ze dne 19. srpna 2005) O opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů. Zákon se věnuje

především prevenci užívání alkoholu, následně mírněním škod působených osobami pod vlivem alkoholu – především formou zákazů prodeje, vstupu na veřejná místa a podobně.

Pro naši práci je již zajímavější §17 O ošetření v protialkoholní a protitoxikomanické záchytné stanici. Právě pobyt na záchytné stanici, který je u řady inkriminovaných jedinců opakovaný, vypovídá o velkém problému s alkoholem. Podle zákona tedy platí, že „pokud je klinickým a laboratorním vyšetřením zjištěno, že ošetřovaná osoba není ohrožena na životě selháním základních životních funkcí, ale pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky nekontroluje své chování a tím bezprostředně ohrožuje sebe nebo jiné osoby, veřejný pořádek nebo majetek, nebo je ve stavu vzbuzujícím veřejné pohoršení, je tato osoba povinna se podrobit ošetření a pobytu v záchytné stanici po dobu nezbytně nutnou k odeznění akutní intoxikace. Ošetření osoby přijaté na záchytnou stanici oznamuje záchytná stanice jejímu registrujícímu praktickému lékaři. Jde-li o osobu mladší 18 let, oznamuje se tato skutečnost také jejímu zákonnému zástupci, popřípadě jiné osobě odpovědné za její výchovu. Při přijetí osoby mladší 18 let se tato skutečnost oznamuje též orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Jde-li o osobu s omezenou způsobilostí k právním úkonům nebo zbavenou způsobilosti k právním úkonům, oznamuje se tato skutečnost opatrovníkovi určenému soudem.“ (www.obecnipolicie.cz, cit. 13. 7. 2012)

Dále se závislosti na alkoholu týká §19 O krátké intervenci, kdy „zdravotníci pracovníci jsou při výkonu svého povolání povinni u osob užívajících tabákové výrobky, alkohol nebo jiné návykové látky provést krátkou intervenci spočívající ve včasné diagnostice škodlivého užívání“ (www.obecnipolicie.cz, cit. 13. 7. 2012) a §20 O typech odborné péče poskytované osobám škodlivě užívajícím tabákové výrobky, alkohol nebo jiné návykové látky a osobám na těchto látkách závislým:

„(1) Osobám škodlivě užívajícím tabákové výrobky, alkohol nebo jiné návykové látky a osobám závislým na těchto látkách se poskytuje odborná péče, jejímž cílem je mírnění škod na zdraví působených tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Tato odborná péče je poskytována ve zdravotnických zařízeních, zařízeních sociální péče, popřípadě v jiných zařízeních zřízených za tímto účelem.

(2) Typy odborné péče o osoby závislé na tabákových výrobcích, alkoholu nebo jiných návykových látkách jsou:

a) akutní lůžková péče, kterou je diagnostická a léčebná péče poskytovaná pacientům, kteří se požitím alkoholu nebo jiných návykových látek uvedli do stavu, v němž jsou bezprostředně ohroženi na zdraví, případně ohrožují sebe nebo své okolí,

b) detoxifikace, kterou je léčebná péče poskytovaná ambulantními a ústavními zdravotnickými zařízeními při předcházení abstinenčnímu syndromu,

c) terénní programy, kterými jsou programy sociálních služeb a zdravotní osvěty pro problémové uživatele jiných návykových látek a osoby na nich závislé,

d) kontaktní a poradenské služby,

e) ambulantní léčba závislostí na tabákových výrobcích, alkoholu a jiných návykových látkách,

f) stacionární programy, které poskytují nelůžkovou denní léčbu problémovým uživatelům a závislým na alkoholu a jiných návykových látkách, jejichž stav vyžaduje pravidelnou péči bez nutnosti vyčlenit je z jejich prostředí,

g) krátkodobá a střednědobá ústavní péče, kterou je léčba problémových uživatelů a závislých na alkoholu a jiných návykových látkách ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče v obvyklém rozsahu 5 až 14 týdnů,

h) rezidenční péče v terapeutických komunitách, kterou je program léčby a resocializace ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče a v nezdravotnických zařízeních v obvyklém rozsahu 6 až 15 měsíců,

i) programy následné péče, které zajišťují zdravotnická zařízení a jiná zařízení; obsahují soubor služeb, které následují po ukončení základní léčby a pomáhají vytvářet podmínky pro udržení abstinence,

j) substituční léčba, kterou je krátkodobá nebo dlouhodobá léčba závislosti na návykových látkách, jež spočívá v podávání nebo předepisování látek nahrazujících původní návykovou látku, je prováděna ve zdravotnických zařízeních ambulantní péče pod vedením lékaře; zdravotnická zařízení, která poskytují substituční léčbu, jsou povinna hlásit pacienty do Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek, zřízeného na základě zvláštního právního předpisu.“ (www.obecnipolicie.cz, cit. 13. 7. 2012)

V Tabákovém zákoně je rovněž rozebírána protidrogová politika České republiky. Ovšem samotný alkoholismus či stav akutní intoxikace v zákoně definován není. Je tedy na aktuálním posouzení zdravotníka, policisty nebo nejbližšího okolí jedince pod vlivem alkoholu, jakým způsobem směřovat další intervence.

1.2 Fyziologické aspekty užívání alkoholu a rizika s nimi spojená

Následující kapitola je věnována somatickým fenoménům při abúzu alkoholu a metabolismu alkoholu, konkrétně ethanolu. Jinými látkami ze skupiny alkoholů (například methanolem, ethylglykolem) jsme se cíleně nezabývali, protože jsou produktem spíše chemicko-technického průmyslu než potravinářského, intoxikace jejich prostřednictvím tedy nejsou zdaleka tak časté jako intoxikace ethanolem, který je celospolečenským, dalo by se říci i globálním, problémem. Nicméně nejde tvrdit, že jiné alkoholy by se samotným alkoholismem nesouvisely, protože často jednak doprovází v chemickém složení alkoholické nápoje běžně podávané, jednak bývají zneužívány jako levnější substituce ethanolu při silné formě závislosti (například čisticí prostředky).

Analýzou fyziologických procesů při a po abúzu alkoholu jsme se zabývali poněkud detailněji, protože si trváme tvrdit, že její pochopení je klíčové pro pochopení samotného vzniku a průběhu závislosti, bez něhož se léčba v jakékoli formě neobejde. Odborné medicínské termíny jsme se snažili co nejvíce zjednodušit a zformulovat vlastními slovy.

1.2.1 Symptomy intoxikace alkoholem

Alkohol lze zařadit mezi tlumivé noxy. Jako klinické příznaky akutní otravy alkoholem se uvádí z hlediska centrální nervové soustavy útlum, letargie, v krajním případě kóma. Zornice prokazují miózu a horizontální nystagmus. Srdeční funkce vykazují bradykardii, snížený krevní tlak a dysrytmii, což je důsledkem hypotermie. Dýchání je mělké, pomalé, ale při acidóze dochází k hyperventilaci. Reflexy jsou výrazně zpomalené. Svalový tonus se snižuje, čemuž odpovídá celková ochablost. Střevní mobilita je rovněž snižena. Kůže je zarudlá a vlhká.

Podle množství alkoholu v krvi můžeme rozdělit symptomy intoxikace na 4 stadia: „1. Excitativní (euforická) fáze – při hladině 0,5 g/l (= 0,5 ‰) jde o mírnou ztrátu svalové koordinace, zhoršení vidění a zpomalenou reakci na zevní podněty. Tato hladina odpovídá přibližně jednomu pivu; 2. Hypnotické stadium – při hladině 1 – 2,5 g/l (1 – 2,5 ‰) je v popředí setřelá mluva, zhoršení zraku, svalová nekoordinace, ztráta čítí; 3. Narkotické

stadium – při hladině 2,5 – 3,5 g/l (2,5 – 3,5 ‰) se zvyšuje svalová nekoordinovanost, ztrácí se čítí, objevuje se rozmazané nebo zdvojené vidění, nastupuje stupor; 4. Asfyktické stadium – při hladině nad 3,5 g/l (nad 3,5 ‰) je stupor provázený zpomaleným a namáhavým dýcháním, sníženými reflexy a ztrátou čítí. Při hodnotách nad 4 g/l přichází kóma a smrt kvůli útlumu dýchání, zástavě oběhu, přes aspirační pneumonii nebo kvůli hypotermii a ponechání postiženého v chladu. Trochu jinak je tomu ale u chronického alkoholismu, kdy stupor nenastupuje ani při 3 g/l a smrt je vzácná i při hladinách 4 – 5 g/l.“ (Ševela, 2002; s. 132)

Pro přehled uvedeme ještě kombinační účinky alkoholu s jinými skupinami psychoaktivních látek: (Balíková, 2007; s. 82)

Alkohol + opiáty	Aditivně tlumící
Alkohol + kokain	Variabilní výsledný efekt
Alkohol + kanabinoidy	Variabilní výsledný efekt
Alkohol + budivé aminy	Variabilní výsledný efekt
Alkohol + benzodiazepiny	Superaditivně tlumící
Alkohol + barbituráty	Superaditivně tlumící

1.2.2 Akutní a chronická intoxikace

Chemické procesy během intoxikace alkoholem popíšeme jenom velmi zjednodušeně, protože by mohly být předmětem rozsáhlé samostatné práce. Rychlá a úplná absorpce alkoholu probíhá už v horním trávicím ústrojí a vstřebaný alkohol je distribuován po celém těle, hlavně do tělních tekutin, do svalů a do mozku dříve než do jater. Překvapivé je, že metabolická rychlost nezávisí na koncentraci, koncentrace v krvi klesá lineárně. Stejně tak je překvapivé, že chronický alkoholismus čili nepřetržitá konzumace zrychluje metabolismus alkoholu.

Akutní intoxikace postihuje obě dvě základní metabolické cesty. Alkoholdehydrogenázová cesta přeměňuje ethanol na toxický acetaldehyd, který dále oxiduje na acetaldehyd a acetát. Druhou cestu představuje MEOS čili mikrozomální systém oxidace ethanolu, fungující především v játrech. MEOS produkuje rovněž

acetaldehyd a acetát. Acetát se stává v játrech zdrojem acetyl-koenzymu A, který se stává katalyzátorem syntézy mastných kyselin – to znamená, že Ac-CoA zvyšuje rychlost těchto chemických reakcí. Koenzym NAD^+ je následně redukován na $\text{NADH} + \text{H}^+$. Právě $\text{NADH} + \text{H}^+$ je příčinou zvýšené tvorby laktátu z pyruvátu, čímž dochází k laktátové acidóze. Laktátová acidóza je zřetelná na funkci ledvin, které jsou inhibovány ve vylučování kyseliny močové (například stav pacientů trpících hyperurikemií se rapidně zhorší po užití alkoholu). Acetát v játrech mění i další enzymové reakce, navíc úbytek pyruvátu v důsledku jeho přeměny na laktát způsobuje snížení a zpomalení glukoneogeneze, čímž dochází k hypoglykémii. Hypoglykémie je pro abúzus alkoholu i pro střízlivění příznačná, u dětí s akutní intoxikací může mít fatální důsledky, je nutné okamžitě doplnit cukr do organismu jedince.

Z alkoholu vyprodukovaný acetaldehyd, vznikající v kyselém prostředí trávicího traktu (poznámka – jako prevence vzniku aldehydů při požití alkoholu působí podání zásadité látky, například mléčných výrobků), je velmi reaktivní a pro organismus představuje jed. Jeho vlivem se vyplavují ve větší míře katecholaminy, mající za následek větší vylučování adrenalinu a noradrenalinu močí. Vyplavení katecholaminů určuje celkovou reakci organismu na požitý alkohol, kterou jsou mimo jiné bolesti hlavy, zvracení, dyspnoe, počáteční tachykardie, zarudnutí pokožky. Podobné reakce při požití alkoholu nastupují po podání inhibitorů ALD, jedná se o tak zvanou antabusovou reakci. U některých etnik je dokázán vrozený defekt ALD (například Japonci), což lidově řečeno znamená, že nesnesou zdaleka tolik alkoholu jako většina Evropanů.

Acetaldehyd dále výrazně brzdí citrátový cyklus (spalování Ac-CoA v Krepsově cyklu uvolňující energii ve formě ATP), podporuje vznik nebezpečných volných radikálů a peroxidaci lipidů, stimuluje tvorbu kolagenu.

Dalo by se říci, že při akutní intoxikaci je množství vstřebaného a zreagovaného ethanolu tak vysoké, že působí v tkáních jako rozpouštědlo, které zvyšuje fluiditu buněčných membrán. Funkce buněčných membrán je tak narušena, stejně jako její akční potenciál důležitý k přenosu energií a informací a stejně jako membránový transport látek a funkce membránových receptorů – tak rozsáhlé narušení buněčné membrány má negativní důsledky především pro buňky centrální nervové soustavy, což se zpětně projevuje v psychice.

A konečně kvůli vzniku a působení etylesterů mastných kyselin (FAEE) jako produktu reakcí ethanolu dochází k neoxidativním orgánovým poškozením. Etylestery mastných kyselin totiž vznikají krátce po požití alkoholu v buňkách jater, pankreatu, srdce,

mozku a tukové tkáni. Jsou příčinou rozpojení oxidační fosforylace, snížení proteosyntézy (tvorba bílkovin v každé buňce organismu, na jejím principu je založeno dělení buněk a předávání genetické informace dceřině buňce) i rychlosti dělení buněk, rostoucí fragility lysozomů. Navíc se tyto etylestery uvolňují do krevního oběhu.

Pro chronickou intoxikaci je charakteristické dlouhodobé zvýšení hladin Ac-CoA a NADH + H⁺, čímž se zvyšuje množství glycerol-3-fosfátu, snižuje se množství oxidací mastných kyselin a naopak zvyšuje jejich syntéza. To vše má za následek rostoucí lipogenezi (což znamená tvorbu tuků a ukládání energie do zásoby, tím pádem tukovatění tkáně mající vliv na její lokální funkce). Protože je inhibována aktivita lipoproteinové lipázy, v játrech se hůře mísí triacylglyceroly s lipoproteiny, triacylglyceroly se ukládají a dávají za vznik steatóze (viz níže).

Dlouhodobě zvýšená hladina acetaldehydu se promítá především ve vazbách na bílkoviny, kdy dochází ke glykolýze proteinů (za vzniku Schiffovy báze). Acetaldehyd se váže i na bílkoviny krve, jako je albumin či hemoglobin, i na tkáňové buňky. Struktura těchto buněk může být natolik změněna, že ji imunitní mechanismy vyhodnocují jako cizorodý antigen, což samozřejmě spouští humorální i buněčnou imunitní reakci. V celém organismu tedy stoupá množství B-lymfocytů a jejich produkce protilátek.

Již zmíněná tvorba kolagenu aktivovaná acetaldehydem a volnými radikály je jednou z příčin cirhózy jater. Zajímavé je, že se při chronické intoxikaci projevuje nedostatek vitamínů, především nedostatek B-komplexu. Projevy avitaminózy jsou dány nedostatečným přísunem vitamínů v potravě, protože hlavním energetickým zdrojem se stává alkohol, díky němuž organismus přijímá pouze tak zvané prázdné kalorie. Ethanol přeměněný na radikály snižuje také koncentraci vitamínu E, selenu, zinku, mědi, což má za následek sníženou aktivitu antioxidantů. Dochází k „oxidačnímu stresu“, což se opět ukazuje v dušnosti, zakyselení svalstva čili častému výkonu na kyslíkový dluh. Oxidačnímu stresu nepřispívá ani špatné hospodaření se železem, které se následně hromadí v játrech a objevuje se jeho nedostatek v krvi ve formě hemoglobinu, který tak není schopen vázat v takové míře kyslík a rozvádět ho po celém těle. (Ehrmann, 2006)

1.2.3 Absorpce a distribuce ethanolu v organismu

Absorpci alkoholu determinuje celá řada faktorů od povahy alkoholického nápoje, přes aktuální stav trávicí soustavy, až po psychický stav jedince. Z hlediska

gastrointestinálního traktu má rozhodující roli stav sliznice žaludku. Narušená sliznice a svalovina stěny žaludku výrazně zpomaluje přesun alkoholického nápoje do dvanácterníku. Při přesunu ze žaludku do tenkého střeva rozhoduje otevřenost či uzavřenost pylorického svěrače. Jeho otevření a tedy i přesun alkoholu inhibuje nikotin (na druhou stranu však může stimulovat účinek alkoholu na centrální nervovou soustavu), aspirin, H₂ blokátory, alkaloidy. Oproti zažitému stereotypu kofein nemá žádný vliv na koncentraci alkoholu v krvi a jeho vstřebávání, pouze dočasně potlačuje tlumivý efekt na CNS. Vstřebání ethanolu v žaludku naopak urychlují hypertrofická gastritida, hyperacidita žaludečního obsahu se zvýšeným vylučováním žaludečních šťáv, větší prokrvení sliznice žaludku a zrychlený pohyb peristaltické vlny (například po operaci, kdy se zmenší objem žaludku). Vliv má i kolísání glykémie během dne, kdy snížený obsah cukru v krvi stimuluje vstřebávání a naopak (nedostatek cukru kvůli držení diety společně s alkoholem je tedy jednoznačně podporující vstřebávání).

Celková psychofyzická kondice jedince je dalším z determinantů. Straka a kol. uvádějí pouze důležitost psychické kondice, ale podle našeho názoru nabytá nebo ztracená fyzická kondice není zanedbatelná, důkazem mohou být sportovci jako riziková skupina. Navíc psychický stav odpovídá fyzickým pocitům. Nadměrná zátěž a únava, nevolnost, úzkost (obecně stavy při zvýšené aktivitě parasympatického nervstva) zpomalují resorpci alkoholu, současně však i eliminaci. Pomalejší je vstřebávání i u osob pijících proti své vůli, kdy dochází až k pylorospasmu a paralýze peristaltiky. Naopak při zvýšené aktivitě organismu, kdy je vyplavován adrenalin ve velké míře, dochází ke zrychlení vstřebávání (během sportování, při stresu).

Opomenout nelze ani chemicko-fyzikální vlastnosti alkoholického produktu. Logicky se nápoje s nižší koncentrací alkoholu vstřebávají pomaleji. Nejrychleji se vstřebávají alkoholy středně koncentrované (hlavně kolem 20 % obsahu), ovšem vysoce koncentrované se vstřebávají zase pomaleji kvůli podráždění sliznice a následnému snížení její propustnosti a pylorospasmu. Sladké a chlazené nápoje rovněž zpomalují resorpci. Ta je inhibována i současnou konzumací mléčných výrobků nebo kořeněných jídel. Vstřebávání zrychluje syčení nápoje oxidem uhličitým, přidávání aroma a hořkých přísad. Velký vliv má i konzumace jídla. Pití po jídle zpomaluje více než pití během jídla – s natráveným jídlem v žaludku se alkohol snadněji smísí, čímž se snižuje jeho koncentrace přicházející do kontaktu s žaludeční sliznicí.

Důležité je mít na paměti, že požitý alkohol vůbec nemusí odpovídat alkoholu vstřebenému. Část požitého alkoholu je z těla vyloučena (udává se 2 – 10 %). Množství

absorbovaného ethanolu do krve tedy závisí mimo výše uvedené ještě na celkové hmotnosti konzumenta a na poměru jeho svalové a tukové tkáně, jakožto na obsahu vody. Silně prokrvované orgány jako mozek a velké parenchymatické orgány jako plíce, srdce, játra, ledviny jsou zásobovány ethanollem v krvi nejvíce a nejdříve. Do kosterního svalstva se dostává v menší míře, ale protože je kosterní svalstvo z velké části tvořeno vodou, se kterou ethanol velmi dobře reaguje, zůstává zde ethanol mnohem déle. Jedinec s převahou tuku a nedostatkem svalstva (vzájícího v sobě množství vody) má menší „distribuční prostor“ pro rozptýlení požitého alkoholu, takže se alkohol koncentruje hlavně v krvi. Podobně je tomu tak u žen, jejichž tělo obsahuje obecně více tukové tkáně než tělo mužské – to je jedním z důvodů, proč jsou ženy na alkohol citlivější než muži. (Straka a kol., 2011)

1.2.4 Neurotoxická

Ethanol je psychoaktivní látka projevující se tlumivým efektem na CNS, to znamená, že brzdí synapse. Funkce periferních výkonných orgánů však zůstávají zachované. Otrava alkoholem může způsobit poškození nebo dokonce zánik axonů nervových buněk. Při abúzu alkoholu je jako první postižena mozková kůra (senzomotorická oblast, asociační oblast – myšlení, paměť, vědomí).

U chronických intoxikací alkoholem dochází k degeneraci nervové tkáně. Alkohol podmiňuje recidivující otok mozku, což se projevuje atrofií čelních a temenních oblastí mozkové kůry, kdy odumírají nervové buňky a jejich myotizovaná vlákna. Další poruchy způsobuje současně s působením alkoholu i hypovitaminóza, kdy chybí především vitamín B (například Wernickeho choroba). Objevuje se degenerace v šedé hmotě, což se projevuje paralýzou očních svalů, ataxií, zhoršenou pamětí, mentální retardací. Důsledkem chronické, ale i akutní, intoxikace může být i atrofie mozečku, čímž dochází především ke změnám v cévách. Postižení periferních nervových soustav se projevuje jako symetrické distální parestázie rukou a nohou (= periferní polyneuropatie jako brnění, svědění a pálení).

Tlumivý efekt ethanolu je dán zvýšenou aktivitou kyseliny gama-aminomáselné. Ethanol také inhibuje funkci glutamátu a glutamátových receptorů, což ovlivňuje kognitivní funkce. Zjevný je i vliv na neurotransmitery, snižuje totiž produkci dopaminu, což má za následek navození deprese, dále mění sekreci noradrenalinu, nízké dávky ethanolu zvyšují aktivitu noradrenalinu a vysoké dávky aktivitu snižují tak, že noradrenalin uvolňují směrem z CNS. „Při náhlé abstinenci u alkoholika dochází k zastavení uvolňování

noradrenalinu z CNS, zatímco jeho kompenzační tvorba je ještě stále zrychlená. Tak může dojít k jakési supersaturaci mozku alkoholika noradrenalinem a dopaminem, což má za následek neklid organismu až po možný rozvoj stavu označovaného jako delirium tremens.“ (Straka a kol., 2011; s. 89) Popsaný je také vliv ethanolu na produkci acetylcholinu. Při intoxikaci vzniká i v mozku nadměrné množství acetaldehydu, ale mozková tkáň nedisponuje dostatečnou enzymatickou výbavou pro jeho odbourávání, proto dochází k zreagování s některými neurotransmitery za vzniku endogenních ovoidů ovlivňujících také synapse. Při dlouhodobém abúzu dochází k jisté adaptaci CNS zvýšenou produkcí cholesterolu vázajícího na sebe postuláty ethanolu – to vysvětluje i vznik tolerance na alkohol. (Straka a kol., 2011)

1.2.5 Patologické postižení hepatocytů

K patologickému a často pro samotné závislé jedince jen velmi obtížně reverzibilnímu poškození jater dochází samozřejmě v důsledku chronické intoxikace alkoholem. Problém s relevantní funkcí hepatocytů jakožto celých jater koreluje s problémy na úrovni celého organismu, počínaje u krevního oběhu. To, jaký má organismus potenciál vyhrávat bitvu s alkoholem, je v první řadě otázka právě jater, které se starají o odbourání a spolu s ledvinami o vyloučení škodlivin z těla při minimalizaci negativních důsledků pro buňky, tkáň, orgány. Časové určení dlouhodobosti chronické intoxikace organismu je velice individuální, závisí na frekvenci užívání alkoholu, na jeho množství, na schopnosti jater efektivně a rychle ethanol eliminovat, závisí ale v určité míře i na pohlaví, věku a sociálním prostředí. Proto nejde jednoznačně říci, jaké množství alkoholu nebo jaká doba jeho užívání vede k trvalým poškozením organismu.

Nejčastějším patologickým nálezem při abúzu alkoholu je steatóza. Jde o reverzibilní (vratné) změny buněk, kdy se nadměrně hromadí triacylglyceroly v cytoplazmě buněk formou tukových vakuol. Z hlediska diferenciální diagnostiky může být steatóza zaměněna s nádorem. Pokud se hromadění triacylglycerolu v buňce nijak neřeší, protože v raných stádiích se porucha výrazně neprojevuje a nepřináší bolest, může dojít až k selhání jater. Při vysazení alkoholu ale dochází k rychlé normalizaci stavu, protože regenerační schopnost jater je obrovská. Po zjištění steatózy se výrazně doporučuje doživotní abstinence. Ovšem doživotní abstinence je těžko představitelná i pro „zdravého“ člověka, natož pro člověka závislého na alkoholu. Zajímavostí je, že druhou nejčastější

příčinou vzniku steatózy hned po alkoholu je obezita. To nás přivádí na myšlenku, o co rychleji zkolabují játra závislého na alkoholu trpícího obezitou...

Typickou pro silné alkoholiky se stává steatohepatitida neboli alkoholová hepatitida. Projevuje se zhruba u 20 % alkoholiků. Je doprovázena steatózou, fibrózou, narušením hepatocytů a zánětem, který prokazuje zvýšenou přítomnost jednak makrofágů a jednak lymfocytů s makrofágy bojujících. Fibróza po odeznění alkoholové hepatitidy přetrvává, avšak v posledních letech se diskutuje o reverzibilitě fibrózy – samozřejmě také za předpokladu úplné abstinence. Prognóza těžké formy alkoholové hepatitidy je maximálně pět let života u 60 % pacientů.

Konečně se dostáváme k neznámější a nejdiskutovanější dysfunkci jater způsobené dlouhodobým užíváním alkoholu. Alkoholická cirhóza jde ruku v ruce s celou řadou návazných poruch, které si rovněž nastíníme. Cirhóza je důsledkem fibrózy jaterního parenchymu, způsobující uzlovou přestavbu tkáně jater s následnou poruchou jejich funkce. Fibróza i cirhóza jsou důsledkem trvalé odpovědi organismu na chronické poškození jater různých příčin, v našem případě tedy poškození jater působením ethanolu. Hlavními mediátory fibrogenese jsou acetaldehyd a jím způsobené následné chemické reakce a vzniklé uvolněné kyslíkové radikály. Oproti cirhóze má lehká a střední alkoholická fibróza normální somatický nález, navíc současné výzkumy antifibrotických látek hovoří o možné reverzibilitě fibrózy. (Ehrmann, 2006) Jak již bylo řečeno, množství a dlouhodobost užívání alkoholu při vzniku jakékoliv poruchy je individuální. Zprůměrovaná data, mající tedy pouze orientační hodnotu, vypovídají, že 60 g alkoholu u mužů a 30 g alkoholu u žen denně požitého vede po 10 až 15 letech k cirhóze (přičemž „pivo o obsahu 5 % alkoholu představuje 40 g/l, víno o obsahu 12,5 % alkoholu představuje 99 g/l a whisky o obsahu 43 % alkoholu představuje 340 g/l“). (Ševela, 2002; s. 131) Tato čísla jsou alarmující, představíme-li si, že dvě až tři piva denně můžou mít za následek tak závažná postižení, která s sebou přináší cirhóza.

Znakem cirhózy není bolest, nýbrž jistý dyskomfort – pacient hůře snáší některé pokrmy, má menší chuť k jídlu, pociťuje nevolnost, nucení na zvracení, má problémy s vylučováním projevující se zvýšenou flatulencí, ač to může být zarážející, tělesná váha klesá, přestože obvod břicha se zvětšuje (ubývá svalové a tukové tkáně), k první návštěvě lékaře vede teprve až krvácení z horní části trávicí soustavy. Psychické symptomy zastupuje euforie či naopak deprese, zhoršená pozornost i myšlení, zmatenost, vyšší dráždivost, porucha spánkového režimu a porucha sexuální funkce (což je věc, se kterou se pacienti jen zřídka a neradi svěřují zdravotníkům).

U cirhózy se prokazuje častá přítomnost steatohepatitidy. Typické je dále ascites neboli vyšší množství volné tekutiny v dutině břišní přesahující fyziologickou hodnotu. Volná tekutina v dutině břišní je způsobena špatným hospodařením s vodou a sodíkem, to znamená dysfunkcí aldosteronu, vazopresinu, adiuretinu, reninu a tak dále. Pod ascites si lze tedy představit pro alkoholiky příznačné tvrdé vodnaté břicho. Cirhózu a akutní jaterní selhání doprovází jaterní encefalopatie, představující reverzibilní poruchy vědomí a chování, v horším případě změny osobnosti. Funkční selhání ledvin komplikující selhání jater, tedy hepatorenální syndrom, mění krev a krevní tlak, takže jsou výrazné ztráty tekutin doprovázené hypertenzí. Choleostáza jako porucha sekrece žluči rovněž doprovází jaterní cirhózu, příznakem hepatotoxicity žluči je žloutenka zjevná hlavně na zbarvení kůže. Poslední a nejzávažnější doprovodnou chorobou je hepatocelulární karcinom, nádor, se kterým většina pacientů nepřežije jeden rok.

Podle výše uvedených poruch a změn funkce jater můžeme usuzovat, že postižení jater má za následek komplexní metabolické změny, protože na játrech závisí pro celý organismus zásadní metabolismus tuků, bílkovin a glukózy. (Ehrmann, 2006)

1.2.6 Další tkáňová postižení

Jak plyne z předchozích výroků, je jasný vliv ethanolu na kardiovaskulární systém. U nízkých denních dávek alkoholu se na jednu stranu předpokládá snížení rizika ischemické choroby srdce v důsledku zvýšené produkce HDL-cholesterolu v krvi, také zlepšení rozpouštění krevních sraženin, na druhou stranu rozvoj hypertenze, kardiomyopatie, arytmie, poškození jater (hlavně u žen) či dokonce krvácení do mozku. Nepřímým poškozením je chybné hospodaření jater s tuky, jež jsou v nadměrném množství v krvi příčinou celé řady srdečních onemocnění. Přímým toxickým účinkem ethanolu je pak poškození myocytů. Spolu s nedostatkem z potravy přijímaných bílkovin dochází k alkoholické kardiomyopatii, kdy hypertrofují svalová vlákna, dilatují srdeční komory, snižuje se síla stlačení myokardu a roste počet stěnových trombů. Svalová vlákna mají sklon tukovatět. Na cévách se projevuje i špatné hospodaření s vápníkem. Srdeční arytmie je způsobena abnormalitami v produkci hořčíku a draslíku. Zvýšenou koncentrací katecholaminů se zároveň zvyšuje krevní tlak. Hypertenze zvětšuje srdce, oslabuje myokard a zvyšuje tak riziko infarktu myokardu, mozkového infarktu. Požíváním alkoholu se rozšiřují cévy, proto se zvyšuje pocení, tvorba lupů a začervenání kůže.

Ethanol nepřímou ovlivňuje i tkáň dýchacího systému. Poruchy tohoto systému vedou k větší náchylnosti k infekcím, protože vydechovaný alkohol narušuje sliznici dýchacích cest. Ethanol prokazuje navíc tlumivý účinek na řasinkový epitel, což opět zvyšuje citlivost na infekci.

V rámci gastrointestinálního systému ethanol snižuje sekreci slinných žláz, což vede ke zvýšenému riziku zánětu dutiny ústní, a naopak zvyšuje žaludeční sekreci. Má uvolňující účinek na dolní jícnový svěrač, následkem toho je zánět jícnu spojený s dalšími potížemi. Akutní alkoholová gastritida je doprovázena bolestí, krvácením a nechutí. Zvyšuje se riziko rakoviny žaludku. Časté je toxické atrofické poškození sliznice, snížení transportu aminokyselin a vitamínů přes žaludeční sliznici. Na jednu stranu účinek ethanolu, na druhou stranu účinek častého zvracení charakteristického pro alkoholismus, vede k syndromu Mallory-Weiss (ruptura jícno-žaludeční junkce). Působením na tenké střevo ethanol vyvolává průjemy.

Prokázán je i stimulační vliv na sekreci slinivky břišní při dlouhodobém abúzu. Až polovina zánětlivých onemocnění slinivky je spojena s alkoholem, z níž nejčastěji se vyskytuje chronická pankreatitida s kalcifikacemi.

Konzumace alkoholu zvyšuje také citlivost ledvin na infekci, důsledkem jsou zánětlivé a degenerativní poškození tkáň. Četné poruchy souvisí s poruchami jater. Zatím však není prokázáno, zda intoxikace poškodí ledviny přímo, nebo prostřednictvím selhávání funkcí jater. Z funkčního hlediska působí ethanol na hypofýzu, kde tlumí sekreci antidiuretického hormonu, tvorba a vylučování moči jsou zvýšené. (Straka a kol., 2011)

Pohlavní žlázy při chronickém užívání alkoholu také nezůstávají beze změn. Na varlatech bývají zaznamenávány změny společně se změnami spermiogeneze. Aktivita testosteronu je snížena, naopak produkce estrogenů se zvyšuje – příčinou je poškození jater. Sexuální výkon u mužů je snížen už při malé dávce alkoholu (i když sexuální apetence paradoxně stoupá), při dlouhodobém užívání je typická impotence. Nepřímou má na potenci vliv i psychický stav závislého na alkoholu. (Straka a kol., 2011)

1.3 Sociálně-psychologické aspekty užívání alkoholu

Cílem této kapitoly bude analyzovat především příčiny a důsledky závislosti na alkoholu z hlediska osobnosti konzumenta a jeho vztahů – přičemž víme, že fyziologické aspekty alkoholismu výše uvedené mají obrovský vliv jednak na psychiku, jednak na sociální okolí. Zajímá nás zejména, proč jedinec začne alkohol nadužívat, proč v tom pokračuje i přes jasné důkazy škodlivosti pro něho i pro rodinu, proč si nepřipouští problém, proč se neodvážá vyhledat odbornou pomoc.

1.3.1 Etiologie alkoholismu

Obecně bychom mohli říci, že faktory vzniku závislosti na alkoholu jsou osobnostní struktury inkriminovaného jedince, prostředí a tolerantní postoje společnosti, alkohol a jeho dostupnost, podnět neboli startér. V součinnosti s těmito faktory působí ještě následující mechanismy: vznik a opakování situací, v nichž se podařilo dosáhnout uspokojení pomocí alkoholu, dále nepřítomnost jiných dostupných alternativ k řešení náročnějších situací. Důsledkem je změna tolerance a kontroly užívání. „Kontrola je schopnost kriticky a reálně vyhodnocovat situaci z hlediska potřeb a povinností osobních a společenských. Tuto schopnost ovlivňuje alkohol už při hladinách 0,4 – 0,6 ‰ alkoholu v krvi. Při vyšším obsahu dochází ke změnám v psychických procesech a ke změně v kontrole. Tato změna se postupně prohlubuje a stává se méně spolehlivou i při nižší hladině alkoholu v krvi. Interakce mezi změněnou kontrolou a zvýšenou tolerancí pak vede k nutnosti trvalého zřeknutí se alkoholu. Změna v kontrole tvoří podstatu poruchy organismu a chorobného stavu bez možnosti vyléčení – lze dosáhnout pouze úzdravy bez odstranění základní poruchy.“ (Heller, Pacinová, 2011; s. 10)

Podle výzkumu provedeného R. Lorenzovou uvádějí chroničtí uživatelé alkoholu nejčastěji dvě zásadní příčiny pití – v první řadě jim alkohol přináší uvolnění a odreagování, v řadě druhé je důvodem taktéž pití ostatních, jedná se tedy o společenskou záležitost. Dalšími, ne již tak četnými, odpověďmi na otázku příčiny byly například: alkohol mi chutná, je to osvěžení po jídle, umožňuje větší komunikativnost a družnost, je levnější než nealkoholické nápoje.

Měřením motivů se zabýval v USA i Simons (dotazník aplikoval na americké studenty), na základě čehož stanovil pořadí důležitosti motivů takto: 1. Sociální motivy (rostoucí sebevědomí, sociabilita a komunikace), 2. Posílení pozitivních pocitů (zábava, příjemné pocity, vzrušení), 3. Zvládání negativních pocitů (zapomenout na problémy, zlepšit náladu, vytáhnout z deprese), 4. Rozšířené vědomí (otevření se, poznání, inspirace, jiný pohled) a konečně 5. Konformita (užívají ostatní, ostatní chtějí, abych užíval, abych zapadl). Z obou právě uvedených výzkumů jasně vyplývá, že alkohol je především kolektivní droga, minimálně v zárodku rozvoje jeho obliby. Zajímavý je také fakt, že při porovnání výsledků je v České republice na rozdíl od USA jedním z hlavních důvodů právě konformita.

Motivy k užívání alkoholu nebo očekávání, chcete-li, se ovšem liší od toho, co alkohol u uživatele opravdu vyvolává. Lorencová seřadila na základě svého výzkumu a odpovědí respondentů účinky tímto způsobem: 1. Uvolnění, spontánnost, prolomení zábran, 2. Dobrá nálada, euforie, pocity štěstí, 3. Zesílení aktuálního stavu, včetně negativních pocitů, následně útlum, otupělost, ospalost, 4. Ztráta rovnováhy, kontroly, stoupá agresivita. Nezanedbatelné množství respondentů pak uvedlo, že alkohol u nich nevyvolává žádné pocity, nebo vyvolává různé pocity bez specifikace. (Lorenzová, 2011)

Zajímavé je rovněž zamyšlení nad souvislostí užívání alkoholu a spiritualitou, kdy hledání vyššího prožitku transcendentna může být jednou z příčin nadužívání alkoholu. „Z výsledků našeho dotazníku se dozvídáme, že lidé, kteří se považují za nevěřící, se nezávisle na navozených změněných stavech vědomí pomocí psychoaktivních látek setkávali s posvátnem méně často než lidé, kteří se vůči náboženství takto ostře nevyhradili. To může znamenat, že s navozenou změněnou realitou člověk nakládá svým osobitým způsobem a spirituálně citliví jedinci mohou v těchto případech prožívat spirituální zkušenosti. Pro jiného může být tento navozený stav pouze zábavou, relaxací či útekem z JÁ.“ (Lorenzová, 2011; s. 118) Autoři dále uvádějí, že pro útek z JÁ je alkohol velmi vhodný, protože při jeho abúzu bývá JÁ zapomenuto – oproti jiným drogám, které přibližují hluboké setkání se sebou samým, například halucinogeny. A byl to právě C. Jung, kdo vyslovil „Spiritus contra spiritum“ (alkohol se v latině označuje též jako spiritus). Alkohol může pomoci hledat smysl života, hlubší vztah k sobě i k okolí, může ho ale také úplně zničit.

Kauzality nadužívání alkoholu jsou prokázány i z hlediska zaměstnání. Do rizikových skupin patří manažeři na vysokých postech, lékaři, ostatní zdravotníci a především chirurgové, kteří jsou zodpovědní za život - což zřejmě souvisí se syndromem

vyhoření v práci, se kterým se setká každý, kdo pracuje s handicapovanými nebo umírajícími lidmi. Častými návštěvníky alkoholické léčebny jsou i malíři, kteří jsou obecně senzitivnější vůči všem podnětům i vůči alkoholu, který vyhledávají také kvůli inspiraci. Může se zdát překvapující, že rizikovou skupinou jsou i sportovci vyšších úrovní. Ti po ukončení sportovní kariéry přinášející velké množství „adrenalinu“ substituují zisk vzrušení často právě na alkohol. Poslední inkriminovanou skupinou jsou dělnické profese s nízkým stupněm vzdělání – člověk zde pije v partě, což mu nahrazuje téměř veškeré trávení volného času. Ve většině případů se jedná o jedince, které do léčby nedožene vlastní přesvědčení, nýbrž závažné zdravotní problémy.

1.3.2 Varovné signály závislosti

Počínající závislost na alkoholu vykazuje určité varovné signály neboli markery, které za včasného rozpoznání okolím mohou závislému pomoci nastoupit včasnou a tedy i efektivnější léčbu a terapii. Bohužel bývají ale často přehlíženy, ať už je důvodem cokoliv. Například zaměstnavatel závislého většinou ví o problému a alkoholem, což se ale špatně dokazuje, protože závislý velmi dobře ovládá výmluvy a lhaní. Zaměstnavatel pak čeká na prokazatelný průšvih způsobený pod vlivem alkoholu, zaměstnanec se zbaví a více jeho problém neřeší. Ideální, avšak velice vzácné, by bylo stanovení jasné podmínky hned při prvních excesech, kdy bude zaměstnanci slíbena spolupráce pouze, pokud vyhledá odbornou pomoc. Toto řešení ze strany nadřízeného pomůže jak podniku, tak konzumentovi a jeho rodině, zároveň pak slouží jako prevence. Velký problém nastává v případě, kdy nadužívá alkohol sám nadřízený.

Rodina chce spolupracovat jak s nadřízeným závislého, tak s doktorem a jinými odborníky. Často však před nimi zpočátku potíže zapírají nebo bagatelizují (je potřeba, aby se zdravotník vcítil do jejich situace a snažil se problém odhalit a nějak dále řešit, což bohužel v současné společnosti nevidáme). Důvodem zapírání ze strany rodiny může být jednak přehlížení problému jako obranný mechanismus, kdy si rodina nechce připustit, že manžel a otec by mohl mít vážný problém s alkoholem, jednak hraje svou roli jistě strach a strach z odmítavého postoje okolí. Tím se dostáváme k pojmu kodependence neboli spoluzávislosti znamenající „patologický vztah blízkého člověka (partnera, rodiče) k osobě závislé na návykové látce. Kodependentní osoba se soustředí na pomoc závislému do té míry, že ztrácí vlastní identitu. Zároveň svým chováním (podpora závislého, odstraňování

negativních následků, pomoc při utajování závislosti před okolím) umožňuje závislému setrávat v závislostním schématu.“ (www.lekarske.slovniky.cz, cit. 2. 8. 2012) I spoluzávislost je příčinou průměrného zpoždění nástupu léčby až o dva roky – k nástupu léčby dochází většinou až po celé řadě komplikací, kterým se dalo včasnou intervencí předejít, například rozvod, nezaměstnanost, maladaptivní vývoj dětí, orgánová selhání pacienta. Tyto komplikace a osočování za jejich vznik bere závislý na alkoholu jako křivdu, ne jako důsledek svého pití. Tím se snaží chránit jak před sociálním okolím, tak před sebou samým.

Pecinovská spolu s Profousem uvádí jako typické subjektivní markery závislosti na alkoholu: „stavy motorického neklidu, pocení až záchvatovitého typu, třes rukou spojený s vyhybáním se motorickým činnostem, kdy je nejzřetelnější – tyto potíže lze potlačit s požitím alkoholu. Dále jsou ukazateli poruchy stability, nejistá chůze, pády a klopýtání, bolesti nohou a křeče. Z hlediska psychiky je výrazná insomnie, anxiety, deprese a suicidální tendence (černá rána alkoholiků), vyskytují se poruchy paměti a pozornosti, rovněž s tím spojená netrpělivost při výkonu činnosti, dále snížená výkonnost, odkládání úkolů, slibování a následné neplnění slibů a termínů. Setkáváme se náladovostí, podrážděností, ukřivděností, emoční labilitou, lítostivostí, lhaním a zastíráním potíží, žárlivostí na základě snížení potence. Závislý není schopen dodržet bezalkoholní dietu přes jednoznačnou zdravotní indikaci, není schopen kontrolovat pití, je opilý v nevhodných situacích, manifestace často proběhne nečekaně a bez viditelného pití. Udržuje si hladinku bez viditelné konzumace nebo se vyskytují okénka a následné období vynucené abstinence (podle typu dle Jellineka), přítomny jsou příznaky syndromu odnětí drogy. V pokročilejších stádiích je zjevný výskyt psychopatologických procesů a změn (alkoholické halucinace, deliria, epileptické záchvaty a podobně).“ (Heller, Pacinovská, 2011; s. 103) Mezi objektivní fenomény řadí autoři „nápadnosti ve vzhledu jako často nedostatečně zakrývaný zápach z úst, zarudlé oči a nos, celková zanedbanost, nepřiměřené líčení, otoky, podlitiny, jizvy, dále oděv neodpovídající počasí, defektní chrup (nevyhledávání zubaře z důvodu obav před zvýšeným dávivým reflexem a před prozrazením se alkoholickým foetorem, stejně tak v důsledku nezájmu o tělesný stav). Typická je vegetativní labilita řazená též do subjektivně vnímaných markerů. Pro pivaře je charakteristická obezita a velké břicho. Dalším objektivně pozorovatelným markerem je chování pacienta, příznaky zdravotních komplikací abúzu. V neposlední řadě jsou indikátory potíže v sociální oblasti, například rozvod, zásahy policie, stížnosti sousedů, selhávání dětí ve škole a známky užitého násilí na nich, ztráta zaměstnání nebo změna

zaměstnání ve smyslu profesního propadu. Výjimkou nejsou pobyty na záchytné stanici, řízení pod vlivem alkoholu, absence v zaměstnání krytá vybíráním dovolené.“ (Heller, Pacinovská, 2011)

1.3.3 Alkoholismus u žen

Fenomén nadužívání alkoholu u žen je silně podmíněn historickým vývojem společnosti. Ženy často pítí tají a skrývají před okolím, přesto české statistiky odhadují poměr chronické intoxikace u žen a u mužů 1:7, kdy ve větších městech se poměr ještě snižuje. Přitom v předválečném období na počátku 20. století navštívily alkoholickou léčebnu ženy v poměru k mužům 1:20. Tehdejší zdroje uvádí, že nárůst žen alkoholiček byl zaznamenán během druhé světové války, kdy údajně ženám chyběla kontrola jejich mužů stávajících na frontě a zároveň přebývala ekonomická nezávislost při pobírání dávek pro rodiny vojáků. Toto vysvětlení si náhlého nárůstu závislosti u žen se nám nezdá příliš adekvátní, neboť mu chybí „lidské“ hledisko – mimo psychogenní determinanty níže uváděné nemůžeme v tak dlouhodobé kritické situaci, kterou představuje válka, opomenout vyrovnávání se se silnými emocemi strachu, stesku, úzkosti. Pro ženy je typická potřeba osobního úniku, dodnes mají totiž ženy omezenější možnosti psychické relaxace a rehabilitace nějakým společensky přijatelným způsobem – žena své pohnutky musí zvládnout sama.

Pokud rozlišíme abúzus alkoholu symptomatický (s psychogenním podkladem, kdy vzniká vnitřní potřeba drogy jako pomocníka s nedostatečnými schopnostmi, patří sem i samotářské pití), systematický (se sociogenním podkladem, kdy pití představuje saturaci vnějších incentívů) a juvenilní (na podkladě genetickém, etnickém a mikrosociálním, rozvíjí se již v dětství, což blokuje další osobnostní rozvoj jedince, typický je neuroticismus a snížená inteligence, při spontánním nebo léčebném překonání zůstává vysoká pravděpodobnost, že do 30 let se rozvine závislost znovu), pak jednoznačně ženskou závislost charakterizuje právě symptomatický abúzus. U juvenilního typu závislosti na pohlaví jen minimálně, což je dáno sociokulturně – „normální“ je mít zkušenosti s alkoholem již před 13. rokem.

Současný stále rostoucí trend nadužívání alkoholu u žen bývá vysvětlován rostoucí nezávislostí žen v oblasti společenské, ekonomické i právní. S touto nezávislostí vzniká celá řada nových hodnot. Zároveň však, často podvědomě, přetrvávají hodnoty původní,

především manželství, děti a obecně dobré mezilidské vztahy s okolím. Existence nových a starých hodnot se dostává do střetu, který tím klade na ženy mnohem vyšší nároky. (Heller, Pacinovská, 2011)

„Odlišnosti ve srovnání s muži z hlediska vývoje závislosti by se daly shrnout do těchto tezí: Důsledky abúzu a závislosti na návykových látkách jsou u žen vážnější a jejich úprava obtížnější – izolace a odmítání závislých žen ze strany jejich okolí je ve srovnání s muži podstatně horší. Důsledky závislosti na tělesném a duševním zdraví se manifestují rychleji a výrazněji než u mužů. Výskyt psychóz je u žen relativně vyšší než u mužů. Ženy pijí tajně a osamoceně, okolí proto reaguje opožděně. Sexuální problematika se u žen podílí jako stimulující okolnost pro abúzus častěji než u mužů. U žen závislých na alkoholu je vysoký výskyt závislostí na alkoholu i u jejich rodinných příslušníků. Výrazněji vyšší je u žen procento poruch a odchylek v psychickém zdraví, předcházejících onemocnění závislostí. Ženy jsou více úzkostné a méně agresivní než muži. Ženy výrazně častěji nedokážou aktivně odpočívat ve formě relaxace. Častěji než u mužů je u žen začátek abúzu reakcí na životní komplikace a nezdary. Z problémů dominujících jako stimuly abúzu jsou to u žen problémy s dětmi a blíže neurčené problémy (asi obsahují i eroticko – sexuální problémy), u mužů jsou to problémy ve vztahu k partnerce a v zaměstnání. Kombinace abúzu alkoholu a léků je u žen daleko častější než u mužů. Ženy častěji ztrácejí dobré rodinné zázemí, případně celou rodinu. Z hlediska léčby pak ze začátku spolupracuje podstatně méně žen než mužů. V průběhu léčby vytvořením náhledu pak ale přijme nutnost abstinence více žen než mužů. Ženy více spolupracují na individuálních formách psychoterapie než muži, ke změně náhledu je však nutný delší léčebný program. Více žen je schopno a ochotno investovat své úsilí do doléčovacích programů, výsledky léčby jsou pak stabilnější.“ (Heller, Pacinovská, 2011; s. 36 – 37)

1.3.4 Psychické komplikace

Po abúzu alkoholu dochází velmi často k typickým psychickým stavům, ať už se jedná o intoxikaci akutní či chronickou. Nejčastějším následkem jednorázové konzumace alkoholu je prostá opilost čili Ebrietas simplex. Jedná se o kvantitativní poruchu vědomí, kdy úroveň aktivace mozku závisí pochopitelně na množství alkoholu v krvi. Počáteční excitaci vědomí střídá postupně spavost, spánek, bezvědomí, výjimečně smrt. Alkohol má vliv rovněž na mozeček, což se projevuje ataxií, dysarthrií. Charakteristická je dezinhibice.

Nástup prosté opilosti výrazně ovlivňují faktory osobnostních rysů i aktuálního psychosomatického stavu.

Dalším možným důsledkem akutní intoxikace je komplikovaná opilost, Ebrietas comlicata. Jde rovněž o kvantitativní poruchu vědomí, ale s tím rozdílem, že je výrazná neschopnost seberegulace a změny v chování jsou dlouhodobějšího rázu než u prosté opilosti. Mimo obvyklé somatické fenomény dochází k poruchám motoriky a reflexů, častá je následná amnézie. Zvyšující se četnost komplikovaných opilostí je významným prediktorem vzniku závislosti na alkoholu.

Přestože je patická opilost neboli Ebrietas pataca řazena již mezi alkoholové psychózy, je příznačná pro akutní intoxikaci jako opilost prostá i komplikovaná. Jde o kvalitativní poruchu vědomí a vnímání projevující se mráкотným až delirantním stavem provázeným anxiétou či paranoiou. Narušení motoriky a artikulace není zjevné, ovšem objevuje se motorický neklid, neúčelné pohyby a nemotivované podivné chování – to opět závisí na individualitě osobnosti a aktuálním stavu). Někdy se tato opilost podobá až epileptickému ataku. Následuje terminální spánek a amnézie. Patická opilost je maladaptivní reakcí organismu, u závislých na alkoholu se vůbec nevyskytuje.

Mezi nejznámější a zároveň nejproblematictější následek chronické intoxikace alkoholem patří bezesporu Delirium tremens, které postihuje alkoholiky asi z 5 %. Jedná se o odvykací stav, který v roce 1961 rozdělil Johnson následovně: 1. Abstinenční syndrom, 2. Predelirantní syndrom, 3. Delirium tremens. Největší pravděpodobnost vzniku deliria je po přerušení dlouhodobého denního přísunu alkoholu za současného nedostatečného přísunu potravy. Po prvních dvou až třech dnech abstinence dochází k epileptickým atakům a rozvoji deliria zhruba u 15 % alkoholiků. Delirium se může objevit ale i po týdnu, čemuž pochopitelně předchází abstinenční příznaky jako nervozita, úzkost, neklid, podrážděnost, nespavost, noční běsy, halucinace, pocení, třes, tachykardie. Pokud se takové symptomy projevují i při relativně malém množství alkoholu v krvi (řádově kolem 1 ‰), riziko vzniku deliria i epileptického záchvatu je velmi vysoké, proto je nutná okamžitá intervence. Delirium se nejčastěji objevuje v noci, kdy jedinec není orientován časem a místem, typické nepříjemné zrakové halucinace bývají někdy provázeny sluchovými, přičemž stavy úzkosti, neklidu nebo agrese gradují. Delirium tremens trvá tři až šest dní, je doprovázeno somatickými projevy a končí hlubokým spánkem. Protože tělo během tohoto stavu ztrácí obrovské množství vody a protože delirium většinou doprovází selhání jater, dochází k dalším orgánovým poškozením. V případě neléčeného deliria se pohybuje mortalita kolem 35 %, v případě terapeuticky podchyceného do 5 %.

Problematická bývá diferenciální diagnostika alkoholické halucinózy a alkoholické paranoidní psychózy, protože symptomatika je velmi podobná a navíc se obě poruchy vzájemně doplňují. Pro halucinózu jsou charakteristické sluchové halucinace s pocitem pronásledování a s nočními běsy, což si jedinec snaží sám nějakým způsobem interpretovat a racionalizovat. Tak vznikají první bludy. Halucinóza trvá tři až deset dní, poté ještě několik týdnů doznívá. Pro paranoidní psychózu jsou charakteristické bludy (o nevěře, pronásledování a podobně), tedy porucha myšlení a vnímání. Zajímavé přitom je, že přehnaná podezřívavost mnohonásobně zesílená v důsledku alkoholové psychózy, bývá většinou již osobnostní predispozicí. Racionalizace zde funguje jako obranný mechanismus proti problémům způsobeným alkoholem, například partnerské hádky, apatie či antipatie členů rodiny, sexuální dysfunkce. Protože celá porucha stojí současně na osobnostní struktuře, terapie a léčba je komplikovaná a vyžaduje hodně času.

Velice známá je také Korzakovova psychóza představující poruchu krátkodobé paměti, především vstřípivosti, a dezorientaci v dlouhodobé paměti obsahující jak vlastní zážitky a zkušenosti, tak zautomatizované motorické činnosti. Obranným mechanismem je zde konfabulace, které jedinec sám věří. K poruše vědomí v případě této psychózy nedochází.

Poslední, de facto jedinou ireverzibilní, poruchou je alkoholová demence. Organická poškození jsou rozsáhlá, čemuž odpovídá stav kognitivních funkcí i emocí. Demence je doprovázena delirií, poruchami vnímání, halucinacemi, paranoiou. Bohužel se alkoholismus rád druzí s celou řadou duševních poruch jako je bipolární afektivní porucha, deprese, úzkostná porucha, porucha příjmu potravy, někdy schizofrenie. Následky jsou potom pochopitelně fatální. (Heller, Pacinová, 2011)

1.3.5 Důsledky pro rodinu

Co může způsobit závislost na alkoholu v zaměstnání, jsme již nastínili výše. Nyní se zaměříme především na rodinný život, který je pro jedince a jeho fungování ve společnosti zásadní. Prožívání vztahů v rodině se promítá do dalších vztahů člověka s okolím, ve velké míře ovlivňuje život i ostatních členů rodiny. Závislost v rodině prožívají s fatálními následky nejhůře děti, negativní vliv na partnera, rodiče a sourozence je ovšem také zřejmý.

„Jednání pod vlivem alkoholu znemožňuje normální, přirozenou komunikaci intoxikovaného jedince s ostatními členy domácnosti, nedovoluje mu pružné a tvůrčí rozhodování. Negativně ovlivněna je i interakce v rodině v době, kdy jsou všichni střízliví.“ (Heller, Pacinovská, 2011; s. 112) V rodině se totiž postupně eliminuje kontrola negativních vlastností jednotlivých osob, což vede k extrémnímu chování bez možností kompromisů. To zpětně vede k řešení neutěšené situace doma alkoholem. Vliv na komunikaci, důvěru a hodnoty v rodině má utajování a následné zdůvodňování pití v počátečních fázích závislosti. Sekundární důsledky se poté projevují v sexuálním životě mezi partnery. Souhrnem by se tedy dalo říci, že závislý na alkoholu není schopen plnit základní funkce rodiny, mimo jiné reprodukční, ekonomickou, výchovnou, ochrannou.

Je důležité podotknout, že alkoholismus v rodině zcela jinak prožívá partner závislé ženy a partnerka závislého muže. Závislost ženy narušuje normální fungování domácnosti mnohem více, jediným, kdo může být nápomocnou a kontrolující osobou (muž či rodič), bývá zároveň příčinou abúzu ženy. Pokud je závislá na alkoholu v rodině žena, manželka, matka, vede situace ve většině případů k rozvodu. Pokud je ale v rodině závislý muž, rodinné kompetence jeho partnerky nejsou zdaleka tak narušené především z hlediska dětí. V tomto případě rozvod není tak častý, nedochází k rozvodu, ale k podpoře v léčbě. Ať už je závislým partner nebo partnerka, rozvod jeho situaci vůbec neřeší – stejně jako je tomu u výpovědi ze zaměstnání. Na druhou stranu dává šanci zbytku rodiny na „normální“ život, pokud partner není ochoten podrobit se léčbě a abstinovat.

Hodně jsou diskutovány predispozice k poškození dítěte s rodičem závislým na alkoholu – a to predispozice jak k fyziologickému poškození, tak k psychickým poruchám a budoucí závislosti. Významnou roli hraje samozřejmě rodinné prostředí, výchova a přebírání kulturních vzorců, v dnešní době se však vědci stále více přiklánějí k roli heredity. Konzumaci alkoholu během mateřství jasně demonstruje Fetální alkoholový syndrom. Nadužívání alkoholu ještě před mateřstvím také může mít do jisté míry vliv na budoucí těhotenství. Otázkou zůstává, do jaké míry nebo zda vůbec může ovlivnit dítě alkoholismus otce v prekoncepčním období. Co se týče dítěte během jeho postnatálního vývoje, je v důsledku ohrožení ochranné funkce rodiny mnohem úzkostnější s tendencí přebírat zodpovědnost za selhávajícího rodiče, což má za následek předčasné dospění, ztrátu dětské hravosti a ostatních zájmů. O přenosu neuróz a dalších maladaptivních psychických tendencí z matky na dítě, kdy je matka závislá na alkoholu nebo stresována závislostí partnera, není třeba vůbec diskutovat. Tyto děti jsou rovněž ohroženy ve zvládání náročných životních situací, v produktivitě a častěji se samy stávají závislými. Jsou

zřetelné odchylky v psychickém vývoji dítěte, schopnost adaptovat se do kolektivu je velmi špatná a neadekvátní. Ještě horší socializace je prokázána u dětí se závislou matkou. Jen pro ilustraci uvedeme jedno číslo: v dětských psychiatrických léčebnách je hospitalizováno až 25 % dětí z rodin, kde je alespoň jeden rodič závislý. Celkovými důsledky pro dítě jsou tedy v další řadě zhoršený prospěch ve škole, vyšší nemocnost, nevhodné trávení volného času a málo zájmů, horší uplatnění ve společnosti i v pracovním životě. A především je narušeno pozitivní přijetí rodičovských vzorů, což ohrožuje psychosexuální vývoj dítěte a zdravé formování rodičovských postojů. (Heller, Pacinová, 2011)

Bernardová se s tímto v zásadě shoduje – děti s rodičem závislým na alkoholu a nejen na něm mají přístup k alkoholickým nápojům prakticky od útlého věku. S alkoholem se podle provedených výzkumů pojí zanedbávání, špatné zacházení (dítě často funguje v rodině jako ventil negativních emocí vzniklých kvůli problémům způsobeným alkoholem) a zneužívání (statistiky uvádí, že nejvíce zanedbávání jsou kojenci a batolata). Závislost rodiče jako prediktor závislosti dítěte podle této autorky není tak silný jako závislost staršího sourozence a vrstevníků. (Bernardová, 2011)

1.4 Možnosti prevence a léčby

Ve vztahu k prevenci nadměrného užívání alkoholu si dovoluji citovat psychologa V. Budinského, známého svým pozitivním postojem k alkoholu – tvrdí totiž, že alkohol není droga a není problémem (problémem je až nadměrná konzumace, stejně jako je tomu například u jídla), ba naopak má hromadu kladných dopadů. Budinský vytvořil jakési „desatero“ vedoucí ke zdravému a nepatologickému užívání alkoholu, jež se v zásadě shoduje s Nešporovými doporučeními:

„1. Vždy, když se chystáte konzumovat alkoholické nápoje, připomeňte si moudrost starých Římanů: Pijeme proto, abychom se povznesli, ne proto, abychom padli. Mějme ji v patnosti také v průběhu celé konzumace. Ano, ušlechtilé alkoholické nápoje nás mohou při optimální spotřebě obohatit o mnoho příjemných požitků a dokonce i zlepšit naše zdraví. Překročíme-li však výrazně optimum, snadno se ocitneme na zemi.

2. Konzumujte co nejkvalitnější alkoholické nápoje, což se týká především vín a destilátů, neboť u piv nebývají rozdíly v kvalitě tak závratné. Život je příliš krátký na to,

abychom se odbývali nízkou kvalitou, takže vypijte raději méně, zato však lepších a chutnějších nápojů.

3. Nikdy nepijte s cílem opít se. Cílem má být slast báječných chutí, uvolnění, ještě lepší nálada a dobrý pocit, že máme své jednání pod kontrolou.

4. Konzumujte alkoholické nápoje jen v příjemném prostředí, s příjemnými lidmi, z čistých sklínek esteticky příjemného vzhledu a tvaru. Prostedí a společnost může ovlivnit působení alkoholu na naši psychiku jak kladným, tak záporným směrem.

5. O samotě pijte jen mimořádně, například v případě, že se jedná o léčebnou dávku.

6. Pijete-li výjimečně více než denní optimální dávku, určete si limit, který nepřekročíte. Limit volte s ohledem na své časové, tělesné i psychické dispozice i s ohledem na budoucnost.

7. Nikdy nesoutězte, kdo více vypije. Tím byste zaujali nepřátelský vztah k alkoholu samotnému i ke své osobnosti. Pokud máte potřebu soutěžit, zvolte znalosti, dovednosti nebo klasické sportovní disciplíny.

8. Pijte vždy pomalu, příjemně si vychutnávejte kvalitní mok, radujte se z příjemných účinků a včas přestaňte. Nenechte se nikdy vyprovokovat k rychlé a nadměrné konzumaci. Neustále veďte v patrnosti, že malá každodenní dávka vašemu zdraví prospívá, nadlimitní mu naopak vážně škodí.

9. Nekompromisně odmítněte alkohol, který nehodláte pít, ať už z hlediska množství, druhu nebo kvality. Nikdo nemá právo vás do konzumace nutit a projevem slabosti je takovému naléhání vyhovět.

10. Během konzumace se průběžně kontrolujte, snažte se být stále v dobré náladě a vyvarovat se konfliktů.“ (Budinský, 2008; s. 96 – 98)

Mimo návodu, jak správně pít alkohol, samozřejmě funguje jako prevence vzniku závislosti udržování kvalitních vztahů, nalezení smyslu života, schopnost relaxovat i aktivně trávit svůj volný čas sportem, zahradničením a podobně, dále je zásadní optimismus, obecně zdravý životní styl, to znamená pravidelný spánek a jídlo, minimalizace stresu, zdravé sebevědomí, kvalitní sexuální život, schopnost asertivně zvládat konflikty a schopnost přijmout krize a náročné životní situace jako výzvy a možnosti k osobnostnímu růstu. K některým z těchto aspektů je člověk přirozeně disponován, k některým si musí najít cestu v průběhu života, ať už s pomocí rodičů, učitelů, přátel, partnerů, nadřízených...

Pochopitelně, že výše uvedené neplatí pro předcházení rozvoje závislosti u člověka, který už závislostí na alkoholu prošel. Jak již bylo výše mnohokrát řečeno, takový člověk, pokud chce normálně fungovat, musí dodržovat velice přísná pravidla absolutní abstinence, s čímž souvisí vyhýbání se situacím, kde alkohol sehrává nějakou roli. Především v druhé polovině 20. století se snažili vědci zjistit, zda je možné, aby vyléčený alkoholik mohl ještě užívat v určité míře alkohol a nestát se opět závislým. Znamé jsou především Daviesovy, Sobellovy, Marlottovy výzkumy ze 60. let, které se současně snažily dokázat, že skutečně existuje procento alkoholiků, kteří jsou schopni po léčbě konzumovat alkohol ve společensky přijatelné míře. V následujících letech byla tato přesvědčení však vyvrácena. Podle slov současných terapeutů taková možnost existuje, ale pravděpodobnost, že člověk nespadne zpátky do závislosti, je tak mizivá, že se pro jistotu vůbec nedoporučuje zkoušet užívat ještě alkohol. (Edwards, 2004)

Tímto se dostáváme k samotné léčbě. Nešpor klasifikuje možné způsoby léčby následovně:

1. Tělesné vyšetření a léčba tělesných i duševním problémů
2. Psychoterapie, častěji se využívá skupinová, kdy je cílem pomoci při překonávání životní krize, navíc umožňuje poznání druhých a sebe prostřednictvím druhých, člověk ve skupině najde pomoc, porozumění a oporu
3. Léčebný klub spojující lidi bojující s alkoholem za přítomnosti odborníka, jenž vede k utvrzování zdravého životního stylu a současně k pomoci ostatním členům, doporučuje se spolupráce s rodinou, hlavním cílem zůstat střízlivý aspoň dnes, tedy žádné sliby do budoucnosti a osobní odpovědnost za vlastní střízlivost, anonymita (u nás vzniklo na popud doc. Skály, který se inspiroval Anonymními alkoholiky)
4. Relaxační techniky a jóga proti únavě, stresu, napětí
5. Averzibilní nácviková terapie – Antabus (Disulfiram) vyvolávající při podání po požití alkoholu soubor nepříjemných intenzivních reakcí jako nevolnost, zvracení, bušení srdce, bolesti hlavy, k této léčbě je nutný souhlas pacienta a předchozí vyšetření, využívá se hlavně při ambulantní léčbě (přestože je dnes odbornou společností tento způsob zavrhován pro svou neetičnost, stále je uplatňován, což nás velmi překvapuje)
6. Léky mírnící craving (campral, naltrexon)
7. Rodinná a manželská terapie má velmi dobrý vliv na další spolupráci s rodinou, navíc i rodina potřebuje pomoci

8. Terapeutická komunita

9. Cvičení, běh, turistika, výlety – zvyšování kondice tělesnou aktivitou pomáhá i regeneraci mezi neuronovými spoji a synapsemi. (Nešpor, 2006)

Heller a Pacinovská dále vymezují léčebný postup: 1. Odstranit drogu z organismu – detoxikace, detoxifikace; 2. Obnovit a rehabilitovat somatické funkce organismu; 3. Obnovit psychické funkce, získat náhled na situaci; 4. Odstranit základní problém, to znamená jak řešit situace bez drogy; 5. Přijetí a stabilizace životního stylu s abstinencí; 6. Resocializace. Léčebného postupu je pak dosahováno buď ambulantní léčbou (pokud je pacient schopen dodržet abstinenci, dochází pravidelně na farmakoterapii, psychoterapii, socioterapii), nebo stacionární léčbou (celodenní, obvykle v rozmezí několika týdnů), nebo ústavní léčbou (hospitalizace obsahující vše jako ambulantní i stacionární léčba, navíc funguje program s režimem a komunitní systém), nebo kombinací. Po třech měsících (u žen čtyřech) ústavní léčby by mělo následovat ambulantní doléčování. Dále by měl být pacient veden v patrnosti ještě zhruba tři roky. Doléčovací programy jsou zcela zásadní při přijetí nového životního stylu a tedy i prevencí návratu k závislosti. (Heller, Pacinovská, 2011)

2 ARTETERAPIE

Cílem druhé kapitoly je především stručné přiblížení základních pilířů jak arteterapie, tak psychoterapie obecně. Arteterapií v konkrétnější podobě se budeme zabývat až ve třetí a poslední kapitole teoretické části práce.

2.1 Vymezení v rámci psychoterapie obecně

Definic oboru psychoterapie existuje celá řada, pro získání uceleného pohledu na problematiku si dovolíme některé zásadní uvést. Obecně je psychoterapie považována za vnitřně nerozporný, komplementární a konsekventní systém poznatků, které umožňují zachytit, popsat a vysvětlit strukturu a podmínky daného fenoménu a předvídat a navozovat určité změny, přičemž způsoby uchopení a docílení změn jsou metody verifikované a objektivní. Jedná se o psychologickou péči věnovanou jedincům, jejichž vnitřní pohoda je nějakým způsobem narušená či nestabilizovaná. Předmětem oboru je jedinec, jeho prožívání a chování, které není adekvátní. Podstatné je, že každá snaha o změnu na psychogenní úrovni člověka probíhá za jeho souhlasu a na jeho přání. Psychoterapie zahrnuje primární, sekundární i terciální prevenci – tedy předcházení, léčbu i rehabilitaci, kdy se psychologické působení na jedince promítá i do oblasti somatické a sociální. (Vymětal, 2010)

S. Kratochvíl definuje psychoterapii jako „léčebné působení na nemoc, poruchu nebo anomálii psychologickými prostředky. Nebo jinými slovy: psychoterapie je záměrné upravování narušené činnosti organismu psychologickými prostředky. Narušení činnosti se může týkat psychických procesů a osobnosti nebo somatických procesů a orgánových funkcí. Může být záležitostí podmíněnou jako psychogenně, tak somatogenně. K psychologickým prostředkům pak patří především slovo, ale i mimika nebo mlčení, emotivita a emoční vztahy, učení, manipulace prostředím a jiné.“ (Vymětal, 2010; s. 13) J. Skála pak hovoří o psychoterapii jako o přátelském utkání, při kterém má bodovat terapeut, ale vyhrát pacient, psychoterapie je tedy delikátní směs vědy a umění. (Vymětal, 2010)

2.1.1 Formy a metody v psychoterapii

Jaká je organizace během samotného průběhu terapie, je dáno formou, přičemž každá má své výhody i svá slabší místa. Rozlišujeme terapii individuální, skupinovou a tak zvané léčebné společenství. Individuální forma zahrnuje pouze terapeuta a jeho klienta, přičemž jejich vzájemný a velice intenzivní vztah určuje směr celé terapie. Zásadní je zde proto osobnost terapeuta, jeho metody a jeho preference v psychoterapeutických přístupech (například hlubinná psychoterapie, Rogersovská, kognitivně – behaviorální). V tomto vztahu vždy existuje nějaká míra asymetričnosti v komunikaci a existuje zde rovněž komplementarita při dosahování společně stanoveného cíle. Za vedení terapeutického procesu a dosažení cíle je odpovědný terapeut, což je hlavní příčinou vzniklé asymetrie. Terapeut pracuje se slovem, obrazotvorností nebo činností, přičemž sedí naproti, vedle či za klientem. Terapie může probíhat i během chůze a dalších činností (například při kresbě).

Skupinová terapie má na rozdíl od individuální mnoho podob, zásadní je však rozdělení podle toho, zda je skupina utvořená uměle nebo spontánně (to znamená skupina, do které patří klient i v běžném životě, spadá sem i rodinná a partnerská terapie). V uměle vytvořené skupině se klienti navzájem neznají, což umožňuje navodit bezpečnější atmosféru, rovnocennost a upřímnost. Skupina může být tvořena podle hlediska věku, pohlaví, řešeného problému, nebo může být heterogenní. Z organizačních důvodů by počet členů neměl přesahovat 15, u malých dětí šest. Dochází zde k vzájemné interakci jednak mezi samotnými členy, jednak mezi jednotlivými členy a terapeutem – a to se všemi náležitostmi procesu vzniku skupiny a její dynamiky – a tato interakce poskytuje náhled na vztahy klienta k druhým. Uspořádání je nejčastěji do kruhu tak, aby na sebe všichni viděli. Program skupinové terapie je pak zaměřen na interakci ve skupině (co se právě děje ve skupině) nebo na terapeutem zvolená témata. Skupina funguje jako uzavřená, kdy celá terapie probíhá se stejnými lidmi, nebo funguje jako otevřená, kdy jsou klienti neustále průběžně obměňováni. Pravdou ověřenou terapeutickou praxí i každodenním životem každého z nás zůstává, že člověk se nejlépe učí ve skupině. Ne každému klientovi nebo terapeutovi však vyhovuje. Specifické postavení mají tak zvané svépomocné skupiny, pro kterou je typická pomoc klientů mezi sebou navzájem, tvoří tak přechod mezi umělou a spontánní terapeutickou skupinou – svépomocnou skupinou je například sdružení anonymních alkoholiků.

Jak individuální, tak skupinovou psychoterapii zahrnuje tak zvané léčebné společenství, vycházející ze systémového přístupu k osobnosti člověka – léčba v pobytovém zařízení poskytuje kompletní program farmakoterapie, psychoterapie a socioterapie. Tato forma funguje na principu komunity, kdy v zařízení (ku příkladu psychiatrická léčebna) nestrukturuje nadřazenost a podřazenost rolí zdravotníků a pacientů, pacienti si ve svých řadách tvoří jakousi samosprávu. Podle našeho názoru se jedná o výtečnou ideu, na jejíž bázi staví nejedno ústavní zařízení, přesto si úplnou realizaci umí málokdo představit (léčebné společenství v psychoterapii a psychiatrii bychom přirovnali k alternativním školám ve školství, kdy jsou výhody a nevýhody volného a nedirektivního přístupu k jedinci velmi diskutabilní). Léčebné společenství vykazuje relativně velkou úspěšnost v případě léčby závislostí, konkrétně léčby závislosti na alkoholu, které se intenzivně věnoval a kterou rozvíjel J. Skála.

Nyní bychom se jenom v krátkosti zaměřili na psychoterapeutické metody či spíše na jejich výčet. Nejzákladnější, nejdůležitější, nejcennější a nejvíce vypovídající o jedinci je samozřejmě rozhovor. Vymětal rozlišuje rozhovor empatický, poradensko-informační, interpretující, podpůrný a přesvědčující – každý má v psychoterapii své uplatnění buď v jednotlivých fázích procesu, nebo v jednotlivých terapeutických stylech v souladu s postoji terapeuta. Rozhovor doprovází celou řadu dalších metod, ať už ve formě hraní rolí, interpretace výtvarného díla nebo jakékoliv reflexe. Další skupinu metod reprezentují relaxační cvičení, doprovázející také mnoho dalších metod. Dále bychom mohli jmenovat psychodrama, psychogymnastiku, práce se sny a se symbolem, katatymní prožívání obrazů, kresba a tak dále. Obecně platí, že kombinace více metod během psychoterapie dokáže poskytnout klientovi možnost volby vyhovujícího a zároveň slouží jako ověřování poznatků z pohledu terapeuta i klienta. (Vymětal, 2010)

2.1.2 Fáze psychoterapeutického procesu

Budeme-li se držet Vymětalova Úvodu do psychoterapie, rozdělíme všechno, co probíhá mezi klientem a terapeutem, klientem a způsobem terapie a mezi klientem a náhledem na jeho prožívání i chování, do tří základních fází: 1. Indikace (rozhodnutí o poskytnutí pomoci nemocnému), 2. Vlastní terapie, 3. Zhodnocení a ukončení terapie (při dosažení stanovených cílů).

Za indikaci považujeme doporučený postup vycházející z předem získaných psychologicko-diagnostických dat. Tato data určují jednak konkrétní způsob léčby a terapie, jednak konkrétního psychoterapeuta specializovaného na konkrétní problémovou oblast. Úkolem obecné indikace je zjistit, zda je klient vůbec vhodný pro psychoterapii, to znamená, zda je ochoten spolupracovat, zda neodmítá možnou psychogenní příčinu jeho potíží, zda je nějakým způsobem ovlivnitelný psychologickými prostředky. Hledáním konkrétních podmínek terapie, konkrétních cílů a konkrétního specializovaného terapeuta se zabývá indikace specificko-prognostická. Zde se už hovoří o pro klienta nejlepší možné formě terapie, o jasně stanovených individuálních cílech v závislosti na předchozích zkušenostech, verifikovaných výzkumech a statistikách, například pro léčbu závislostí se ukázala být relativně úspěšná právě arteterapie. Protože k diagnostice klienta a k zjišťování jeho spokojenosti a posunu k vymezeným cílům dochází během celého terapeutického procesu, zmiňujeme ještě adaptivní indikaci, umožňující změnu stanoveného postupu podle průběhu. Než dojde k samotné terapii, je nutné prohodit s klientem všechny okolnosti a podmínky, dobu trvání terapie a její časovou frekvenci, jako i motivovat ho ke spolupráci.

Pro vlastní terapii je charakteristický určitý vývoj daný interakcí s terapeutem, popřípadě se zbytkem skupiny. Celý proces je zaměřen podle přístupu terapeuta buď na vztah a změnu jedince skrze tento vztah, nebo na učení se žádoucího chování. Pokud terapie probíhá tak, jak by měla, zvyšuje se koheze mezi jednotlivými účastníky, stejně jako míra ovlivnění klienta či skupiny terapeutem, ale i terapeuta klientem. Psychoterapie počítá s přirozenou tendencí organismu každého jedince k autosanaci a k pohybu směrem k sociální normalitě. Samotný průběh terapie už závisí na psychoterapeutickém směru, který je indikován jako nejvhodnější. Stejně tak se i každý směr jinak vyrovnává s případným odporem klienta adekvátně spolupracovat. Aby nedocházelo k poškozením klientů, musí se i během vlastní terapie neustále ověřovat adaptivní indikaci a průběžným hodnocením.

Když se za předpokladu naplnění cílů blíží stanovená doba terapie ke konci, je třeba klienta předem na ní připravit. Konec terapie s sebou nese ukončení nového, stabilního a pozitivního vztahu, což často klient nese poměrně těžce. Klientovi jsou sdělovány informace o návazné péči a o kontrolním setkání. K závěrečnému zhodnocení by se měli vyjádřit všichni účastníci terapie, vyjádřit své pohnutky pozitivní i negativní. Jak pacient, tak terapeut musí mít možnost obrátit se na jiného odborníka.

Celý proces terapie provází snaha o změnu maladaptivního chování i prožívání jedince, tedy snaha o změnu toho, co v rámci stálých osobnostních struktur změnit lze. Ke změně dochází hlavně prostřednictvím učení, v našem případě sociálního učení a učení vztahem, za předpokladu přirozené tendence každého organismu k růstu, vývoji a naplnění vrozeného potenciálu tohoto organismu. Učením člověk získává nové zkušenosti, které stojí za změnou určitých postojů a názorů. Psychologové se shodují na tom, že nové zkušenosti mohou posléze vytvořit nové vlastnosti jedince nebo změnit stávající. Vzhledem k této tezi jsme skeptičtí, uznáváme její platnost za správného působení, ale domníváme se, že velmi často celý terapeutický proces pokazí snaha terapeuta za každou cenu změnit podstatu klienta nebo předpoklad klienta, že bude terapeutem úplně změněn. Změny vlastností a trvalejších rysů osobnosti mají své meze a spíše než o změnu osobnostních struktur by měla terapie usilovat o změnu dovednosti klienta nakládat s těmi stávajícími. Každá změna stojí na uvědomění si vlastní svobody nesoucí s sebou i odpovědnost – díky tomu je jedinec schopen bojovat proti pocitu bio-psycho-sociální předurčenosti a podmíněnosti nějaké vyšší distanci, protože má svobodnou volbu sebeutváření a seberegulace. Myslíme si, že problém nejen většiny klientů, ale i celé společnosti, je vysoká potřeba pocitu vlastní svobody, ale málokdo si uvědomuje, že kdo má právo být svobodným, svobodně se rozhodovat, svobodně řídit sebe i okolí, má právo a povinnost být za sebe i zodpovědný. Úkolem psychoterapie se pak stává dosažení změn a „osvobození se“ prostřednictvím pravdivého sebepoznání a sebezporozumění. V shrnutí si dovolíme citovat Vymětala: „Biologické zrání a stárnutí jsou předpokladem změn v psychice a chování, které jsou fundovány převážně biologicky a výrazem lidské přírodní určenosti. Učení, a zvláště sociální učení, je opět předpokladem změn fundovaných převážně společensky a poukazují na společenskou určenost člověka. Sebetvorba – sebeřízení vycházejí z poznání vlastní podmíněnosti i uvedené nepodmíněnosti, tedy svých možností, a jsou předpokladem změn vedoucích k autenticitě osobnosti (normalitě) a jejího plného života. Vyjadřují zároveň lidskou svébytnost a svobodu.“ (Vymětal, 2010; s. 125)

Nyní jsme nastínili nejjobecnější cíl celého psychoterapeutického procesu. Specifické cíle vychází z jednotlivých forem, metod a aplikovaných směrů psychoterapie. (Vymětal, 2010)

2.1.3 Vztah klienta a terapeuta

Je to především terapeutický vztah, prostřednictvím kterého dochází ke kýžené změně nežádoucích jevů. Klient i terapeut mají každý svůj svět skládající se ze vztahu k sobě samému, vztahu k okolnímu reálnému světu, tedy k lidem a k prostředí, a v neposlední řadě ze vztahu k transcendentnu, čili k vyšším hodnotám a ideálům. Tyto dva světy se během psychoterapeutického procesu více či méně vzájemně prostupují a navzájem se ovlivňují. Psychoterapeutický vztah, ať už se jedná o vztah jakékoli povahy, poskytuje oboustranné potvrzení existence a následně její přijetí. Jako každý vztah představuje vzájemnost, která je základním kamenem pocitu bezpečí, důvěry, naděje a porozumění, tedy prvním krokem ke změně.

Vymětal rozlišuje pět významových úrovní terapeutického vztahu: „1. Projev základní lidské potřeby po plné akceptaci a touze žít v subjektivně blízkém vztahu. Současně se projevuje i tendence po nezávislosti (suverenitě) a autonomii. Potřebu akceptace a zároveň nezávislosti lze vidět jako půdu, na níž se vše ostatní v psychoterapeutickém vztahu odvíjí, ať už jde o dítě, dospívajícího či dospělého pacienta. Samozřejmě se projevují různě v souvislosti s vývojovým stupněm jedince a řadou dalších okolností psychoterapeutického procesu. 2. Autentické prožívání, myšlení a jednání pacienta jakožto reálná a pravdivá odpověď na projevy terapeuta v celkové situaci terapie (například spokojenost a radost z dobré spolupráce a s průběhem léčby nebo rozmrzelost klienta z kolísajícího zájmu terapeuta). 3. Projevy přenosového vztahu, kdy pacient přenáší své postoje, způsoby prožívání a reagování dříve osvojené do současného vztahu k terapeutovi. Vlastně zaměňuje přítomnost za minulost a pohybuje se v iluzi. Přenos může mít velice různý projev (například nekritický obdiv či opět vzdorovitost vůči terapeutovi). 4. Prožívání, myšlení a jednání vyvolané aktualizovanou potřebou (například pacient strádající absencí kvalitního vztahu k druhému člověku si jej fantazijně vytváří vzhledem k terapeutovi a dává to najevo). 5. Chování naučené a psychologicky bez většího významu a důležitosti pro psychoterapeutický vztah a proces (například zdvořilost, dodržování slibu).“ (Vymětal, 2010; s. 110)

2.2 Základní principy arteterapie

V širším slova smyslu zahrnuje arteterapie použití uměleckých technik jako nástroje diagnostiky, psychoterapie, výchovy, rovněž sem patří muzikoterapie, biblioterapie, terapie tancem a tak dále. V užším slova smyslu se jedná o využití výtvarného umění při aktivizaci založené na tvořivosti, projekci osobnosti a katarzi. Hartl uvádí o arteterapii následující: „Jedná se o termín J. M. Charcota z 2. poloviny 19. století označující použití uměleckých technik jako nástroje diagnostiky, psychoterapie, výchovy, sociální práce, klade důraz na aktivitu, přičemž využívá uvolňující, katarzní a projektivní vlastnosti lidské tvořivosti. Protože pro terapeutické účely využívá hlavně výtvarné umění, termín se postupně zúžil převážně na modelování, kreslení, malířské projevy, práci s textilem a podobně. Pomocí kresby, koláže, modelování dochází k porozuměním sobě i druhým a k překonávání některých problémů, výsledkem je získání náhledu, změna hodnot, radost z tvorby.“ (Hartl, 2004; s. 55)

Vyjádření se na papír pomáhá subjektu uvědomit si lépe vlastní pocity a terapeutovi lépe poznat příčiny klientových problémů než pouze slovní vyjádření. Při výtvarné tvorbě jsou totiž aktivována jiná mozková centra - každý člověk má tak zvanou dominantní hemisféru (v naprosté většině je to ta levá), která zajišťuje především fatické funkce jako porozumění a schopnost řeči, čtení, psaní, počítání, jde o jakousi technickou část mozku, a pak nedominantní hemisféru (většinou je to pravá), která se stará o abstrakci a vyšší vnímání, uvědomování, nonverbální myšlení, emoce - a právě s tou v arteterapii pracujeme. To umožňuje obejít cenzuru vědomí, subjekt tudíž o sobě „poví“ nejen více než chce, ale i více než si je schopen sám uvědomovat. Arteterapie tím pádem hodně urychlí to, k čemu by se psychoterapie s použitím běžných metod založených na slovním vyjádření dopracovala za mnohem delší dobu. Obecnou indikací je před zahájením arteterapie zájem o výtvarné vyjádření, nikoliv talent.

V současnosti jsou v arteterapii zásadní tyto tři proudy: 1. Akcent diagnostických možností a interpretace výtvarných produktů s psychoanalytickým základem, 2. Terapeutický smysl ve výtvarné produkci jako takové (bez diagnostiky a interpretace) – neopomíjí osobnost a prožívání, ale nesměřuje k analýze, pouze k získání souvislostí v kulturním kontextu – základem je humanistická psychoterapie, gestalt, existencialismus, 3. Eklektický proud.

J. Šicková – Fabrici rozlišuje arteterapii receptivní a produktivní, které, jak názvy napovídají, znamenají arteterapii zaměřenou jednak na vcítění se, analýzu a projekci vlastních emocí do již hotového díla, jednak na prožitek z vlastní tvorby, kdy navrácení tvořivosti napomáhá překonávání krizí. V těchto místech se spojuje působení arteterapeutické a artefiletické, přičemž hlavně léčí sekundární handicap, tedy zmírňuje individuální prožitek znevýhodněného klienta. Pro obě podoby je podmínkou reflexe, jako jeden z hlavních nástrojů náhledů na vlastní situaci. (Šicková-Fabrici, 2002) K tomuto rozdělení arteterapie, jakožto ke vztahu tvůrce a recipienta, který je všudypřítomný, ať už se jedná o jakoukoliv formu arteterapie, bychom rádi doplnili Slavíkova slova: „Víme, že tvůrce může na vlastní kůži pocítit a sledovat, jak různé alterační zásahy do díla přímo ovlivňují jeho vnitřní stav, vyvolávají uspokojení či naopak nepohodu. Na základě takového tréninku je pak jednodušší souznít i s dílem jiného autora. Tento empatický trénink je zároveň jedním z nejdůležitějších léčebných nástrojů arteterapie.“ (Slavík, 2000; s. 80)

2.2.1 Pozitiva a úskalí využití výtvarného umění v terapii

Podle experimentu provedeného H. Babyrádovou a jejími studenty při práci s psychoticky nemocnými pacienty jsou platná následující tvrzení, jež lze aplikovat na většinu cílových skupin:

1. „Téměř každý pacient je schopen obrazně-vizuálního vyjádření za podmínky zaujetí tématem, důvěry k terapeutovi a důvěry k sobě.
2. Motivace závisí na citlivém průniku do určité nevědomé oblasti a do osobního života.
3. Výtvarná činnost je navázána na akční, lineární nebo hudební produkci, přičemž s mezioborovostí roste zájem o výtvarnou odpověď.
4. Terapeut by měl vycházet z vlastní umělecké praxe a z aktualizovaných poznatků v oblasti psychoterapie i výtvarné výchovy.“ (Babyrádová; 2009; s. 17)

Z těchto tezí vyplývá, že arteterapii může být podroben každý, komu to alespoň trochu umožňuje psychosomatický stav, to znamená každý, kdo je schopen minimální grafomotorické zručnosti a kdo je schopen minimální komunikace s okolím. Pro arteterapii totiž není významná umělecká hodnota obrazně-vizuálního vyjádření, nýbrž proces jeho

vzniku a následně prezentace tohoto procesu a výsledné formy. Výtvarné zpracování určité problematiky je významný způsob komunikace, pokud schází slova – řada vnitřních pocitů nejde pojmenovat. Výtvarná a obzvláště barevná exprese dodá vyjádřené emoci na opravdovosti, přestože každý vnímá tvary a barvy subjektivně. Výtvarné vyjádření může díky své metaforičnosti vystihovat více významových rovin ztvárněné zkušenosti. Výtvarné zpracování dále podněcuje rozvoj tvořivosti jako zásadní vlastnosti pro nalézání nových variant při řešení každodenních problémů. Mimo kreativitu podporuje i rozvoj fantazie a schopnost uvolnit se. Arteterapie představuje nenásilný způsob, jak se dostat do nevědomé sféry jedince.

To, co jiná terapie jenom stěží umožňuje, je získání hmatatelného produktu. To znamená, že produkt arteterapie se dá analyzovat i s postupem času nebo porovnávat s jinými výtvary ať už z hlediska longitudinálního, nebo z hlediska průřezového zkoumání. Ve skupině je pak velikou výhodou, že se mohou zapojit všichni najednou a stejnou měrou. Pokud se stane taková arteterapie zábavou, může dojít ke katarzi, uvolnění, relaxaci a hlavně k radosti z činnosti – obzvláště, když v sobě někdo objeví „výtvarného ducha“, který se v krajním případě může stát i novým smyslem života, což ale není účelem arteterapie. (Liebmann; 2010)

Zamysleli jsme se nad pozitivy, jež přináší arteterapie, a teď se zkusíme podívat i na druhou stránku věci. Žádná terapie ani myšlenkový proud si svá negativa nepřipouští, nebo přinejmenším je nikde neprezentuje, z toho důvodu o nich nenajdeme v literatuře ani zmínku. V první řadě ve výčtu nevýhod využití arteterapie stojí financování, neboť výtvarné vybavení místnosti a materiální zajištění všech potřebných pomůcek není levnou záležitostí. Co se týče konkrétně psychiatrické léčebny jako neziskové společnosti, není v její kompetenci prodej vzniklých děl v arteterapeutické dílně, takže možnost „uživení sebe sama“ je na základě současné legislativy vyloučena.

Další nevýhodou může být váhavý přístup klientů k výtvarné činnosti, kterou si často představují jako kreslení během povinné školní docházky (mohli bychom současně vést diskuzi o správnosti uchopení výuky výtvarné výchovy, jež učí většinou neaprobovaní učitelé a jenž místo rozvoje tvořivosti a fantazie způsobuje spíše jejich útlum – to ovšem není předmětem našeho pojednání) a které se vyhýbají kvůli strachu ze selhání a pocitům vlastní apraxie v této oblasti. Proto by zprvu samotné arteterapii měla předcházet artefietika pojímající výtvarnou tvorbu jako zážitek a hlavně hledající jedincovy silné stránky, snažící se je další tvorbou dále posilovat – v tom tkví ten nepatrný rozdíl mezi

oborem artefiletiky a arteterapie, která naopak hledá slabé stránky a s těmi dále pracuje. Každopádně předsudky klientů vůči výtvarné práci mohou dosti zbrzdit celou terapii.

Problém může vyvstat i na straně samotného terapeuta. Arteterapie a její symbolika jsou velice subjektivní záležitostmi, proto je nutná terapeutova zkušenost v interpretacích, jakožto vzdělání a přehled o nových trendech v psychoterapii i výtvarné kultuře. Může totiž dojít, a myslíme si, že to není výjimkou, k projekci ze strany terapeuta. Palčivou otázkou je také syndrom vyhoření, a to nejen v psychoterapii, ale obecně u všech zdravotníků. Terapeut může klientovi ublížit jak svým necitlivým přístupem, tak přístupem přecitlivělým a hyperprotektivním.

2.2.2 Historické kontexty jako východiska současných směrů v arteterapii

Zcela zásadním směrem v psychologii, psychiatrii i psychoterapii je bezesporu psychoanalýza. Zdroj potíží, ale i kreativity jako základního mechanismu k řešení problémů, vidí ve vnitřním konfliktu jedince. Vnitřní konflikt mezi id, egem a superegem je způsoben zejména traumatem v dětství, chybějící saturací potřeb, potlačenou agresí a potlačenou sexualitou včetně oidipovského komplexu. Psychoanalýza, potažmo psychoanalytická arteterapie, využívá hlavně technik zaměřených na výklad snů, řízenou imaginaci a volné asociace. Ego obranné mechanismy, jejichž úkolem je zachovat integritu osobnosti zasunutím konfliktu do nevědomé sféry, lze obejít právě kreativní formou vyjádření zachovávající spontánnost projevu. Traumatická zkušenost z minulosti je výtvarným ztvárněním znovuobjevena, čímž může dojít k jejímu verbálnímu pojmenování a k abreakci, která v minulosti proběhla zřejmě chybně – dochází k tak zvanému agování. Důraz je zde kladen na interpretaci symbolů v problematických oblastech, to znamená symboly sexuality, agresivity a podobně. „S. Freud chápal umění jako plastický, spontánní proces, který se vynoří z nevědomí. V tomto procesu se uplatňují mechanismy potlačení, projekce, identifikace, sublimace. Vizuální představy se mohou zpředměnit a působit jako bezprostřední komunikace, jež obejde těžkosti řeči. Umělecká tvorba je analogická vytváření neurotických symptomů. Umělec poskytuje pudu svou tvorbou náhradní uspokojení a tím se vyhne neuróze.“ (Šicková-Fabrici, 2002; s. 35)

Symbolika v arteterapii jako jeden ze základních kamenů interpretace každého vizuálního vyjádření staví na archetypálním učení K. J. Junga. Archetypy strukturované do

kolektivního nevědomí jsou záležitostí jakési vrozené zkušenosti a intuitivního porozumění fungování společnosti a přírody, například archetyp self, matka, otec, anima, animus, zvíře, zrození, smrt. Jednotlivé archetypy jsou charakterizovány symboly (symbolem self jakožto celistvosti osobnosti je mandala, se kterou se v arteterapii velmi často pracuje). Podle Junga by nemělo být interpretováno pouze jedno vizuální vyjádření klienta, nýbrž celá série po sobě jdoucích výtvorů, o nichž klient hovoří ve třetí osobě, což mu umožňuje zprostředkované vžití se do vlastního příběhu.

Adlerova individuální psychoterapie vidí zdroj lidské energie, ale i zdroj psychických potíží, v saturaci potřeby sebeuplatnění a v touze po moci. Pokud tato potřeba není nějakým způsobem uspokojena, dochází u jedince k pocitu méněcennosti. Takto zaměřená arteterapie pracuje s pozitivním sebepojetím subjektu, s možnostmi jeho uplatnění a rovněž s prožitkem úspěchu při výtvarné tvorbě.

Arteterapie vychází rovněž z gestaltismu a jeho vyčleňování figury z pozadí na základě podobnosti, kontrastu, stejného osudu, známosti, minulé zkušenosti, aktuálního zaměření. „Teorie percepce v tvarové psychologii říká, že existují dva kroky. První vede od stimulu k pocitu a druhý od vzruchu a pocitu k produkci. Forma, tvar jsou základními atributy, ne akty produkce. K adekvátním znalostem o celku můžeme přijít jen přes pozorování celku samého. Jestliže se mění části, ale jejich vztahy zůstávají tytéž, tvar nebo objekt budou konstantní.“ (Šicková-Fabrici, 2002; s. 37) Typickými technikami tvarové arteterapie jsou v rámci přístupu „tady a teď“ doplňovány klientovým vyprávěním životního příběhu, například panorama života nebo nemoci.

Humanistická terapie zaměřená na člověka a jeho jedinečnost chápe kreativitu jako nástroj k dosažení sebeaktualizace. Taková terapie předpokládá schopnost každého organismu navracet se svépomocí do stavu homeostázy, terapeut zde zastává spíše funkci katalyzátoru toho procesu samouzdravení, ale nezasahuje do něj. Humanistický přístup je absolutně nedirektivní, věří v potenciál každého jedince a tendenci ho naplňovat – což koreluje s ústředním pojmem sebeaktualizace. Cílem je reflexe klientova problému tak, aby sám získal náhled, ne však analýza. Klient sám se má naučit reflektovat problémy druhých a rozvinout schopnost empatie, což lze úspěšně uskutečňovat i formou arteterapie. Výběr témat a konkrétních technik zde není primární, rozhodující je zpracování klientem či skupinou, akceptace sebe i druhého při prezentaci obrazně-vizuálního vyjádření a jeho reflexi.

Arteterapie má své kořeny i logoterapii Viktora Frankla. Logoterapeutický přístup v arteterapii je častý při terciální prevenci u pacientů onkologických oddělení a u pacientů

na oddělení LDN – tedy na místech, kde člověk není schopen najít smysl života. Sám Frankl koncipuje hledání smyslu života na bázi činu, který si člověk vytyčí, díla, jež vytvoří, a zážitku, setkání, lásky. Díky arteterapii je možná sublimace utrpení, smrti či samoty do výtvarného díla. Handicapovaný jedinec symbolicky vyjadřuje nejen svůj psycho-somatický stav, ale i vztah ke svému postižení, naději či obavy.

Zcela odlišný je postoj postmoderního umění i názoru na člověka k možným přístupům v psychoterapii. Klíčová není normalita, psychopatologie ani verifikovaná diagnostika – jedinec je sám sobě měrou, prostřednictvím výtvarného umění může sám mapovat své nitro introspekci, sám hledat příčinu své nemoci nebo potíže. Zásadní je účinek katarze během arteterapie. Podle našeho názoru se jedná o do důsledku rozvedené principy Rogersovské psychoterapie se silnou snahou o chápání individuality každého a se snahou o integraci člověka v rámci sebe sama i v rámci společnosti. (Šicková-Fabrice, 2002)

2.2.3 Skupinová arteterapie

Podrobněji se zaměříme na skupinovou arteterapii, protože v praktické části této práce se budeme věnovat analýze děl pacientů alkoholické léčebny pracujících právě ve skupině. Osobně je nám forma skupinové arteterapie bližší, přestože má jak své výhody, tak své nevýhody – výhodám i nevýhodám se budeme věnovat. M. Liebmann je autorkou publikace, z níž budeme v této kapitole vycházet nejvíce. Rozebírá jednotlivá pozitiva i negativa skupinové formy terapie, jakožto její cíle.

Zásadní pozitiva skupinové arteterapie spatřujeme v tom, že poskytuje podstatně více zázemí pro sociální učení než arteterapie individuální. Pacienta podporuje vzájemnost lidí, kteří mají stejný problém. O to hodnotnější dostává pacient zpětnou vazbu, dostává se mu náhled na základě něčí konkrétní osobní zkušenosti, ne pouze na základě „teoretických poznatků“ terapeuta, který jistě o problematice ví všechno, ale sám se do takové situace pravděpodobně nikdy nedostal. Navíc ve skupině je možný nácvik nových rolí, přičemž pacient vidí reakci ostatních členů skupiny – nová role je buď společensky žádoucí, nebo je nežádoucí. Pokud je role, či styl chování žádoucí, je skupinou i terapeutem posilována a je podporován další nácvik. Skupina a její dynamika umožňuje rychlejší objevování vlastních skrytých zdrojů, zároveň je lepší pro jedince, kterým se zdá intimita během individuální arteterapie příliš intenzivní. Pro jedince je zde také snazší fungování, protože se zde dělí o

moc a zodpovědnost s ostatními členy skupiny. Z hlediska poskytovatele i klienta je skupinová arteterapie ekonomicky mnohem více výhodná, což je podle našeho názoru jedním z hlavních důvodů, proč se s ní setkáváme v praxi mnohem častěji než s arteterapií individuální.

Z vyjmenovaných pozitiv vyplývají i slabé stránky práce ve skupině. V první řadě je velice obtížné zachovat důvěrnost ve větším počtu účastníků terapie. S tím souvisí i náročnější příprava a organizace ze strany terapeuta. Jednou ze zásadních nevýhod skupinové arteterapie je fakt, že jedinci je věnována menší individuální pozornost. Dalším problémem může být i nálepkování ve skupině, kterého se pacient jen těžko zbavuje a předsudky ostatních, jimž se nedá vyhnout, ho můžou v léčbě silně demotivovat. A v neposlední řadě se může stát nevýhodou i možnost schovat se v diskuzi za někoho jiného, to znamená, že se jedinec záměrně vyhýbá hovoru o nepříjemném tématu. Zprvu může toto schovávání se za druhé pomoci jedinci aklimatizovat se ve skupině neznámých lidí a překonat počáteční ostych, pokud však takové vyhýbání se hovoru pokračuje delší dobu, je na terapeutovi, aby nějakým způsobem zasáhl, ať už moderováním diskuzí zaměřeným na inkriminovaného, nebo individuálním rozhovorem a zjištěním příčin vyhýbání se odpovědím. Z vlastní zkušenosti – při práci s jakoukoliv skupinou – víme, že jeden nevhodně spolupracující jedinec může narušit správné fungování celé skupiny.

Věnujme se nyní i obecným cílům individuální skupinové arteterapie. Řada z nich je podobná cílům individuální arteterapie, většinou však skupina napomáhá lépe dosáhnout těchto cílů svou zdánlivou neformálností v komunikaci mezi terapeutem a jednotlivými členy. Tato neformálnost přispívá k dosažení větší spontánnosti a tím pádem i tvořivosti jedince vypovídající mnohem více o jeho nevědomých pohnutkách. Na lepší úrovni je i práce s fantazií, jedinec získává zkušenosti jak vizuální, tak verbální. Díky zpětné vazbě nejen od terapeuta, ale i od ostatních členů skupiny je získávána snadněji schopnost sebereflexe a také náhled na vlastní situaci i na situaci ostatních. Dalšími obecnými cíli jsou důvěra, sebehodnocení a sebeaktualizace, autonomie v myšlení i jednání, motivace k žádoucímu chování a následný osobnostní rozvoj, dále ventilace emocí a konfliktů a zároveň relaxace. Mimo to dovoluje skupinová terapie experimenty pacientů v oblasti rozhodování, reagování na určité podněty, komunikace a ověřování těchto experimentů.

Obecné sociální cíle skupinové arteterapie už jsou ale individuální terapií jen těžko nahraditelné. Patří sem totiž kooperace a získání pocitu vlastní užitečnosti, komunikace s okolím a uznání od ostatních, sdílení problémů, zkušeností i náhledů. Zkušenost jedince zde vstupuje v unikátní interakci se zkušeností skupiny, což by mělo vést jednak

k ponaučení a náhledu, jednak k toleranci vůči druhým. Obecným sociálním cílem je rovněž vytvoření pozitivních vzájemných vztahů, které většinou do té doby pacienti postrádali, současně s nově vytvořenými vztahy a sounáležitostí s ostatními členy si pacient uvědomuje svůj vliv na druhé. Díky jisté míře koheze jsou zde probírána nebo ztvárňována tak zvaná skupinová témata zahrnující nejen témata nabízená terapeutem, ale i témata týkající se dynamiky skupiny. Je dokázáno, že ve skupině je důležitější sociální působení než samotná léčba specifických poruch – ve skupině je člověk schopen autosanace mnohem více než individuálně, díky čemuž může být složení skupiny i heterogenní.

Počet členů ve skupině by se měl pohybovat mezi šesti až dvanácti členy, taková velikost skupiny totiž umožňuje udržet vizuální i verbální kontakt s ostatními, interakci a volné asociace, kohezi a dostatečný čas věnovaný každému členu skupiny pro zapojení do diskuze. (Liebmann; 2010)

V Alkoholické léčebně Dobřanech je skupinová arteterapie vždy strukturovaná, to znamená, že přesně stanovená a předem daná činnost je společná pro všechny v pravidelný čas. Čas na zpracování zadaného tématu je přesně stanoven s přihlédnutím k prostoru na autorovu interpretaci obrazu. Každý participant by měl dostat možnost říct alespoň několik slov tak, aby ze skupiny neodcházel dezorientovaný – vždy před odchodem se musí propojit verbální s grafickým, vždy se musí pojmenovat pocity plynoucí z tvorby, souvislost s obrazně-vizuálním vyjádřením musí být vysvětlena a celá záležitost citlivě ukončena. Pokud během interpretace narazí terapeut a skupina na nějaký konkrétní problém, závisí vše odkryté na vhodné reakci terapeuta, ale i na reakci zbytku skupiny. Terapeut musí reagovat vhodně na verbál i nonverbál dotyčného, na verbál i nonverbál ostatních pacientů, na symboly v obraze i na možné asociace k tématu, které může buď vhodně rozvinout, nebo utnout. Na skupinovou terapii, která zde probíhá dvakrát týdně, je vymezena pouze jedna hodina, což výrazně ovlivňuje výběr technik, formu zpracování i možnosti interpretace. Forma tvorby (užití materiálů) je nedirektivní a pro pacienty individuální, pokud konkrétní technika nevyžaduje jinak.

2.3 Arteterapie jako diagnostický nástroj

Výtvarný artefakt, potažmo užitá symbolika, barvy, linie a řešení prostoru na formátu, vždy o autorovi něco vypovídá. Zachycuje jak autorův aktuální psychický stav,

tak jeho dlouhodobé ladění. Přestože je interpretace vizuálně obrazného vyjádření jednou ze subjektivních diagnostických metod a validitu je obtížné prokazovat, existují jistá pravidla interpretace symbolů jako symptomů maladaptace jedince. V souladu se znalostí psychodiagnostických nástrojů nemůžeme však z jednoho výtvarného artefaktu vyvozovat důsledky, pokud má arteterapie sloužit diagnostice subjektu, vždy podléhá celé testovací baterii. V této kapitole se budeme věnovat jak diagnostice, tak možným indikacím v arteterapii.

2.3.1 Analýza obrazně-vizuálního vyjádření

Diagnostikování v arteterapii přináší především psychoanalytický a analytický přístup, v němž je zásadním klíčem k nitru autora užitý symbol. Jednotlivé symboly však nelze tak jednoduše dešifrovat, protože se jich ve výtvarném artefaktu nachází hned několik, stejně tak jako několik významových rovin a relací mezi reálnou situací autora a mezi situací subjektivně prožívanou. Navíc hraje významnou roli druh handicapu autora a zadané téma pro tvoření. A tak může jeden symbol představovat pokaždé relativně jiný smysl. Každopádně pro interpretaci výtvarných děl, ať už tvořených subjektem s handicapem, nebo bez něj, je nutná vizuální gramotnost arteterapeuta, přičemž je zároveň nutná i zkušenost a jistá míra intuitivního odhalování vzájemných vztahů v užití symbolice. Mimo analýzu jednotlivých symbolů, většinou na základě Jungových archetypů a souvztažnosti k předpokládané problematice, musí arteterapeut rovněž vyhledat to, co v obrazně-vizuálním vyjádření chybí, protože se jedinec nezřídka pokouší svým potížím a traumatům utéci i při výtvarné tvorbě.

Za validní interpretaci výtvarného vyjádření můžeme tedy považovat pouze takovou interpretaci, ve které se shoduje více odborníků nezávisle na sobě a která je podložena další diagnostikou s využitím dalších metod, například s využitím rozhovoru, pozorování, anamnézy, testové baterie. Arteterapie by podle našeho názoru neměla sloužit primárně jako samoúčelný diagnostický nástroj, přestože takový potenciál nese. Vždy by měla být doplněna dalšími diagnostickými nástroji, sama o sobě by měla zkoumat pouze posun v terapii, respektive vývoj léčby a terapie, a aktuální psychosomatický stav pacienta.

Předtím, než se pustíme do samotné analýzy, měli bychom se zaměřit jednak na průběh tvorby, jednak na následující kritéria: „Všímáme si integrace kresby, využití prostoru na papíře, úroveň kresby postavy a jak je v kresbě přítomná, adekvátnosti barev,

přítomnosti stereotypů, přítomnosti perseverace (ulpívání a opakování se), kvality linie, logiky kresby, sklonu postavy a dalších objektů, vložené energie, množství detailů, pozadí kresby.“ (Šicková-Fabricsi, 2002; s. 102) Podle stejné autorky je důležité východisko znalosti vývoje dětské kresby, neboť s tou koreluje kresba osob, u nichž je zaznamenán určitý psychopatologický vývoj či vývojový regres. Jednotlivá stadia dětské kresby totiž mají demonstrovat zvládnutí konkrétních vývojových stadií.

Rozbor díla a jeho symboliky vždy inklinuje k psychodynamickému pojetí arteterapie, ať už více či méně. Symbol je pak vnímán jako akt obsahující hlubší a rozsáhlejší informace, než je na první pohled zřejmé. Symbol pak jako vztahová proměnná odráží nejen konflikty společnosti, ale i interindividuální a intraindividuální konflikty. Vyjádření pomocí symbolu dokáže pomoci blokovanému přání projít cenzurou. Symbolizace může být rovněž pojímána jako obranný mechanismus organismu, kdy nežádoucí obsahy jsou transformovány do „odlišných“ obsahů, které jsou ve společnosti prezentovatelné, přičemž tato schopnost transformace je dána člověku *a priori*, slovy Junga pochází z kolektivního nevědomí. (www.arteterapie.wz.cz, cit. 17. 10. 2012) Jednotlivé významy symbolů tedy nejdou jednoznačně vytyčit jako seznam, protože význam se mění podle vztahu k situaci a okolnostem použití symbolu. Striktní vymezení významu daného symbolu se jeví jako vytržení z kontextu, přestože znalost symboliky na jisté úrovni je pro arteterapeuta nutností (například typické sexuální symboly, symbolika pasivního nebo aktivního přístupu k problému, symboly smrti či nového začátku, symboly agrese a autoagrese).

Kontext symbolu by měl být doplněn interpretací tvůrce obrazu, kterou terapeut kompiluje se svými vlastními interpretacemi. Nezastupitelnou rolí v interpretaci, vysvětlování a prezentaci vlastní tvorby hraje mimo jiné i slovo, které má tři základní funkce: „zabezpečuje přirozený odstup mezi vnímatelem a dílem, poskytuje vnímateli větší šanci být aktivní, umožňuje vnější nebo vnitřní dialog a vědomé zacházení s prožitky.“ (Slavík, 2000; s. 81) Je to právě slovo, které se snaží o vymezení možných kauzalit jednotlivých výrazových prvků v obraze nebo jejich souvislostí. Verbálně popisovaný význam nemusí nutně odpovídat skutečnému významu (dualismus ve verbální přiřazování významu určitým objektům a v graficky znázorněných symbolech), mohli bychom tedy hovořit o různých významových rovinách, jež by se daly rozdělit nejzjevněji na vědomé a nevědomé. Přiřazení významu v každé formě ale vždy odpovídá nějakým zkušenostem, konkrétním zážitkům i různě dlouho trvajícím psychickým laděním. „Seskupování zážitkových obsahů není vždy výlučně určeno jejich objektivní podobností, ale je často

důsledkem subjektivní obrazotvornosti, která odpovídá mýtickým pojmovým formám a klasifikacím.“ (Slavík, 2000; s. 82) Opakování užívané symboliky má potom příčinu v kongruenci psychiky jedince a nadčasových potřebách, zájmech i ideálech celé společnosti. Podle R. Simonové existují prvotní obecné symboly užívané v dětské kresbě, ale i zakomponované do složitější kresby dospělých. Patří sem tak zvaný kruh Self (vyjadřuje osobnost autora), vymežující čtverec (vymezuje kruh a prostor osobnosti, zároveň poukazuje na vnější realitu nebo na pocit odcizení) a siločáry (symbolizují činnost). Komplikovanějšími obecnými symboly jsou posléze Jungovy archetypy a Freudovy nadindividuální snové symboly. Důležité je ovšem upozornit krom obecných symbolů i na symboly náhodné, formující se individuálními zkušenostmi autora. Právě v případě těchto symbolů je slovní interpretace autora nezbytná pro porozumění významu symbolu. (Slavík, 2000)

Slavík ve své kapitole rovněž zmiňuje patologické využívání expresivní symbolizace, přičemž popisuje čtyři základní typy patologie: 1. Redukovaná symbolizace (malá variabilita symbolů hovořících o emočních stavech jedince a jejich nedostatek v obraze, vyhraněnou formou nedostatečné expresivity je alexithymie, která je dána přísně logickým uvažováním potlačujícím emoce a jejich vyjadřování), 2. Symptomatická symbolizace (tělesný příznak, somatizace jako náhrada konkrétní vnější situace, která se jeví jako příliš vzdálená možnosti realizace, symbolika se týká tělesných symptomů nějaké nemoci), 3. Rigidní symbolizace (výrazový příznak, program – výraz nepodléhá zákonitostem zdravé psychiky, podléhá zákonitostem té které choroby, expresivní tvorba je pouhým příznakem, programem duševního onemocnění), 4. Virtuální symbolizace (halucinace, kde není jedinec schopen rozlišit mezi symbolem a reálným objektem, kontrolovatelné smyslové vnímání je nahrazováno fantazijními představami, kdy dochází ke splývání s tvorbou). (Slavík, 2000)

K pochopení významu symbolických tvarů patří neoddělitelně i porozumění symbolice barev. Historicky a kulturně se lišila důležitost a oblíbenost jednotlivých barev, v dnešní společnosti charakterizujeme barvy a jejich indikace následovně – přičemž je nutné brát v potaz i kombinace těchto barev, hlavně bizardní kombinace a aplikace (díky kterým na sebe artefakt výrazně upozorňuje, což může působit jako autorovo volání o pomoc):

- „Bílá barva – symbolizuje jasnost, čistotu, nevinnost, jednotu, transparentnost a transcendentno, plodnost, přílišná preference této barvy může vypovídat o jisté infantilnosti nebo touze po dokonalosti, naopak bílá doplněná dalšími barvami značí

vyrovnanou osobnost; nanesení bílé barvy na bílý papír může znamenat potlačení nebo ukryvání něčeho uvnitř či nechut' přijímat pocity vlastního těla.

- Černá barva – je barvou tajemna, smutku, askeze, použití ve výtvarném projevu obvykle signalizuje depresi a trauma, způsob vyrovnaní se s životním handicapem.
- Červená barva – značí vitalitu, sílu, život, revoluci, oheň, je oblíbená u dětí hyperaktivních či agresivních, zároveň červená barva podporuje sexualitu.
- Růžová barva – je jemnější kvalitou červené a symbolizuje lásku, nezralost, naivitu, v kombinaci s černou může signalizovat negativní pocity k sobě samému, růžová je barvou těla, v malbě může být používána lidmi s fyzickými příznaky způsobenými nemocí nebo stresem.
- Modrá barva – je barvou moře a nebe, ale i konzervatismu a povinnosti, sebepozorování, pokud je použita na místech, kde je neobvyklá (například modrý strom nebo modrá ruka trestajícího otce), upozorňuje na prožité trauma v souvislosti s rodinou, velice ale záleží na odstínu, pak mohou být totiž výklady použité této barvy značně rozdílné.
- Žlutá barva – bývá nazývána barvou levé hemisféry, stimuluje ji a podporuje duševní kapacitu člověka, lidé preferující žlutou barvu bývají jasní myslitelé, ale odborníci upozorňují, že by se jí neměli předávkovat lidé intelektuálně aktivní – je vhodné ji indikovat zejména dětem s mentálním handicapem; v psychoanalytickém kontextu je barvou otce, odpor ke žluté může signalizovat strach nebo neschopnost vnitřního pohledu do sebe.
- Zelená barva – je rovnováhou mezi žlutou a modrou, podporuje nervový systém, protože působí uklidňujícím způsobem, podobně jako bledě modrá symbolizuje naději a klid, vyjadřuje silné sociální cítění člověka, mnoho zelené však může způsobovat depresivní efekty; děti týrané a sexuálně zneužívané často používají zelenou v kombinaci s červenou, mnohdy v bizarních aplikacích barev.
- Šedá barva – snižuje intenzitu barvy vedle ní ležící, je kompromisem mezi bílou a černou, inklinují k ní workoholici, společně s černou a hnědou je to barva, již používají děti z dětských domovů a depresivní klienti.
- Hnědá barva – je barvou země, pokory, askeze a barvou trpělivých, solidních, spolehlivých a silných jedinců, preferují ji proto lidé beroucí na sebe práci a odpovědnost, již nechce nikdo přijmout, příliš hnědé barvy ale působí opět depresivně.

- Fialová barva – představuje spiritualitu, někdy asociuje strach, smutek a utrpení, někdy pokání. Odstín purpurové však vypovídá o jisté okázalosti a výjimečnosti.
- Oranžová barva – je kombinací žluté a červené, to znamená životní energie, sexuality a intelektu, pomáhá mobilizovat lidi, kteří upadli do letargie a deprese, je to barva extravertů, mládí, síly, nebojácnosti. (Šicková-Fabricsi, 2002; s. 116 – 120)

Velmi oblíbené v psychologické praxi jsou kresebné testy, jež však arteterapeuti nebývají přijímány tak pozitivně především kvůli své zjednodušené interpretaci pouze výsledku a jeho detailů. Měly by být používány jako součást testové baterie při zjišťování úrovně kognitivních schopností, jemné motoriky, vizuálně-sociální percepce. Po dokončení kresby by měl následovat standardizovaný rozhovor zjišťující interpretaci výtvaru. V artefaktu je pak posuzována velikost objektů, množství detailů, umístění objektů, četnost oprav, ruce a rysy obličeje, linka, ale i například oblečení postavy. Jedním z nejpoužívanějších testů u nás je Říčanem přeložený Kresebný test lidské postavy (Ogdon DAP) a Kochův Baum Test – podle našeho názoru je kresba stromu nejvíce vypovídajícím testem vůbec vzhledem k hloubce tohoto testu. Často jsou užívány rovněž testy kresby domu, začarované rodiny nebo osoby trhající jablko ze stromu (Granttová, 2000), test imaginace ve smyslu pro souvislosti podle čtyř slov cesta – světlo – člověk – hlas. Mimo kresebné testy jsou hojně využívány i barvové testy, za kvalitu, hloubku i náročnost interpretace hovoří Lüscherův test a Rorschachův test – oba testy mají však jak své zastánce, tak své kritiky – a důvody jsou zřejmé. (Šicková-Fabricsi, 2002)

2.3.2 Typické indikace obrazně-vizuálního vyjádření

Příklady indikací, které uvedeme, považujeme za fundament vzdělání jak arteterapeuta, tak učitele výtvarné výchovy na jakémkoliv stupni – protože i ten může jako jeden z mála v učitelském sboru indikovat prostřednictvím výchovy tolik stimulující subjektivitu a individualitu zásadní potíže žáka. V přílohách demonstrujeme ukázky ke každé problematické oblasti. Diagnostiku tak závažných problémů, jako uvedeme, a upozornění na ně si může ovšem dovolit pouze zkušený arteterapeut nebo psycholog, se kterým by měly být případné nejasnosti ve výtvarné činnosti konzultovány. Jednak je zde riziko diferenciální diagnostiky a její neznalosti a jednak domněnek na základě jedné výtvarné exprese, což je irrelevantní.

Výtvarná exprese může být klíčovým faktorem v úspěšné intervenci a diferenciaci Syndromu týraného a zneužívaného dítěte (Child abuse and neglect), nebo jeho forem Syndromu sexuálně zneužívaného dítěte (Child sexual abuse) a Syndromu komerčního sexuálního zneužívání dětí (Commercial sexual exploitation of children). Statistiky a odhady takto zneužívaných dětí mluví o neskutečných číslech a procentech a zároveň poukazují na jasnou korelaci s alkoholismem v rodině. Pocity a projevy chování zneužívaného a týraného dítěte, taktéž dítěte zanedbávaného, můžeme sledovat právě ve výtvarném projevu, kdy nefunguje v takové míře autocenzura. Nacházíme tedy v obrazně-vizuálním vyjádření projekci celkového regresu osobnosti, velmi negativního sebepojetí spojeného s pocity viny, špíny, destrukce a nenávisti ke svému tělu (především pak k sekundárním pohlavním znakům), dále projekci předčasné sexuality, suicidálních tendencí. Výjimkou nebývají asociativní poruchy osobnosti a útoky do fantazie. Ať už je výtvarná technika jakákoli – od kresby až po práci s hlínou – je zřetelný projev archetypu násilí a ignorace hranic. V kresbě a malbě se pak nejčastěji objevují tyto symboly: „kresba postavy s nohama od sebe (pocit zranitelnosti; těla jsou bez rukou a bez ramen (neschopnost odolávat násilí); postavy oblečené ve vyzývavých šatech; tváře s dlouhými řasami; hlavy bez těl; těla bez spodní části a ignorovaná spodní část těla (odmítnutí genitální oblasti); dezorganizace částí těla; ohraničení a uzavření postavy; časté použití zelené a červené a jiných kombinací komplementárních barev tam, kde jsou neobvyklé (například červené dveře, červená okna, červený déšť); umělecký regres kresby; kruhy a klíny; srdcovité tvary; slzy, déšť a kapky.“ (Šicková-Fabrici, 2002; s. 70) Výše uvedené symboly ovšem nejsou dogmatem.

Další specifickou skupinou jsou sociálně znevýhodnění, zvláště pak Romové tvořící majoritu v dětských domovech. O indikaci sociálně znevýhodněných hovoří Šicková-Fabrici, přičemž se domníváme, že je jednou z mála autorek dotýkajících se arteterapie s Romy. Především u dětí z dětských domovů se nezdá setkávat se ADHD, ADD, dyspraxií, dysgrafií, oligofrenií a podobně – jednou z příčin těchto poruch je bezesporu právě citová deprivace a bazální nejistota. O to více tyto děti vyhledávají haptické vjemy, jejichž zdrojem se může stát výtvarná činnost. Výtvarná tvorba jim pomáhá mimo jiné i zprostředkovávat morální hodnoty společnosti. Zvláště pro romské děti je typická disponibilita s netradičními barevnými kombinacemi, kreativitou a nekonvenčním viděním reálného světa. Podobná je arteterapie s vězni, kteří se vyrovnávají s odnětím svobody, s citovou deprivací a s přívaly agrese, která může prostřednictvím výtvarného projevu sublimovat.

Asi nejčastěji publikovaná jsou výtvarná díla schizofreniků a maniodepresivních psychotiků, mezi něž se řadí i spousta umělců. Výtvarná činnost zde funguje jako most mezi vnitřním světem nemocného člověka a okolním světem, zároveň umožňuje náhled na vlastní nemoc. Pro schizofrenii je charakteristické opakování námětů, užívání symbolů smrti, utrpení a falických symbolů. Objevují se bizarní a strnulé figury i jejich jednotlivé části, kterou jsou často různě pokroucené, dále jednotlivé oblasti obrazu nabývají efektu geometričnosti a fragmentičnosti. Výtvarník na sebe upozorňuje nejen neobvyklou barevností, disproporcionalitou a prostorovou disorganizací, ale i nevídaným smyslem pro detail a snahou vyplnit maximálně celý prostor formátu. Projev bipolární afektivní poruchy se liší podle aktuální fáze. Jedinci v manické fázi užívají četné falické symboly a projevy euforie, o čemž svědčí i zaujímavší výběr barev. Jako celek působí výtvarník netrpělivě – kompozice je chudá a nedbalá, linie jsou rovněž nedbalé, typický je opět zcela zaplněný formát čili strach z prázdna. Pokud se jedinec nachází v depresivní fázi cyklu choroby, jsou výtvarné artefakty příznačné tmavými barvami, strohostí a minimem vložené energie a zájmu o tvoření. Protože obě onemocnění jsou fázická, mají jistou podobnost v bipolaritě projevů odcizení se sobě sama nebo naopak přeplnění. A tak i kresba je buď typicky ornamentálně maximálně zaplněna, nebo stroze poloprázdná.

Díky pedagogické praxi jsme sami zjistili, že inteligence hraje v tvorbě jakožto v kreativité obrovskou roli, což nás velmi zaskočilo. Intelektový deficit není sto pojmut základní zákonitosti kompozice ani proporcionality. Výtvarná tvorba se může stát pro jedince s mentální retardací nejschůdnější cestou k učení se novému, ať už v oblasti sociálně-psychologické nebo čistě kognitivní, a hlavně k poznávání souvislostí, jejichž chápání bývá nejproblematičtější. Často platí, že jedinci s mentálním handicapem vnímají svět kolem sebe pouze pomocí emocí, proto se jedná o subjekty velmi emočně senzibilní – to kresba taktéž odhaluje a napomáhá pochopení vztahu těchto emocí a smyslu událostí v societě.

Pomineme-li moderní názory na autismus a jeho vymezení, to znamená, zaměříme-li se na těžší formy poruchy autistického spektra, zjistíme, že výtvarný projev autistických pacientů je charakteristický snahou o kompenzaci absentující verbální komunikace s okolím a tedy kompenzaci autistické „samoty“. Dále je při zaujetí činností typická snaha zachytit skutečnost co nejvěrněji a nejdetailněji, což se daří především výjimečně nadaným jedincům s diagnostikovaným Aspergerovým syndromem. (Šicková-Fabrizi, 2002)

Existuje celá řada cílových skupin arteterapeutického působení, z nichž každá má svá specifika. My jsme uvedli ty nejznámější a nejzávažnější. Dále bychom mohli rozsáhle

hovořit o arteterapii například zdravotně postižených, o pacientech trpících bludy nebo halucinacemi, ovšem to už není předmětem naší práce.

3 ARTETERAPIE ZÁVISLÝCH NA ALKOHOLU

V úvodu této kapitoly ještě jednou zdůrazníme zásady arteterapie, které jsou pochopitelně aplikovatelné rovněž na léčbu závislých na alkoholu. Pacient, nebo klient chcete-li, zde vždy dobrovolně, záměrně a aktivně vytváří své výtvarné dílo, které potom reflektuje a vypráví o něm. Tím dochází ve větší míře k sebeuvědomění, sebereflexi prostřednictvím verbalizace obrazného vyjádření a zapojení narativu. Prezentace výtvaru a příběhu s ním spojeného před terapeutem, popřípadě i před skupinou, a dialog s ním umožňuje zpětnou vazbu a pomoc při utváření významů. Pokud je tvorba výtvaru na stejné téma zopakována po již proběhnuvší reflexi, pacient může zpětnou vazbu získanou od ostatních zapracovat do nového díla, čímž dále vznikají nové významy a souvislosti v problému s alkoholem.

Z těchto důvodů se klade důraz na prezentaci díla, dialog o něm a následnou reflexi – umožňuje pacientovi získat náhled na vlastní situaci a souvislostmi mezi významovými rovinami. Navíc rozhovor o vyjádření přináší sekundárně rozvoj sociálně-personálních kompetencí, které je důležité nepodceňovat kvůli přípravě pacienta na odchod z léčebny a jeho následné fungování. Tvorba obrazně-vizuálního vyjádření tedy koreluje tvorbou narativu. V kompetenci terapeuta je potom nejen podpora v tvorbě, ale i moderování prezentací a dialogů, popřípadě individuální terapeutický rozhovor při potřebě krizové intervence.

Prezentace obrazu a k němu se vzájemnému příběhu značně odpovídá prezentaci vlastní identity. To je příčinou, proč se předpokládá přetváření identity během přetváření příběhu vznikajícího na základě zpětné vazby ostatních. Identita závisí na stylu obrazu i žánru příběhu – během tvorby se otevírá možnost změnit styl obrazu i žánr příběhu.

Připomeneme zde tak zvaný Brunerův narativní modus, podle něhož dynamiku příběhu a tvorby jakožto hlavní motiv určuje především strach a úzkost – pracujeme na úrovni vědomé i nevědomé metafory pacienta. To znamená, že ústřední motiv něco vypovídá o podstatě vztahu klienta k jeho problému. Proto refigurace obrazně-vizuálního vyjádření a příběhu může poskytnout prostřednictvím změny hlavního motivu a vztahu k němu právě změnu v rámci identity.

Pacient má tendenci tvořit první obrazy hlavně za cílem výstižného finálního efektu vizuálně-obrazného vyjádření, ale postupně se začíná zaměřovat více a více na proces než na výsledek. Tím roste expresivita a tím i vypovídající hodnota o subjektivním prožívání

autora. Nespontánnost v tvorbě neumožňuje náhled ani pacientovi ani terapeutovi, léčebný proces tedy nikam dále neposouvá. Tomu opět odpovídají změny v žánru souvisejícího vyprávění, v němž jsou postupně metaforicky řešeny vlastní problémy. Určitý problém, v našem případě závislost na alkoholu, ale zůstává pojítkem všech děl i narativů, přestože vztah k němu a jeho pozice se mění. (Štěpánek, Čermák; 2009)

3.1 Techniky využívané v arteterapii závislých na alkoholu

Domníváme se, že všechny arteterapeutické techniky by se daly aplikovat na práci se závislými klienty, konkrétně závislými na alkoholu. Přesto zde rozlišíme techniky, které se nejčastěji v arteterapii s alkoholiky skutečně používají, a techniky, které se využívají i v jiných sférách arteterapie, ale rovněž by měly nést potenciál objevení vztahu klienta k alkoholu a k problémům s ním spojených. Pro větší přehlednost si je pojmenujeme jako techniky specifické, to znamená ty, jejichž zadání je v alkoholické léčbě osvědčené, a techniky obecné, to znamená ty, o nichž se dočteme, ale obvykle se v alkoholické léčbě nazadávají přestože by mohli přinést podobné informace o klientovi a jeho prožívání.

Každé sezení by mělo začínat uvolňujícími technikami, popřípadě seznámením s novými členy. Uvolňující techniky odpovídají sociálně-psychologickému výcviku, kterým musí projít každý terapeut. Techniky by měly rozvíjet jednak sociální a personální kompetence – v první řadě komunikaci a asertivitu – jednak vytvořit příjemnou a uvolněnou atmosféru během sezení. Předpokládáme však, že kvůli nedostatečným časovým dotacím určeným arteterapii v jakémkoliv zařízení jsou tyto uvolňovací techniky často opomíjeny, což může ubírat na efektivnosti samotných arteterapeutických technik.

Ať už se jedná o jakoukoliv techniku, vždy by jí měla předcházet krátká motivace k činnosti. Při motivování skupiny musí terapeut myslet na to, že každý člen má jinou povahu a jiné preference, to znamená, že by se měl snažit zaujmout jak choleriky, tak flegmatiky, jak osoby orientované na vztahy, tak osoby orientované na výkon, jak osoby s převládající vizuální představivostí, tak osoby s představivostí spíše kinestetickou, a tak dále. Motivace může proběhnout formou dialogu se skupinou na téma další práce nebo formou skrytého smyslu práce, který bude objasněn až na konci, nebo naopak formou přiblížení tematiky a jejích kontextů nebo formou možnosti srovnání se s nějakou známou

osobností na poli výtvarného umění i kdekoliv jinde nebo formou řízené imaginace nebo formou propu. Prop je vstupenka do fikčního světa, ve kterém se odehrává samotná tvorba, do světa, kde se fantazii meze nekladou (například: Představte si, že židle, na které právě sedíte je létající koberec, a odnese vás o deset let zpátky na místo, jenž...).

A stejně tak, jako musí být arteterapeutická i jiná technika uvedena, musí být i nějak ukončena. Tím ukončením je reflexe dané techniky a pocitů jí vyvolaných. Bez reflexe se technika velice snadno mine očekávaným cílem, protože až reflexe vede k uvědomění si pravého smyslu předešlé činnosti a ke vztažení k vlastní osobnosti – reflexe poskytuje zpětnou vazbu o získané dovednosti nebo poznatku, ve skupině navíc umožňuje také zpětnou vazbu od ostatních členů. Reflexe pomáhá pojmenovat to, co dosud pojmenovat nešlo, pomáhá vyhledat vlastní problém, což je první krok k jeho řešení, pomáhá svépomocí tato řešení nacházet. V rámci arteterapie je závěrečná reflexe obzvláště důležitá, protože prostřednictvím obrazně-vizuálního vyjádření se může klient sám dostat až k obsahům, jež byly díky obranným mechanismům zachovávajícím integritu osobnosti schovány do nevědomí a jejichž zpětné vyvolání může jedince silně traumatizovat – terapeut během reflexe toto trauma odhalí a vhodně intervenuje, nebo ho odhalí sám klient a sám porozumí jeho příčině. Nevýhodou je, především u klientů a pacientů s intelektem kolem pásma lehčího podprůměru, že se musí reflektování teprve naučit – neumí mluvit o svém problému ani diskutovat. V případě alkoholismu a jeho léčby velká část pacientů přistupuje ke svému problému pasivně, o čemž mimo jiné vypovídá i výtvarná tvorba, proto očekává, že jejich problém s alkoholem bude vyřešen během léčby jaksí sám a za přispění snahy odborníků, nikoli za snahy samotného pacienta.

3.1.1 Specifické techniky

Jednou z velice často používaných a hodně vypovídajících technik v alkoholické léčbě je tak zvaný Akční akvarel. Do namočené čtvrtky jsou zapouštěny pomocí štětce akvarelové barvy jakkoli bez řádu. Pokud vznikne jednodušost obrazu nebo pacient sám chce, je možné zapustit ještě tuž, čímž je vyvolán větší dojem kontrastu. Natřený papír je lehce omyt pod tekoucí vodou, což může učinit i pacient sám – omytí obrazu vodou symbolizuje jakousi očistu. Po zaschnutí je celé dílo dotvářeno tužkou, kdy se doplňují a zvýrazňují jednotlivé skvrny, linie a tvary, které se klientovy asociují s konkrétními bytostmi, věcmi. Samozřejmě se často stává, že autor ve svých skvrnách „nic nevidí“,

v tom případě by měl dostat více času a být povzbuzován v dalším hledání podobností. Protože tato technika pracuje s vysokou mírou abstrakce, které se de facto při zadání nevymezují jasnější hranice, je vypovídající potenciál díla a jeho interpretace obrovský. Ztvárněné symboly ve většině případů odpovídají tomu, čím se autor právě nejvíce zaobírá, co ho nejvíce trápí – pokud je autor pacientem v alkoholické léčebně, měl by se zaobírat nejvíce svou závislostí, problémem abstinence a řešením situace, ale i dosavadních životních uspořádání, která byla pravděpodobně chybná. Prostřednictvím tvarů, barev a jejich kombinací vyjadřuje pacient svůj postoj k závislosti, ale i pocity strachu například ze ztráty rodiny a zázemí, z neschopnosti najít životní cíle či z celkové deziluze. Pacienti sami nebo s pomocí terapeuta a jeho dotazování hovoří o bezbrannosti, neschopnosti se ubránit, o nízké nebo vysoké motivaci řešit své problémy. Metodou asociace se od ryze abstraktních tvarů dostáváme přes ztvárnění zvířat, osob, rostlin či budov k možným příčinám i důsledkům aktuálního psychofyzického rozpoložení, jež je zasazeno do kontextu dlouhodobějšího stavu jedince spojeného s řešením otázky závislosti (na alkoholu, často současně na herních automatech).

Další z nejméně používaných technik je Já a moje závislost. Pacient dostane zadané toto téma, které se pokouší podle svých možností uchopit a ztvárnit. V léčebně jsme se setkali pouze s kresbou pastelkami. Pastelky nejsou v žádném případě dogmatem, je to však pro pacienty často nejjednodušší forma obrazně vizuálního vyjadřování, proto se pacient nemusí tolik soustředit na to, jak vystihnout vlastní myšlenky kvalitativně na úrovni, a získává tím prostor a čas soustředit se hlavně na tok nápadů, souvislostí a pojítek. Pro autora může být problémem právě toho diskutované překlenutí se před pocit vlastní neschopnosti věrně vystihnout na papír myšlenkovou skutečnost – například oproti akčnímu akvarelu, kde vzniká líbivý barevný obraz, kde se „jenom“ zvýrazňují obrysy a nemusí se kreslit ani vymýšlet nic tolik konkrétního. A tak si autoři často mimoděk dopomáhají přepisováním slov a náznaky slovního popisu věcí a situací na obraze. Přestože jsou ztvárňovány zcela konkrétní objekty, nevyhýbá se pacient ani jisté míře abstrakce, kdy abstrakce i konkrétnost reprezentuje celý komplex symbolů. Druhou verzí ztvárňování tématu Já a moje závislost (už název tématu evokuje vztah, souvislost mezi mnou a alkoholem) může být lepená koláž novinových výstřižků, která mnohem více potlačuje pocit z vlastního výtvarného neúspěchu. Koláž může být dokreslována, ale nemusí. I když je autor, dalo by se namítnout, omezen výběrem obrázků v novinách a časopisech, volí tematicky paralelní obrázky a vztahy mezi těmito vystřižovanými obrázky k objektům tvořeným kresebnou formou. Pacient, stejně jako u všech technik, interpretuje své dílo a

přidává k němu další dimenzi tím, že obraz přirovnává ke svému životnímu příběhu (především zde spatřujeme obrovskou provázanost mezi arteterapií a narativní terapií). Tímto aktem objasňuje sám některé ze symbolů, velkou část si však neustále neuvědomuje, kvůli cenzuře slovního projevu. Společně s terapeutem se pokouší nalézat význam dosud neodkrytých symbolů v obraze. Hodnotí se výběr barev, kompozice, uspořádání, vzájemné velikosti obrazů i výskyt typických psychoanalýzou pojmenovaných symbolů. Často bývá například zobrazován člověk uvězněný v lahvi nebo püllitru, kde symbol alkoholu je větší než člověk, nebo symbol klece, která brání člověku žít normálním životem. Kromě toho, že si pacient uvědomuje svou podřízenost alkoholu, dává v tomto případě nevědomě najevo svůj pasivní přístup k léčbě i řešení své závislosti, často očekává, že bude vyléčen doktorem a terapeutem, nikoliv že se vyléčí sám díky své vůli. Domníváme se, že tento pasivní přístup převládá u pacientů, kteří se léčí se svým alkoholismem již poněkolkáté (a právě takových je v léčebně celá řada s přihlédnutím k faktu, že vyléčení představuje doživotní abstinenci, a k faktu, procentuální úspěšnosti léčby).

Váhy, aneb co mi závislost dala a vzala, představuje další zadávané téma, které má pacient kresebně vyjádřit na papír a následně interpretovat. Pacienti kreslí veliké rovnoramenné váhy, kde jednu stranu tvoří negativa pití alkoholu a druhou pozitiva. Negativa i pozitiva mohou být kresleny, ale častěji je vypsán pouze jejich výčet nad každou miskou. První věc, kterou terapeut hodnotí, je naklonění vah, které bývá pacientem kresleno zcela podvědomě, protože mysl je zaujata vymyšlením důvodů pití a nepití. A tak je velmi častý výjev vyrovnaných vah znamenající nejasný postoj k budoucí nutné doživotní abstinenci i celkově ke smyslu léčby, přičemž výčet negativ a pozitiv bývá stejně rozsáhlý. Mimo naklonění vah a jednotlivých argumentů hraje nezanedbatelnou roli rovněž skupina argumentů, se kterou pacient začíná.

Technika, která bude rovněž rozebírána prakticky v druhé části naší práce, je Moudrý stařec. Samotné tvorbě předchází relaxace a imaginace. Pacienti ve skupině jsou vyzváni k uklidnění se, k relaxaci a k odpočinku, k soustředění se na vlastní tělo a na rytmus svého dechu. Následuje vybavování si představ řízené terapeutem. Cílem je představit si krajinu, kterou protíná jakási cesta. Pacient má procházet touto krajinou po této cestě, na které potká moudrého starce, jemuž může položit libovolnou otázku a stařec mu na ni dává nějakou odpověď. Poté se pacient s moudrým starcem rozloučí a odchází po cestě imaginární krajinou zpět, čímž vlastně končí imaginace. Vyprávění terapeuta by mělo navodit příjemnou atmosféru, která by měla vydržet i během dokončování imaginace, přechod z imaginace do reálného světa by měl být proto pozvolný, pomalý a hlavně musí

být pro pacienty příjemný, uklidňující. Po dokončení imaginace pacienti kreslí (opět libovolným způsobem, ale opět z důvodů časových i dovednostech převážně s volbou pastelek), co ve svých představách viděli, to znamená krajinu, cestu, starce, sebe. S hotovým obrazem v ruce vypráví každý svůj příběh a hlavně to, jakou starci položil otázku a jak na ni stařec reagoval. Velmi často jsou v krajině zobrazovány hory jako symboly mužnosti, mužství. Často na základě dalších informací o pacientovi a jeho jiných prací zjišťujeme, že zde došlo k nějakému zranění, ponížení jeho mužské role, zjišťujeme souvislost s vyšší vzrušivostí a sexualitou, které často kompenzují problematické vypořádání se s primární vztahovou postavou, tedy s otcem. Dalším často zobrazovaným symbolem je vykreslení horizontu jakožto pozitivního hledění do budoucnosti při současném uvědomění si nastalých nesnází. Zajímavá je pro nás i barevnost, uspořádání kompozice, pravidelnost nebo naopak nepravidelnost jednotlivých objektů na obraze, postoj pacienta ke starci a rozdíly ve velikosti obou postav. Postoj postavy pacienta k postavě starce by mohl demonstrovat postoj k vlastní závislosti a odvaze ji začít odpovědně řešit.

3.1.2 Obecné techniky

Spíše uvolňující technikou umožňující bližší seznámení s výtvarnou tvorbou jako takovou jsou Hmatové obrazy. Po papíru o velkém formátu A1 jsou rukama roztírány práškové barevné pigmenty, vzniklý obrazec je poté dotvořen pastelem. Námětem je zosobnění vlastního JÁ do vymyšlené figury boha nebo bohyně a obraz má charakter životního příběhu, který vznik figury doprovází. Primárním cílem je katarze a uvolnění, hlavně během roztírání pigmentu po papíře. Navíc toto roztírání by mělo zabránit nápodobě či převzetí jiné známé figury. Sekundárně figury představují archetypy životních rolí.

Další uvolňující technikou zlepšující vztah k výtvarnu a zvyšující výtvarné sebevědomí klienta je Zvlněná krajina inspirovaná van Goghem. Pastózní akrylová barva je nanášena na sololit v tlustých vrstvách, do nichž se ryje nejrůznějšími předměty (hřebenem, vidličkou a podobně). Klient si při tvorbě má představit nejhezčí krajinu na světě, která mu imponuje nebo kterou vnímá jako domov a útočiště.

Imaginární kontakt se zvířecím spojencem umožňuje technika Totemové zvíře. Zvíře symbolicky odráží vědomím potlačené vlastnosti, které si buď člověk odmítá přiznat,

nebo které mu chybí a chtěl by je získat. Samotné tvorbě předchází řízená imaginace, kdy si pacienti představí vtělení se do libovolného zvířete a typické životní situace v jeho kůži, to znamená vžití se do zvířecích rolí. Poté zvíře ulehne ke spánku a promění se zpět na člověka, který si vybaví toto zvíře, jeho jméno nebo s ním spojená hesla a vlastnosti. Tohle všechno, co pacient prožije během imaginace je označeno za jeho tajemství, což by mělo vést ke zvýšení energetického potenciálu a funkčnosti. Z písmen hesla je na papír zhotovováno zvíře libovolnou výtvarnou technikou, písmena jsou libovolně dotvořena. Vzniká znak, který se zvířeti podobal nebo nepodobal. Pro diskuzi je zásadní výběr zvířete a heslo, které ho reprezentuje. Diskutuje se také o tom, proč je jak dotvořeno.

Zajímavou technikou se zdánlivě nestrukturovaným zadáním je Zaplňování prázdnoty, které však předchází diskuze o tom, co je prázdno obecně a co může znamenat prázdno pro každého jednotlivce. Pokládá se otázka, jak lze takové prázdno zaplnit z hlediska času i z hlediska prostoru – tato otázka se jinými slovy ptá na to, co jedinci chybí a proč. Následuje ztvárnění zaplňování prázdnoty pomocí akvarelu, popřípadě tuše a uhlu pro dotvoření.

Velmi hluboko zasahující se může stát tak zvané Zvíře, které nosím v sobě. Jde o ztvárnění zvířete, jakým pacient byl, jakým se cítí být v současnosti a jakým by chtěl být nebo bude muset být v budoucnosti. Autor této techniky volí instrukci kresby všech tří zvířat do jednoho obrázku, čímž se setkal většinou s nepochopením ze strany pacientů, kteří nejčastěji vybírali pouze jedno ze zvířat. Zajímavější by podle našeho názoru bylo vyzkoušet kresbu každého zvířete zvlášť, což by v případě závislých na alkoholu mohlo poukazovat na jejich vztah k závislosti i k její léčbě a rehabilitaci škod způsobených závislostí na úrovni rodiny, zaměstnání a podobně. (Babyrádová; 2009)

3.2 Denní program v Alkoholické léčebně Dobřany

Léčba závislých na alkoholu nestojí pouze na arteterapii, ale především na strukturaci „volného času“, který pacient během své hospitalizace má k dispozici. Úmyslně se zaměřujeme na alkoholickou léčebnu, konkrétně v rámci Psychiatrické léčebny Dobřany, protože z jejích pravidel a postupů čerpáme v praktické části diplomové práce. Ambulantní léčba a denní stacionáře rovněž podporují strukturaci času a režim dne jako primární prevenci znovuzrození se závislosti. Stručný popis jednotlivých oddělení zabývajících se léčbou závislosti na alkoholu je uveden v přílohách.

Řád dne od pondělí do pátku vypadá na oddělení závislostí na alkoholu následovně:

- 6.00 – budíček
- 6.30 – sčítání
- 6.45 – rozcvička, kterou vede určený pacient
- 7.00 – snídaně, komunita
- 8.00 až 11.00 – aktivity jako pracovní terapie, arteterapie
- 11.00 – oběd
- 12.00 – přednáška psychologa, doktora či jiného odborníka zpravidla na témata závislosti, například dopady na zdraví nebo na psychiku
- 13.15 – terapeutická skupina střídaná s aktivitami, skupina vychází tak na jedince zhruba dvakrát do týdne
- 14.30 – osobní volno, které je možné využít též individuální terapií
- 17.00 – večeře
- 17.30 – úklid
- 18.00 – program, kdy je sledována projekce či pořad v televizi o závislosti
- 19.00 – sledování zpráv na ČT1
- 20.00 – program, kdy je sledována projekce či pořad v televizi o závislosti
- 22.00 – večerka

V sobotu a neděli má vyjma níže popsaných bodů každý pacient osobní volno. Během tohoto volna bývají za pěkného počasí pořádány společné procházky po okolí léčebny. Dalšími alternativami trávení volného času jsou mimo jiné psaní deníku, četba, kreslení v ateliéru, dokonce i sport – léčebna je vybavena hřištěm, kurty, pingpongovým stolem a podobně.

- 13.00 a 15.30 – sčítání pacientů, jehož hlavním důvodem jsou o víkendu útky (především za alkoholem)
- 20.00 – společenský večer aneb program připravený pacienty, kdy jeden pacient připravuje večerní program pro zbytek skupiny v závislosti na vlastních preferencích, zájmech a dovednostech

Pokud si pacient zařizuje ve svém volném čase nějaké povinnosti mimo areál léčebny, například na úřadě v Plzni, vždy musí podstoupit dechovou zkoušku při návratu zpět. Přitom pohyb mimo areál je pouze na speciální vycházku, která je udělována jen v nejnnutnějších případech. Zde existuje rozdíl mezi vycházkami během léčby mužů a

během léčby žen. Celá tato kapitola, potažmo celá diplomová práce je zaměřena na léčbu alkoholismu u mužů, pro srovnání ale uvedeme rovněž situaci na ženském oddělení. Ženy na rozdíl od mužů dostávají dovolenky (například na týden), aby mohli navštívit rodinu. Tento fenomén je určován psycho-sociálními aspekty předpokládající, že žena potřebuje pro své znovu-fungování daleko větší podporu rodiny, ale faktickými aspekty, protože pobyt žen v alkoholické léčebně trvá o měsíc déle než pobyt mužů, to znamená čtyři měsíce.

Za plnění jednotlivých bodů v programu, ale i za úroveň psaného deníku, pořádek, plnění funkcí vyplývajících z denních povinností nebo za úroveň spolupráce s personálem léčebny, získává každý pacient daný počet bodů. Na oddělení existuje žebříček s bodovým umístěním jednotlivých pacientů, z vyšších pozic vyplývají jisté výhody, což by mělo motivovat k jejich dosahování.

PRAKTICKÁ ČÁST PRÁCE

1 METODOLOGIE VÝZKUMU

V praktické části se budeme věnovat v první řadě přípravě výzkumu, to znamená jeho metodice, týkající se vymezení základní výzkumné otázky a v závislosti na ní rovněž stanovení hypotéz. Poté se zaměříme na analýzu metod, jež použijeme, a na výběr anticipantů a jejich obrazně vizuálních vyjádření. Pomyslný druhý oddíl výzkumné části je jeho realizace, rozbor výsledků a diskuze k nim. V úvodu je nezbytné zdůraznit, že se jedná o výzkum kvalitativní, který je prováděn v Psychiatrické léčebně Dobřany, konkrétně v arteterapeutické dílně, kam dochází na skupinovou i individuální terapii pacienti léčící se ze závislosti na alkoholu, případně rovněž z gamblersství. Celý výzkum je koncipován na bázi teoretických východisek výše popsaných, jež nám sloužily jako vodítko k pochopení všech možných souvislostí k bio-psycho-sociálnímu rozpoložení pacienta alkoholické léčebny, ale i souvislostí k práci arteterapeuta.

1.1 Výzkumná otázka

Protože je arteterapie v rámci Dobřanské alkoholické léčebny pojata spíše psychoanalyticky, bude této koncepci odpovídat i náš výzkum, který bude zaměřen tedy na analýzu pacientova prožívání aktuální situace a jeho schopnosti toto prožívání vyjádřit verbálně či vizuálně. Naše otázky nesměřují k potvrzení a vyvrácení statistických nebo prototypických informací, nýbrž ke konkrétnímu člověku s přihlédnutím ke všem jeho individuálním odlišnostem. Z toho vyplývají následující výzkumné otázky:

- Co jsou jednotlivé arteterapeutické techniky schopny zjistit o individuui?
- Jak odpovídá analytický rozbor díla pacienta jeho osobní anamnéze, popřípadě jeho sociální a toxikologické anamnéze?
- Jak se projevuje alkoholismus ve výtvarné tvorbě, především v kresbě?
- V jaké míře si je schopen pacient uvědomovat proměnné ve svém obrazně-vizuálním vyjádření a vyvozovat z toho patřičné důsledky pro své postoje k problémům spojeným s alkoholem?
- V čem tedy tkví úspěšnost či neúspěšnost arteterapie závislých na alkoholu?

1.2 Popis metod

Původně jsme plánovali do výzkumu zařadit mimo rozboru výtvarného díla ještě kazuistiku a rozhovor. Bohužel ale získat informace od jednotlivých ošetřujících lékařů a psychologů je prakticky nemožné i mezi odděleními, natož v případě „cizího“ člověka. A stejně tak je tomu se získáváním interview s pacienty. Našimi zásadními metodami výzkumného posuzování se tedy staly pouze osobní anamnéza, rozbor výtvarného artefaktu a v neposlední řadě pozorování vyplývající ze stáží v alkoholické léčebně.

Snažili jsme se, aby u každého jednotlivého pacienta byly použity minimálně dvě výtvarné techniky doplněné jeho osobní, případně i sociální a toxikologickou anamnézou. Užití více než jedné techniky má mnohonásobně vyšší vypovídající hodnotu a zároveň umožňuje vzájemné dokreslení souvislostí. Při porovnávání více prací od jednoho pacienta si všímáme podobností a výrazných rozdílů hlavně ve ztvárnění pozadí, sebe sama, v opakování symbolů a ve změnách volby barev – vidíme tak zvané autorovo stylizační schéma čili ustálený způsob vyjádření prostřednictvím expresivní tvorby, který je příznačný pro tvorbu jedince, skupiny nebo celé kultury v určitém období. (Slavík, 2000) Na pozadí stylizačního schématu, které je víceméně neměnné, můžeme ale zaznamenat z dlouhodobějšího hlediska vývoj pacienta, jeho postoje k problému jakožto jeho užití a interpretace symboliky. Jednotlivé techniky (psychoanalytického rázu) jsou popsány podrobně v teoretické části práce. U všech účastníků výzkumu nemohly být použity shodné techniky z důvodu neustálé výměny pacientů. Jedinou technikou stejnou pro všechny je Moudrý stařec.

Jednotlivé techniky by měly svým sdělením doplňovat informace osobní anamnézy, která je získávána většinou rozhovorem zaměstnance s konkrétními pacienty a následným zprostředkováním. Ve dvou případech se stala cenným zdrojem pro dokreslení osobní anamnézy prakticky jiná metoda. V prvním případě se jedná o deník, který si každý pacient alkoholické léčebny musí psát a který slouží jako nástroj poznání psychologům a jimi vedené skupinové terapii. Analýza textových dokumentů má své četné klady i zápory. Nevýhodou je hlavně fakt, že dostáváme data, jejichž obsah ani formu nemůžeme nijak ovlivňovat (například na rozdíl od rozhovoru). Tím je ale na druhou stranu omezena možnost zkreslení při analýze. Písmo a úprava jistě také hrají svou roli. Ve druhém případě byla využita arteterapeutická metoda Čára života doplněná o inquiry, neboli pacientovu interpretaci všech úseků křivky. (Miovský, 2006)

2 VÝSLEDKY A DISKUZE

V následující kapitole se pokusíme popsat aplikaci vybraných metod na konkrétní případy. Zároveň budeme výsledky výzkumu komentovat. Analýzou výsledků výzkumu bychom se měli postupně propracovat k odpovědím na výzkumné otázky, jež jsou primárním cílem celého výzkumu. Z důvodů vysvětlených v metodické části prezentujeme na každém z vybraných pacientů různé techniky o různém počtu.

2.1 *Pacient A*

První pacient, kterého jsme velmi formálně pojmenovali jako Pacient A (dále jen PA), vypracoval dva obrázky – Moudrý stařec, Moje závislost. Navíc se nám dostal do rukou jeho deník, který se stal velice hodnotným zdrojem informací a ze kterého jsme si vypsali několik poznámek, jež tu budou prezentovány. Je nezbytné zmínit, že deník si musí psát denně nebo téměř denně všichni pacienti. S psycholožkou potom probírají své zápisky ve skupině i individuálně, psycholožka během pročitání deníků připisuje vlastní poznámky, postřehy a dotazy k zamyšlení pro pacienta. Protože deník PA ilustruje docela zajímavým způsobem minulost, současnost i pravděpodobnou budoucnost, budeme se hned po uvedení základních údajů o pacientovi nejprve věnovat právě tomuto artiklu.

2.1.1 Osobní anamnéza

Krátká osobní anamnéza PA představuje informace, jež získal doktor Blažek během výkonu arteterapie. Některé z nich jsou nepřesné a nedostatečné, některé byly dokonce nepatrně odlišné od informací uvedených v deníku. Nesrovnalosti byly hlavně typu nerozlišení manželství/partnerství, nerozlišení počtu sourozenců (jednoho bratra PA totiž vůbec nezmiňuje a jeden je mrtvý, takže dochází na základě jeho nedostatečného vysvětlení k záměně) a podobně. Následující informace jsou už upraveny tak, aby maximálně odpovídaly skutečnosti.

PA, který se narodil roku 1981, nastoupil do léčby s problémem patologického hráčství a závislosti na alkoholu, v minulosti měl též zkušenost krátkodobějšího charakteru

s abúzem pervitinu. Pochází z rodiny s nižším sociálním statusem, v současnosti má jednoho sourozence, bratra, druhý bratr spáchal na podzim loňského roku sebevraždu. V rodině vždy měl a doposud má PA problematický vztah s otcem, kterého líčí jako despotického a cholerickeho, tvrdé tělesné tresty nebyly výjimkou ani za drobnější prohřešky. PA vzpomíná na otcovu chladnou reakci, kdy se jako malý chlapec nešťastnou náhodou popálil benzínem. Po absolvování základní školní docházky pracoval v živočišné výrobě. S přítelkyní, se kterou není ženatý, má malého syna. Postupně začal pít, v ebrietě zkoušel hrát automaty. Než se rozvinulo patologické hráčství, experimentoval s pervitinem, přítomny byly halucinogenní stavy. Zadlužil se, má četné půjčky, přítelkyně uvažuje o rozchodu. Momentálně absolvuje PA druhým měsícem léčbu v alkoholické léčebně, po jejím ukončení půjde pravděpodobně bydlet na ubytovnu.

Nejzásadnější problém, který právě řeší, je nevyjasněný vztah s otcem, rád by si s otcem promluvil. Jednalo by se o krátký rozhovor, kterému by předcházela korespondence. Přetrvávající odstup a respekt k otci se promítá do veškeré tvorby PA.

2.1.2 Deník

Z deníku, který jsme celý přečetli, jsme si udělali několik poznámek, kde jsme se snažili zachytit nejdůležitější události v životě PA stejně tak, jako nejzřetelnější změny v jeho prožívání a postojích během pobytu v léčebně. Protože poznámky z deníku jdou za sebou chronologicky tak, jak je psán deník, mohou působit poněkud chaoticky. Deník je hustě popsaný sešit formátu A5.

Z úvodu deníku lze vyčíst o předcházející léčené závislosti na drogách, konkrétně na pervitinu. Nynější závislost na alkoholu doprovázela též závislost na hraní automatů. K léčbě v alkoholické léčebně byl PA dotlačen přítelkyní, s níž má malého syna, protože mu naznačila rozchod v případě nelepšícího se stavu a jeho neřešení. Začátek deníku je věnován hlavně zmiňované přítelkyni, kterou má PA velice rád a nechce o ni v žádném případě přijít, stejně tak jako o syna. Podle všeho, co PA píše do deníku, záleží i partnerce na něm – což je zřetelné jednak z ochoty řešit problém s alkoholem společně s PA a dotlačení do léčby, jednak z pacientem popisovaných častých telefonátů, kde se partnerka zajímá o stav a o pokrok PA. Partnerka s dotyčným dle deníku řeší rovněž budoucnost, snaží se mu shánět zaměstnání.

Poté začíná řešit PA ve svém deníku otce, ze kterého do současnosti přetrvává silné trauma. V dětství byl dotyčný často a nepřiměřeně bit, v důsledku čehož začalo docházet k enurézám. Během pobytu v léčebně dospěl PA k potřebě vyřešit tento vztah s otcem, konkrétně se ho chce zeptat, proč ho otec tolik bil. Matka se otce vždy zastávala, zřejmě se ho také bála. Velmi zajímavé je, že otec je v deníku psán vždy s velkým „O“. Už duchovní symbolika Otce jako Boha vypovídá o jistém druhu nadřazenosti, nedosažitelnosti, ale i odosobnění a odstupu. Tato projekce do písemného verbálního projevu je samozřejmě nevědomá, protože pacient je přes své nižší vzdělání schopný rozlišit, kde se velké písmeno píše a kde nepíše. PA tak nevědomě potvrzuje pravdivost svého sdělení. Druhým obrovským traumatem je nedávná smrt bratra, se kterou se PA zjevně ještě nedokázal vyrovnat. Bratr spáchal sebevraždu na podzim loňského roku. S mrtvým bratrem měl PA dobrý vztah, trávil s ním hodně času. De facto vůbec se ale PA nezmiňuje o druhém bratru, o kterém padlo slovo jen mimoděk v souvislosti s návštěvou přítelkyně v léčebně, kterou měl druhý bratr přivést autem. Nakonec ale neměl čas.

Během užívání drog, kdy žil v podstatě na ulici, vykazoval PA suicidální myšlenky, dokonce proběhlo i několik „pokusů“ o suicidium, pokusy však nikdy nebyly dokonány ze strachu, z nedostatku sil sebevraždu dokončit. PA například ve svém deníku barvitě popisuje, jak kdysi seděl v Praze na Nuselském mostě, hleděl z něj dolů a uvažoval o skoku, současně si kamenem rozedíral kůži na zápěstí v místě viditelného pletence žil. Kolemjdoucí lidé na něj koukali a pokřikovali, aby slezl z oplocení. Nakonec slezl. PA byl pravděpodobně labilní osobnost již od dětství kvůli otcí a na otce se odvolává i v souvislosti s pozdějšími suicidálními tendencemi. Nabízí se otázka, zda stejné trauma z otce neprožíval i bratr, kterému se ovšem suicidium podařilo dokončit. Okolnosti sebevraždy bratra v deníku ale popisovány nejsou.

Zmíněn je i fakt, že byl PA krátce vězněn, nikde však neuvádí důvody, pravděpodobně byly důvodem však drobnější krádeže kvůli nedostatku financí na zaplacení drog. Dále PA zmiňuje nepochopení zbytku rodiny a okolí toho, proč se šel léčit, přestože nepil denně a nebyl většinou příliš opilý.

Postupně se přestává řešit i vztah s otcem, přestává se i řešit vztah s přítelkyní, PA se zaměřuje na aktuální situaci v léčebně, co se děje každý den, co kdo řekl, co ho rozcílilo a co potěšilo. PA začíná podrobně rozebírat sám sebe a svou budoucnost. Často se objevují negativní pocity a negativní zkušenosti, PA působí, že je se vším nespokojený, sám přiznává vlastní podrážděnost. Ke konci deníku přiznává, že budoucnost s přítelkyní je velmi nejasná, že uvažuje o samostatném bydlení alespoň na nějaký čas.

Přestože o sobě tvrdí, že má obecně problém s komunikací a je uzavřený a k neznámým lidem odtažitý, podle informací od terapeutů i poznámek psycholožky dopsaných do deníku se ve skupinových diskuzích v rámci terapie i v diskuzích mimo terapii dosti zapojuje. Na konci deníku sám přiznává, že přes svou domnělou uzavřenost začíná trochu komunikovat se spolupacienty i s personálem.

2.1.3 Technika Moudrý stařec

Ztvárnění starce, krajiny, cesty i vzájemných postojů koreluje s informacemi získanými z deníku PA. Na obrazu níže není možné přehlédnout symboliku tří a dvou – tři nebo dva stromy, ptáci, pařezy, houby. Tři objekty mohou symbolizovat PA, jeho přítelkyni a dítě, dva mohou symbolizovat PA a otce. Ořezané kmeny, pařezy poukazují na strach ze ztráty, ze zranění, jsou vlastně ukončením něčeho živého. Pták představuje velice často touhu někam uniknout, uniknout ze situace. Osamělá houba v horní části obrazu porušuje pravidlo tří a dvou, čímž působí jako hrozba osamění, které si PA dobře uvědomuje a které po propuštění z léčebny bude zřejmě nevyhnutelné do té doby, než se vyřeší vztahy s partnerkou, otcem, finanční problémy. Setkání PA se starcem je ztvárněno dvěma postavami, z nichž jedna má černé brýle a popisek „Může za to vše postoj, výchova rodičů?“ Tím může být myšleno matčino přehlížení týrání ze strany otce, což je pravděpodobně jednou z hlavních příčin úniku do drog, následně do alkoholu a gamblerství. Osoba s hůlkou je podle slov PA otec, hůl je jednak jedním z typických znaků moudrého starce, jednak v tomto případě může zobrazovat i prostředek pro trestání druhých, zbraň. Postava PA je nepatrně vyšší než postava starce – otce, výškový rozdíl je spíše zanedbatelný, mohl by znamenat jistou míru náhledu na situaci získanou v léčebně, kde byl a stále je nevyřešený vztah s otcem hojně diskutován. Povšimneme-li si barevnosti, jasně převládá zelená barva, která v malé míře působí uklidňujícím dojmem, ale v míře nadměrné, navíc zde umocněna hnědou a šedou, působí spíše depresivně.



2.1.4 Technika Moje závislost

Z hlediska geneze je obrazně-vizuální vyjádření na téma Moje závislost nejnovějším artefaktem PA. Dochází zde kde ztelnému posunu v myšlení i postoji k celé situaci. PA si uvědomuje, že závislost a bažení z jeho života nikdy nezmizí, ale zároveň ví, že vše je v jeho hlavě – což je znázorněno i na obrázku. PA se chtěl spojit s otcem a učinit s ním rozhovor pro něj tolik zásadní, ovšem otec není v současné době rozhovoru nakloněn. Pacient byl vyzván, aby si přehrál imaginativní rozhovor s otcem ve svých představách a představil si možné otcovy reakce. S postupem času se PA srovnává s faktem, že otec není tak nadřazený a tolik „Bůh“, jak ho vždycky vnímal. V době, kdy PA kreslil tento obraz, došlo jednak ke zmíněné změně ve vztahu k otci, jednak ke změně ve vztahu k přítelkyni – PA už ví, že s ním přítelkyně zůstane po jeho návratu z hospitalizace.

Opět jsou hodně užívány zelené barvy, jež možná vyjadřuje trochu bázeň z budoucnosti a jejich uvědomovaných si těžkostí. Tomu odpovídá podle našeho názoru i velikost ztvárnění sebe sama. Postava PA se nesměje. Celý obraz ale působí dojmem, že

PA má v hlavě srovnány všechny události, jejich příčiny i nutné důsledky a že se chce ze svých dosavadních chyb poučit. Přístup k vlastní závislosti není pasivní, což je nesmírně pozitivní. Ve středu myšlenek a představ se nachází přítelkyně a dítě, ale i abstinence. Rybárna je vnímána negativně, protože je místem, kde PA nejvíce nadužíval alkohol. Od Rybárny vede řada problémů až ke stavu „alkohol, bez práce, rodinné problémy“, což opticky uzavírá kruh konče opět v Rybárně (jedná se zřejmě o hospodu, kde se schází rybáři). PA dává stopku drogám, přičemž si vybavuje silný zážitek vlastního suicidálního chování pod vlivem drog – tento výjev je kombinací zelené a černé barvy, působící silně depresivně, těžce. PA stále zastává názor, že všechny potíže začaly v rodině, je si vědom vlastní minulosti, kdy byl týrán otcem, bral drogy, byl ve vězení.



2.2 Pacient B

K druhému pacientovi se nám bohužel nedostalo tolik materiálu jako k PA. V případě PB disponujeme stručnou osobní anamnézou a obrazem Moudrého starce.

2.2.1 Osobní anamnéza

Ve věku 36 let se léčí PB v Alkoholické léčebně Dobřany ze své závislosti na alkoholu. PB pochází z početné rodiny, se svými dvěma bratry se již několik let nestýká kvůli rozporům, které blíže nechce specifikovat. V kontaktu je pouze se svou sestrou, s níž má kvalitní vztah, po dokončení léčby mu přislíbila bydlení u sebe. PB je vyučený, momentálně rozvedený. Z manželství má dvě děti ve věku 11 a 16 let, kterým by rád nahradil dobu své pijácké kariéry, vztahy se obnovily a podle něj mají perspektivu. V současnosti má partnerku, ke které má vřelý vztah a která ho dosti podporuje i během léčby. PB uvažuje o společném životě s touto partnerkou. V minulosti se pokoušel o suicidium, což je zřetelné i v jeho obrazně-vizuálním vyjádření.

2.2.2 Technika moudrý stařec

PB se ve své imaginaci a následně i ve svém obrazu ptá moudrého starce, jaký je smysl života. Stařec odpovídá, že smysl musí PB hledat, protože každý na něj musí přijít sám. Položená otázka a rovněž starcova odpověď koresponduje s pacientovým pokusem o sebevraždu v minulosti. Celý obraz působí oproti předešlému velmi pozitivně. Autor sám změnil postoj k životu, váží si jej, nechtěl by si už zopakovat ani suicidium ani závislost na alkoholu. Gesto starce působí jako objetí čili otevřenost, sebepřijetí. Rovněž barevnost starce působí optimisticky, zelená v této kombinaci vyjadřuje naději, osobnostní růst, nebo alespoň touhu po něm. Svou roli tady sehrává podporující přítelkyně a sestra. Dalším pozitivním objektem je zde ztvárněný horizont, znamenající jistý náhled na současnou situaci, ale jasnou představu o prvních krocích v hledání smyslu života, v boji proti alkoholismu, který nikdy neskončí. Podle slov PB představují horizont skalnaté vrchoviny, což opět evokuje jistou míru nejistoty a obtížnosti při zdolávání budoucnosti. Symbolika

jednoho stromu a tři stromů na druhé straně nápadně připomíná možné pocity osamělosti v současnosti a vidinu přítelkyně a dvou dětí na druhé straně, které jsou zatím vzdáleny, avšak ne nepřekonatelně. PB ztvárnil na obrazu sám sebe otočeného a směřujícího ke starci, který pro něj představuje hledaný smysl života, a natahováním ruky tímto směrem, ať už ve smyslu loučení, nebo pozdravení, působí rovněž pozitivně. Shrňeme-li vše, co můžeme vyčíst z obrazně-vizuálního vyjádření PB, musíme konstatovat, že autor se snaží hledat smysl života, snaží se postavit na vlastní nohy a bojovat s nepřízní osudu, přičemž si uvědomuje, že ne vždy to bude jednoduché a že za úspěchem stojí mnoho práce. S tímto přístupem má PB velkou naději léčbu úspěšně zvládnout a žít normálním životem.



2.3 Pacient C

Následující pacient C (dále jen PC) nám poskytuje k analýze mimo obvyklého Moudrého starce a Mojí závislosti navíc tak zvanou Čáru života. Techniku Čára života jsme v teoretické části nezmiňovali, protože se podle našeho názoru jedná sice o grafické znázornění průběhu života a nejdůležitějších životních událostí pro daného jedince, ale v podobě pouze výčtu událostí a jejich popisu na papír. Jinými slovy, nemusíme se zde zabývat symbolikou obrazně-vizuálního vyjádření jako u ostatních v teoretické části vysvětlených technik. Pouze minimum lidí je natolik iniciativní a obrazotvorné, aby svou životní linii doplnilo o obrázky. V tomto případě rozbor Čáry života supluje osobní anamnézu, jde vlastně pouze o alteraci způsobu, jak získat informace o předcházejícím a současném životě pacienta.

2.3.1 Technika Čára života

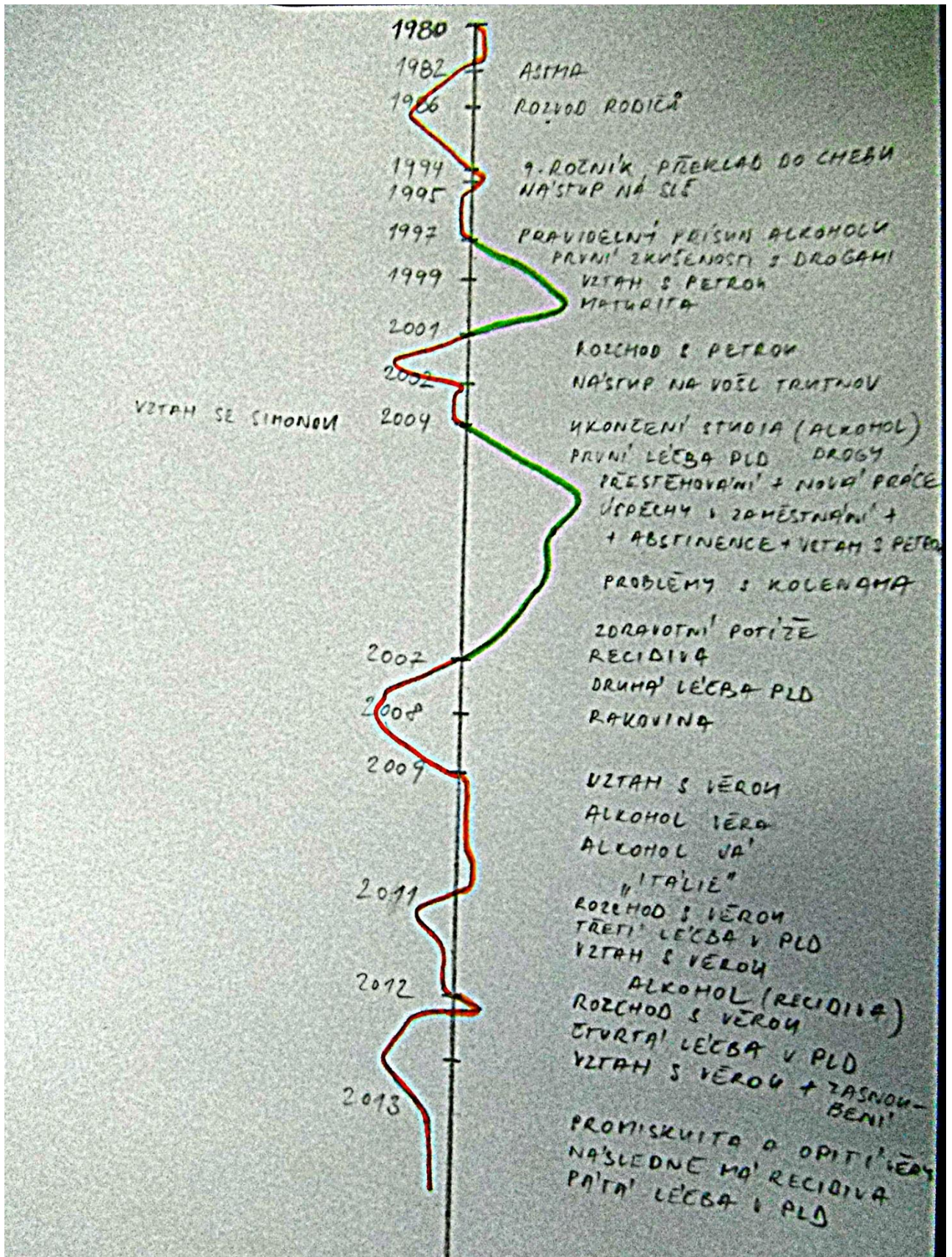
PC je starý 32 let. Další konkrétní data v životě PC si lze prohlédnout níže. Pro naše účely jsou podstatné vyplývající skutečnosti, v první řadě ta skutečnost, že současný pobyt v alkoholické léčebně není první, ale již pátý. Silným okamžikem pro PC je rozvod rodičů v jeho šesti letech. Důvodem byla agresivita otce a jeho pijáctví. V polaritě zabarvené do červena znázorňuje pacient silně negativně prožívaná období, zelené zbarvení křivky naopak vypovídá o pozitivněji hodnocených, řekněme občas až šťastných period života. Spouštěči recidivy byly ve všech případech rozchody a opětovné návraty partnerek.

Podíváme-li se na čáru života PC, všimneme si, že šťastnější období byla vlastně jenom dvě. První takové období bylo těsně před maturitou, kdy se podle vlastních slov cítil PC nejlépe. Měl uspokojující vztah se slečnou, byl zde přítomen alkohol, ale i jiné drogy. Druhým významným obdobím v pozitivním slova smyslu bylo po ukončení studia, kdy už byl PC po prvním léčení alkoholismu. V tomto období abstinence dostal PC relativně dobré zaměstnání, kde zanedlouho zaznamenal i kariérní růst. Tento moment je zeleným vrcholem celé křivky. Poté už nabírá křivka stále zápornějších hodnot.

Z velké části je čára života červená, negativně vnímaná, což vysvětluje PC jako reakce na nejrůznější zklamání ve svém životě. Důležitým momentem bylo zjištění rakoviny, kterou se nakonec podařilo vyléčit a nebezpečí tak zažehnat. Následoval nestabilní a střídavý vztah s partnerkou, každý rozchod byl spojen s alkoholem. Poslední

ránou byla podle jeho vlastních slov promiskuita přítelkyně, o níž se dozvěděl poměrně nešťastnou cestou, kterou ale dále nerozebírá. Od roku 2011 do současnosti, tedy do začátku roku 2013, je tento poslední pobyt v léčebně zaznamenán jako třetí, což znamená, že prodlevy mezi jednotlivými recidivami se velice rychle zmenšují. Tento pobyt je ze strany psychologů a terapeutů vnímán de facto jako rozhodující, čemuž je podřízeno vedení celé jeho terapie, to znamená tak, aby si sám PC uvědomil, jaká vyvstávají rizika při nedodržení abstinence. Všeobecně ale převažuje skepticismus až pesimismus ohledně možnosti normálního plnohodnotného života bez alkoholu v případě PC.

Ze ztvárnění křivky života a z komentářů k ní se dozvídáme, že matka PC nebyla uspokojena vztahem s otcem (se kterým je PC stále v kontaktu), ani vztahem s otčímem. Otázkou zůstává, zda PC nehledá poté ve svých vlastních vztazích tu nedostatečnou a nenaplněnou lásku vlastní matky, odrážející se i v mateřské lásce, protože každý vztah a následný rozchod ho rozhodil natolik, že nebyl schopen se s ním vypořádat jinak než abúzem alkoholu.

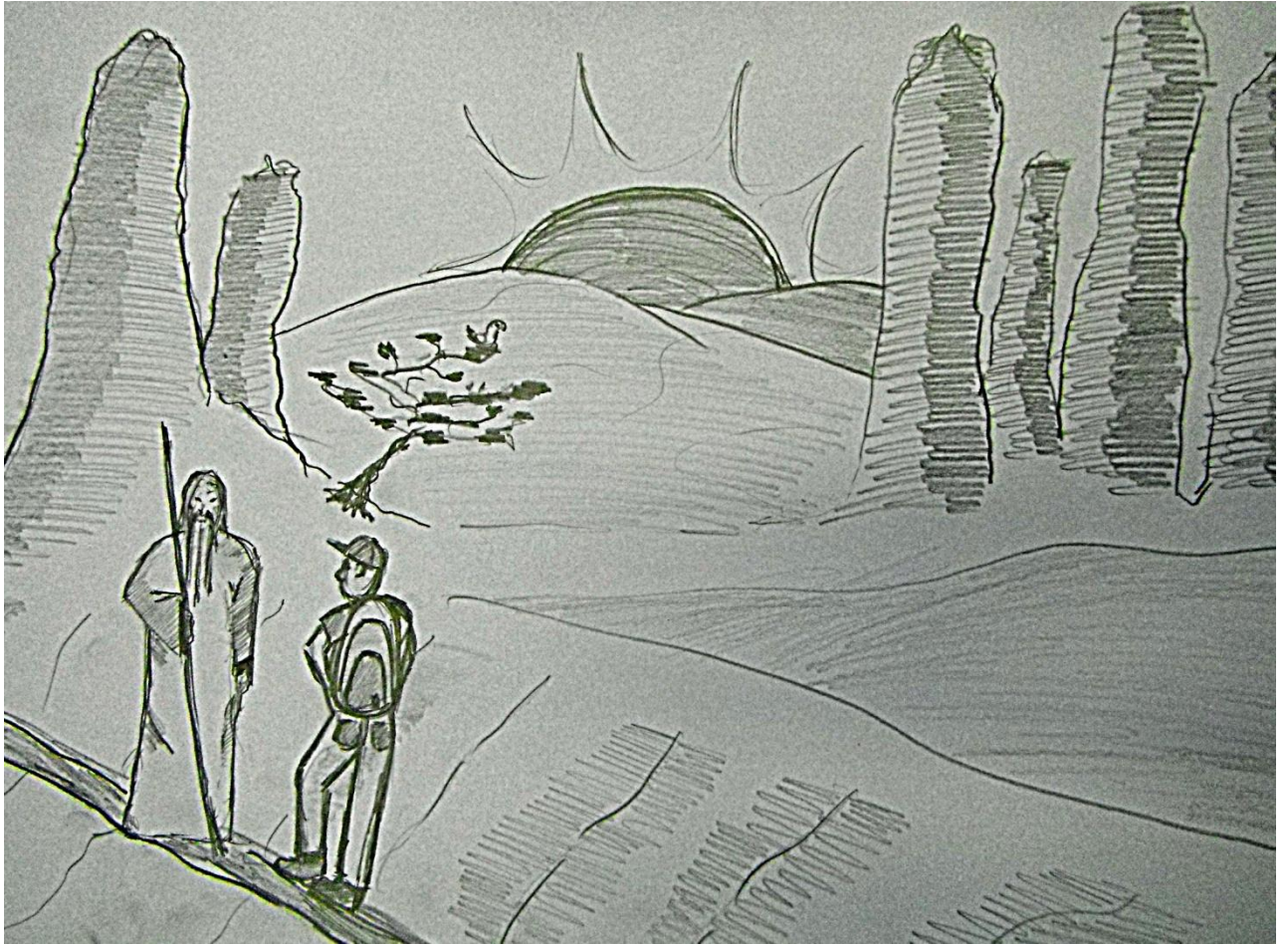


2.3.2 Technika Moudrý stařec

První věcí, která na obraze PC upoutá pozornost, jsou výrazné maskulinní prvky, což je dáno hned několika faktory. Faktorem může být špatný vztah s agresivním a pijícím otcem, který přetrvává dodnes, přestože PC je s otcem v kontaktu (pravděpodobně jde o kontakt spíše formálnějšího rázu) a přestože s otčímem má PC vztah relativně dobře fungující vztah. Druhým zásadním faktorem je několikanásobné zranění v oblasti vztahů, kdy vztah s matkou je spíše spekulativní, jak jsme naznačili výše, ovšem zranění ze vztahů s jednotlivými partnerkami jsou bez diskuze, především pak v případě poslední partnerky, o jejíž nevěře se dozvěděl velmi znepokojivým způsobem. V tomto případě bylo jeho mužství opakovaně sráženo a ponižováno, s čímž se snaží PC bojovat neustálou kompenzací. Tato tendence je zřetelná i na obraze, kde je symbol mužnosti zmnožen, jakoby jeho ztvárňování saturovalo neuspokojené potřeby v oblasti vztahů, sexu, ale i sebeúcty. Ve skutečnosti jsou tyto žádané hodnoty neustále devalvovány.

Děj, kdy se autor obrazu setkává se starcem, je umístěn do čínské krajiny, jak je později autorem také vysvětleno z důvodu tendence tíhnout spíše k východní filosofii než k naší západní. Osamocené skály, hory jsou téměř prototypickým falickým, maskulinním a tvarem otcovským symbolem poukazujícím na nevyjasněný vztah s otcem, na komplikované vztahy k partnerkám a s tím spojená tabu v sexualitě a současně s tím spojené obrovské libido – charakterizované silnou potřebou uvolňování a dosahování libida. Jak sám tvrdí PC, alkohol pro něj vždy znamenal výhradně prostředek pro uvolnění, případně zbavení se studu. Nejen tak výrazné falické prvky v obraze, ale i okolnosti vztahů a okolnosti opětovných relapsů, dá-li se to tak v případě alkoholu říci, poukazuje na neschopnost se kvůli uspokojení ovládat. Tato neschopnost by mohla vysvětlovat jednak nadužívání alkoholu, jednak střemhlavé pouštění se do vztahů, které po zvážení klidnou hlavou nemůžou fungovat.

Mimo skály zde funguje jako falický symbol rovněž starcova hůl a strom s ptákem. Baťoh vyjadřuje to, co si PC nese na vlastních bedrech – především celou řadu potíží. Zároveň PC však uvádí, že baťoh přikreslil, protože chodí rád a hodně na túry. Postoj postavy PC je uvolněný, směřuje čelem ke starci, uvědomuje si své nedostatky, ale v jejich efektivním odstraňování působí poněkud bezradně, o čemž vypovídá taktéž rozdíl ve velikosti obou postav. Krajina je víceméně pustá, kresba není barevná, jediným použitým nástrojem byla tužka – to vše umocňuje působení maskulinních symbolů.



2.3.3 Moje závislost

Závislost je na obraze ztvárněna jako velké kolo, u kterého si pacient není jist, kam se převalí, jestli pryč nebo na něj. Je zde zřetelný pocit, že PC nedisponuje dostatečnými silami pro zvrácení „temné budoucnosti“, silami pro překonání dosavadních problémů a jejich důsledků. Přestože postoj PC vůči závislosti není zcela pasivní, není ani dostatečně silný na boj se závislostí – kouli se snaží odvalit na druhou stranu pouze foukáním, přičemž nemůže použít vůbec své údy. Na ruku chybí dlaně a prsty, kterými by mohl PC působit na kouli, což působí jako vyjádření jisté bezmoci v diskutovaném souboji. Nohy jsou zabořeny do země, osoba není schopna se hýbat, nemá ani oči, takže nevidí. PC přiznal, že má sám obavy z přijetí vlastní zodpovědnosti, o které v současnosti hodně přemýšlí, stejně tak jako o určité životní změně – v léčbě není zdaleka poprvé, a proto je celá terapie vedena v duchu změny těch životních postojů, které by umožnily lépe se závislosti postavit a lépe se postavit i celé řadě potíží každodenního života. PC si nutnost

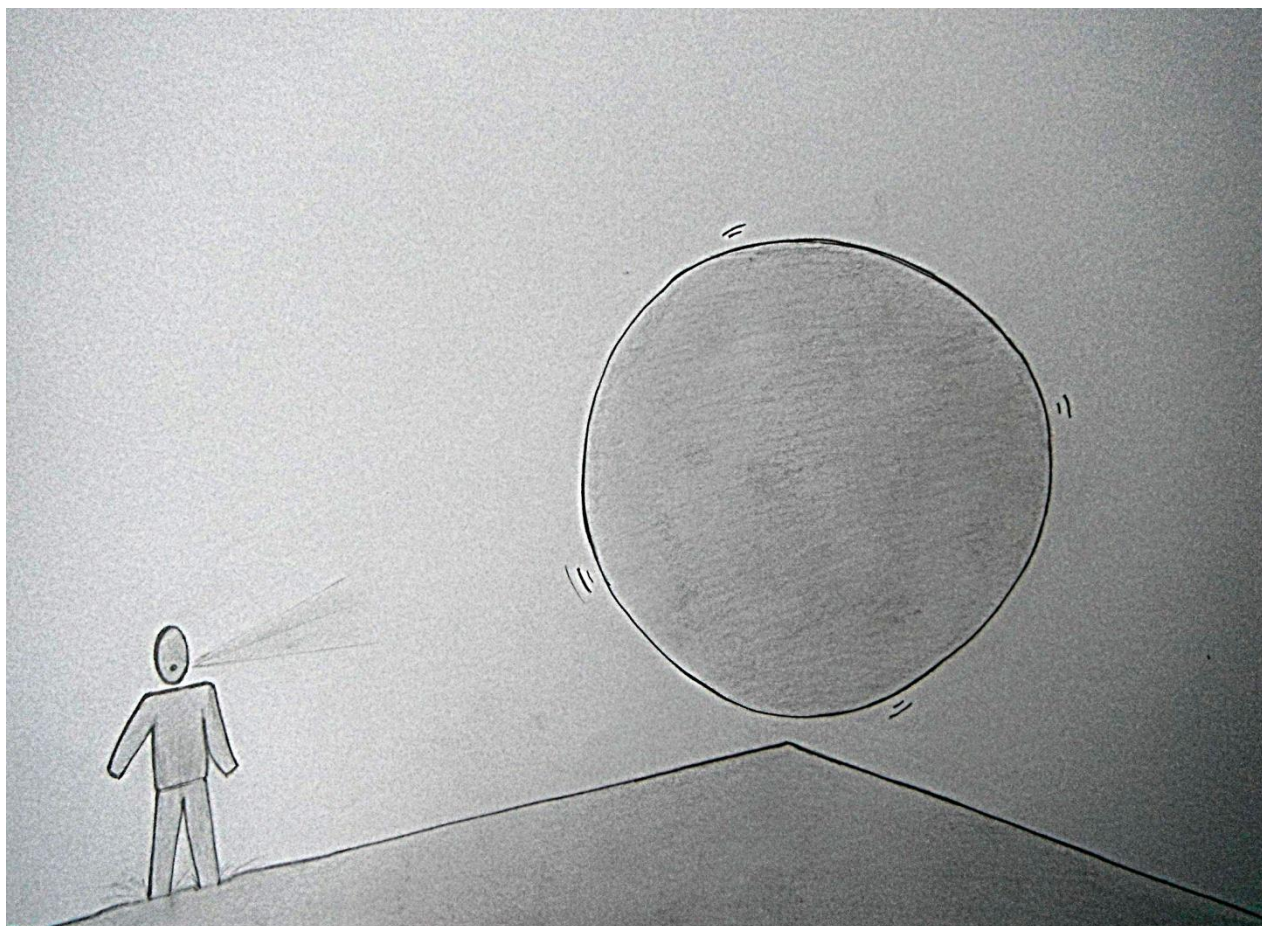
změn uvědomuje, uvědomuje si rovněž, že tento pobyt je pro něj poměrně zásadní z hlediska vztahu k alkoholu, současně podléhá ale reálným obavám, že stanovený úkol je nad jeho síly.

V obrazně vizuálním vyjádření chybí oblast kontaktu se závislostí, což opět evokuje pochybnosti ze zvládnání svých nastávajících rolí, protože (jak již bylo několikrát řečeno) je v léčebně již poněkolkáté, tento poslední pobyt je vnímán ze strany lékařů a terapeutů jako poslední rozhodující – a právě toto období hospitalizace se již také blíží ke konci, PC je zde už třetím měsícem. Kouli taktéž chybí kontakt se zemí, jako by se vznášela stejně, jako se vznášejí ve vzduchu problémy, působící až depersonalizovaně a nedotknutelně, to znamená neměně. Odosobnění je patrné rovněž z opakující se kresby tužkou, bez použití barev. Šedá barva je barevně neutrální, zdůrazňuje odstup PC od problému, ale i jeho nejistotu ve zvládnutí a nízkou sebedůvěru. Opakovaný výběr tužky značí do jisté míry i emoční přízemnost a strach z opětovného zklamání, což odpovídá osobní anamnéze s četnými životními nezdary především v oblasti vztahové.

Celé terapie přináší poznání, že PC má potíže s vyjadřováním vlastních silnějších pocitů – veškeré psychoterapeutické, potažmo arteterapeutické, snažení je směřováno k abreakci emocí a vlastně také k jejich uvědomění. Především ve výtvarném projevu, pro který je typický výběr šedé tužky a určitá geometričnosti, je zřejmé, že PC si nadměrně hlídá vlastní vyjadřování a vlastní emoce. Během zpracovávání hlíny v arteterapii, jehož výsledek se nám bohužel nepodařilo zachytit, ale jehož výsledek odpovídá symptomům kresebně arteterapie, byl PC vyzván, aby symbolicky ztvárnil konkrétní silnou emoci, v tomto případě hněv. Na tento popud však vznikla plastika velmi estetizované formy. Jednalo se o kouli s rozrušovaným povrchem, jež byla umístěna v nádobě. Stěny nádoby byly nahoře zborcené směrem dovnitř tak, že kouli částečně zakrývaly. PC byl terapeuticky vyzván k tomu, aby svůj hněv a vztek vyjádřil do hlíny gestem, aby tyto emoce odžil, vložil je do hlíny a hlavně dal jim volný průchod.

To, že pacientovi chybí dostatečná sebedůvěra, pravděpodobně snižovaná primárně agresivním otcem, sekundárně nevěrnými partnerkami, je vidmo jak na obraze Moje závislost, tak na obraze Moudrý stařec. Objevuje se snaha kompenzace špatného sebezpojetí snahou podávat vysoké výkony a klást si příliš vysoké cíle (v Moudrém starci reprezentováno strmými skalami, zde reprezentováno koulí nepoměrně větší než je postava PC). Ztvárnění starce i závislosti vykazuje jisté podobnosti. Jednak obojí představuje zásadní a aktuální problém v životě pacienta, jednak se tady objevuje analogie s otcem a jednak v obou případech stojí nad postavou autora. Společnou proměnnou by mohl být

obecně vztah k autoritám, vyplývající ze vztahu k otci (ve ztvárnění starce je efekt umocněn velkou holí, která je zároveň prezentací velkého falického symbolu a zároveň dominance) a charakterizovaný až jakousi servilností, ústupností a neschopností bránit se ani prosadit se vůči autoritě, kterou se nejspíš stává každý, kdo je dominantnější než PC. Stejně tak má PC pocit, že se neubrání a neprosadí vůči závislosti.



ZÁVĚR

V závěru se pokusím shrnout odpovědi na základní výzkumné otázky, které již byly zodpovězeny částečně v analýze výtvarných artefaktů a v diskuzi k nim. Stejně tak se pokusím shrnout smysl a přínos celé práce jako celku, kdy praktická část práce významně doplnila a obohatila teoretické poznatky získané ze současné literatury. Úmyslně uvádím současné, protože arteterapie je poměrně mladým psychoterapeutickým odvětvím se všemi svými zvláštnostmi a specifiky a zásadní posun je v této oblasti zaznamenán hlavně v časovém horizontu posledních dvou desetiletí.

Na základě vlastní zkušenosti jako autora obrazně vizuálního vyjádření té které techniky i na základě analýzy děl pacientů docházím nutně k závěru, že jednotlivé techniky jsou schopny zjistit o individuuum mnohem více, než si je individuuum schopno samo jednak přiznat a jednak vůbec uvědomit. Těmito obsahy, vyvolanými z nevědomí a aplikovanými na výtvarné zpracování konkrétní tematiky, jsou v první řadě dávno zapomenuté zážitky z dětství, přecházená zranění v oblasti vztahů s rodiči, sourozenci a partnerny, ale i potlačené a kompenzované pocity vlastní neschopnosti v určitých časových obdobích či v určitých situacích, což je pochopitelné, přihlédnou-li k tomu, že jsem se věnovala psychoanalyticky orientované arteterapii. Důležité je ale také upozornit na fakt, že informace vyplývající z výtvarného projevu musí být konfrontovány s informacemi získanými rozhovorem či anamnézou, jinak fungují pouze na bázi spekulace.

Analýza výtvarného artefaktu samozřejmě odpovídá životním událostem uvedeným v osobní anamnéze, což je z výzkumné části práce evidentní. Zajímavá je však otázka, do jaké míry je pacient schopen si uvědomit sám svou vlastní užitou symboliku. Domnívám se, že pacient si užití symboly a obsažnost svého sdělení formou kresby není schopen uvědomovat – to, co nakreslil, se sice snaží vždy nějakým způsobem racionalizovat, ale spíš takovým způsobem, aby se ukázal v co, pokud možno, nejlepším světle. Rovněž se domnívám, že pokud by si pacienti uvědomovali plně smysl symbolů, které se objevují v jejich dílech, pozbyla by analyticky směřovaná arteterapie svého smyslu, protože by začala fungovat stejným způsobem jako například řeč, to znamená pod silnou cenzurou a diktaturou vědomí. Na druhou stranu zastávám ale pozitivní pohled na vyvozování důsledků z interpretovaných symbolů – myslím si, že pacienti jsou většinou schopni po vysvětlení terapeutem přijmout „nové“ skutečnosti a změnit na jejich základě některé své zjevně neosvědčené postoje. Samozřejmě, že můj pozitivní pohled bude trochu přemrštěný,

podíváme-li se na to, jak hovoří statistiky o recidivě závislých na alkoholu i na dalších psychotropních látkách.

Tím se dostáváme postupně k otázce úspěšnosti a neúspěšnosti arteterapie na poli závislosti. Úspěšnost v této oblasti není měřitelná, protože arteterapie funguje jako jedna z celé řady dalších terapií v rámci léčby závislosti, co do úspěšnosti bychom tedy museli porovnávat výsledky léčby a statistiky léčby za vyřazení arteterapie s léčbou za využití arteterapie. V každém případě ale spatřuji úspěšnost v urychlení procesu pacientova sebeuvědomování si vlastních silných i slabších stránek v boji se závislostí a v urychlení získávání informací o pacientovi terapeutem.

Poslední otázkou čekající na zodpovězení je, jak se alkoholismus projevuje v tvorbě. V praktické části jsme viděli, že existují nějaké prototypické možné symboly a ztvárněné scény, které se často objevují. Neexistuje zde však žádné dogma a výtvarné dílo alkoholika není, obecně řečeno, ničím specifické (jako je tomu naopak v případě různých závislostí na halucinogenech, opiátech, solvenciích apod.). Omezení takových specifík je zčásti dáno i tím, že do arteterapie se dostávají jedinci až po detoxu a po minimalizaci abstinčních symptomů, jedinci, kteří si uvědomují, proč v léčbě jsou a proč by se chtěli vyléčit. Z teoretické i praktické části se ovšem dovídáme, že se často jedná o jakési pseudopocity, kdy jedinci stále nemají vyjasněný svůj vztah k závislosti – tady je úkolem právě arteterapie, jež je schopna tyto pocity dešifrovat, aby nějakým způsobem zakročila a pomohla pacientovi lépe se vyznat ve vědomých i nevědomých aspektech vlastních pocitů a tužeb.

RESUMÉ

Teoretická část práce je věnována sběru dat z odborné literatury v oblasti závislosti, především pak alkoholismu, v oblasti psychoterapie, konkrétně relativně nově se formujícímu směru arteterapie. Třetí velká kapitola teoretické části přibližuje arteterapii závislých na alkoholu částečně vyplývající z předešlých teoretických poznatků, částečně z poznatků zjištěných během odborných stáží v alkoholické léčebně Dobřany. V této poslední kapitole jsou rovněž popsány nejužívanější techniky při práci s alkoholiky, které rovněž slouží jako podklady k metodologii v části praktické. Úkolem praktické části je pak analýza konkrétních zpracování arteterapeutických technik pacienty alkoholické léčebny v Dobřanech za současného porovnávání s osobními anamnézami těchto pacientů.

SUMMARY

Theoretical part of this master thesis is data collection oriented - in the field of dependence, especially alcoholism, then in the field of art therapy which means relative new direction of psychotherapy. The third huge chapter is about art therapy of alcoholism specifically. That chapter is based on teoretical informations from literature and on my observation in Mental hospital Dobřany too. There are also described the most frequently used techniques during art therapy with alcoholics. And these techniques work like a part of research methodology together. The research goal is concrete treatment of art therapy techniques analysis in case of patients - alcoholics in mental hospital Dobřany. We're watching connections with this pationts' personal anamnesis.

LITERATURA

- BABYRÁDOVÁ, H.: *Interakce: Výzkum kazuistik výtvarných prací v arteterapii a jeho aplikace v praktické metodologii*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita 2009. ISBN 978-80-210-4998-7
- BALÍKOVÁ, M.: *Forenzní a klinická toxikologie*. 2. vyd. Praha: Galén 2007. ISBN 978-80-7262-284-9
- BERNARDOVÁ, M.: *Drogová závislost a rodina*. 1. vyd. Praha: Triton 2011. ISBN 978-80-7387-386-8
- BUDINSKÝ, V.: *Ať žije alkohol, přítel a lék*. 1. vyd. Pardubice: Mayday Publishing 2008. ISBN 978-80-86986-38-8
- EDWARDS, G.: *Záhadná molekula: Mýty a legendy o alkoholu*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny 2004. ISBN 80-7106-696-6
- EHRMANN, J., kol.: *Alkohol a játra*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2006. ISBN 80-247-1048-X
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H.: *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál 2000. ISBN 80-7178-303-X
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H.: *Psychologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál 2004. ISBN 80-7178-303-X
- HELLER, J., PACINOVSKÁ, O.: *Pavučina závislosti: Alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. 1. vyd. Praha: Togga 2011. ISBN 978-80-87258-62-0
- KALINA, K., kol.: *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky 2003. ISBN 80-86734-05-6
- LIEBMANN, M.: *Skupinová arteterapie: Nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci*. 2. vyd. Praha: Portál 2010. ISBN 978-80-7367-729-9
- LORENZOVÁ, R.: *Spiritualita uživatelů alkoholu a marihuany*. 1. vyd. Praha: Dauphin 2011. ISBN 878-80-7272-247-1
- MIOVSKÝ, M.: *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2006. ISBN 80-247-1362-4
- NEŠPOR, K.: *Návykové chování a závislost*. 4. vyd. Praha: Portál 2011. ISBN 978-80-7367-908-8
- NEŠPOR, K.: *Zůstat střízlivý*. 1. vyd. Brno: Host 2006. ISBN 80-7294-206-9
- NOVÁKOVÁ, J.: *Rodinná terapie závislosti na alkoholu*. Brno: MUNI 2008 (DP)

- SLAVÍK, J.: *Utváření a interpretování symbolu v arteterapii*, v: *Současná arteterapie*. 1. vyd. Praha: UK, Česká arteterapeutická asociace 2000. ISBN 80-7290-004-8
 - STRAKA, L., kol.: *Alkoholologie v soudním lékařství*. 1. vyd. Martin: Osvěta 2011. ISBN 978-80-8063-367-7
 - SVOBODA, M., kol.: *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál 2006. ISBN 80-7367-154-9
 - ŠEVELA, K., kol.: *Akutní intoxikace v intenzivní medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2002. ISBN 80-7169-843-1
 - ŠICKOVÁ-FABRICI, J.: *Základy arteterapie*. 1. vyd. Praha: Portál 2002. ISBN 80-7178-616-0
 - ŠTĚPÁNEK, P., ČERMÁK, I.: *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku: Výtvarné dílo a vyprávění v arteterapii*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého 2009. ISBN 978-80-244-2374-6
 - VYMĚTAL, J.: *Úvod do psychoterapie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing 2010. ISBN 978-80-247-2667-0
-
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD: *Retrospektivní údaje o spotřebě potravin v letech 1920 až 2006* [online, cit. 9. 10. 2012]. Dostupné na: www.czso.cz
 - KAZOUR, M.: *Vybraná psychoanalytická pojetí symbolu a vztah primárního procesu a snové práce* [online, cit. 9. 10. 2012]. Dostupné na: www.arteterapie.wz.cz
 - *Kodependence* [online, cit. 23. 6. 2012]. Dostupné na: www.lekarske.slovníky.cz
 - POLÁCH, L.: *Návykové poruchy, Psychické poruchy* [online, cit. 21. 7. 2012]. Dostupné na: www.upsychiatra.cz
 - ŠMOLDASOVÁ, J.: *Závislost na alkoholu a jiné duševní poruchy vyvolané alkoholem* [online, cit. 4. 7. 2012]. Dostupné na: www.public.fnol.cz
 - *Zákon o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů* [online, cit. 23. 6. 2012]. Dostupné na: www.obecnipolicie.cz

PŘÍLOHY

Sherlockův dotazník

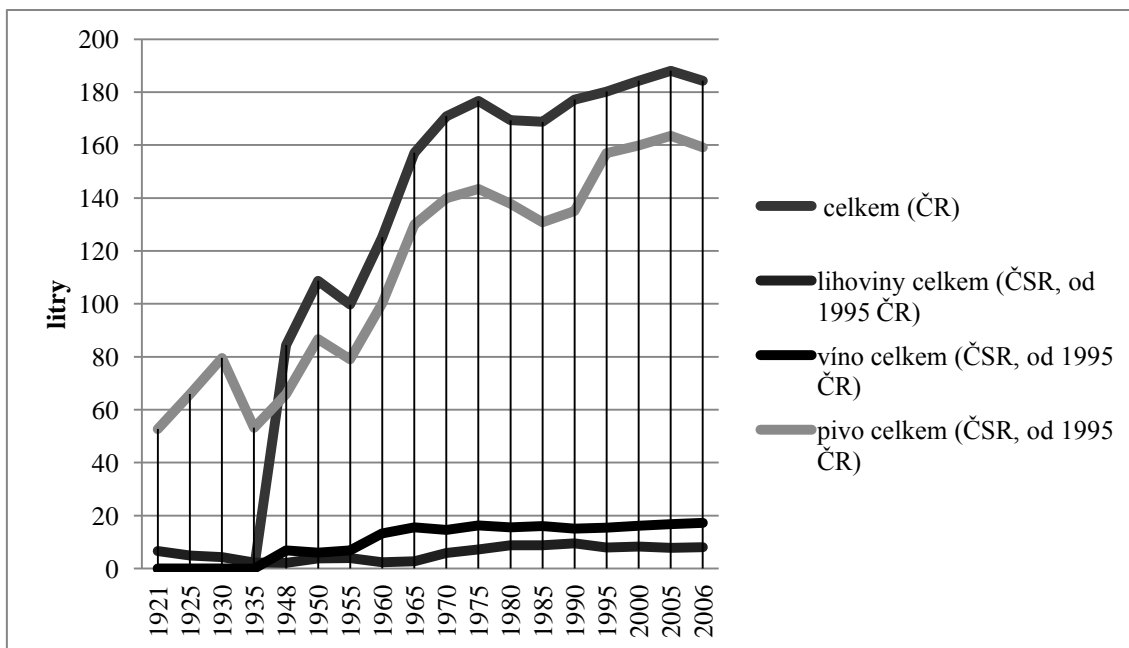
Tak zvaný dotazník CAGE (Sherlock 2004), do češtiny přeložený jako POVR, se využívá při zjišťování chronického abúzu alkoholu. Obsahuje pouze čtyři otázky, jejichž odpovědi se dají významně dále analyzovat. (Ehrmann, 2006; s. 77)

P	Cítil jste <u>potřebu</u> přestat pít?
O	<u>Obtěžovaly</u> vás vzpomínky o problémech s pitím?
V	Cítil jste <u>vinu</u> z přílišného pití?
R	Pijete <u>ráno</u> po probuzení?

Statistiky

Podle Českého statistického úřadu je vývoj spotřeby alkoholu následující:
(www.czso.cz; cit. 9. 10. 2012)

Spotřeba alkoholických nápojů v letech 1920 až 2006																		
	1921	1925	1930	1935	1948	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006
celkem (ČR)	-	-	-	-	84,4	108,7	99,7	125,2	157,1	170,9	176,7	169,4	168,8	177,2	180,2	184,3	188,1	184,3
Lihoviny (40%)																		
lihoviny celkem	6,6	4,9	4,3	2,3	2,1	3,8	3,9	2,4	2,7	5,9	7,2	8,8	8,8	9,5	7,9	8,3	7,8	8,0
Víno																		
víno celkem	-	-	-	-	6,8	6,0	6,8	13,2	15,6	14,6	16,3	15,5	16,0	15,1	15,4	16,1	16,8	17,2
Pivo																		
pivo celkem	52,7	65,9	79,6	53,2	65,9	86,7	79,1	100,1	130,0	139,9	143,4	137,8	130,8	135,1	156,9	159,9	163,5	159,1



Skutky spáchané pod vlivem alkoholu v Plzeňském kraji za období 1. 1. 2012 do 31. 7. 2012: (PČR; osobní zdroj)

loupež	3
úmyslné ublížení na zdraví	30
nebezpečné vyhrožování	19
vydírání	1
omez. a zbav. osobní svobody	1
porušování domovní svobody	9
týrání osoby žijící ve společném obydlí	2
znásilnění	3
krádež vloupáním	22
krádež	60
poškození cizí věci	29
výtržnictví	50
sprejerství	3
ohrožování výchovy mládeže	1
maření výkonu úředního rozhodnutí	29
dopravní nehody silniční z nedbalosti	91
ohrož. pod vliv. návyk. látky, opil.	327
zanedbání povinné výživy	2
ostatní trestná činnost	3

Indikace v arteterapii – ukázky obrázků

1. Syndrom CAN

Kresba ženy, která byla v dětství fyzicky a sexuálně zneužívána

(<http://www.pep-web.org>)



Typické symboly a volba barev při CAN, CSA



2. Sociálně znevýhodnění

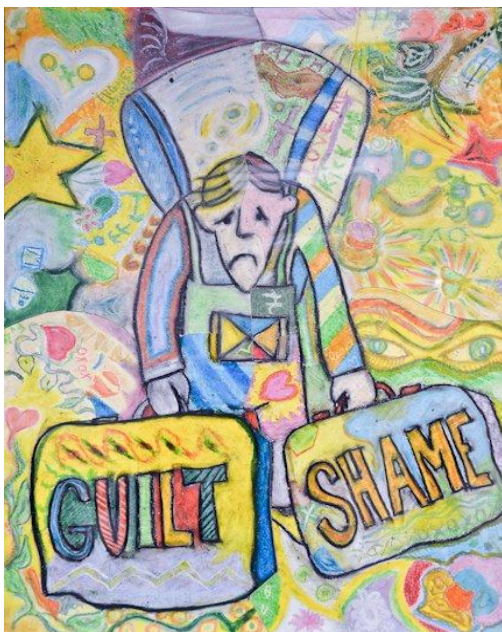
Dvanáctiletá dívka z dětského domova



3. Drogově závislí

Z alkoholické léčebny

(<http://www.vincecartersanctuary.org/blog>)



Žena, 43 let, závislá na heroinu, vězněná

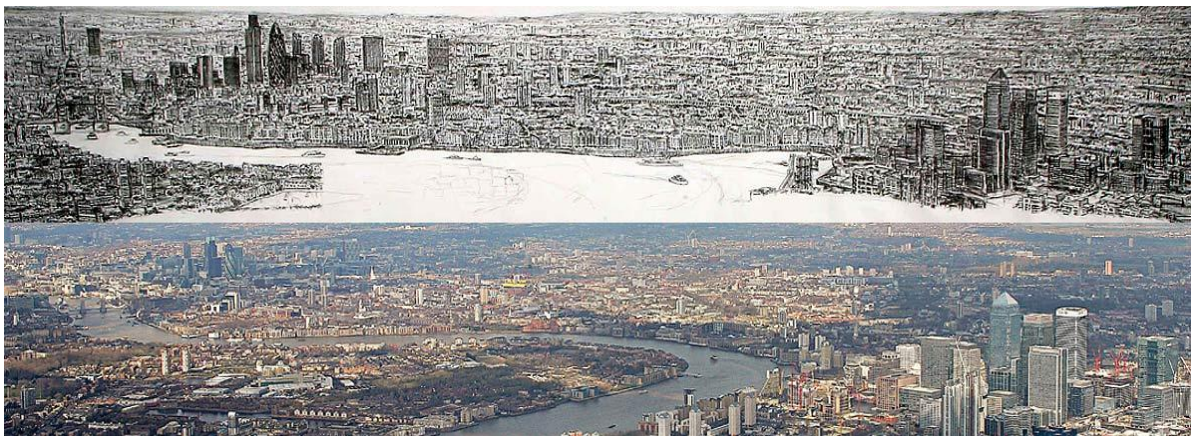
(<http://www.dorleem.com/2011/03/art-therapy-power-of-art-in-healing.html>)



4. Autismus

Stephen Wiltshire (38 let) – Aspergerův syndrom, panoramatický obraz: Londýn. Maluje panoramatické obrazy měst. Po krátkém, cca 20 minutovém letu helikoptérou namaloval panoramatické obrazy např. Říma, Hong Kongu, Frankfurtu, Madridu, Dubaje, New Yorku a dalších. Je autorem největšího panoramatického obrazu, který byl malován z paměti. Jde o 10 metrů dlouhý obraz Tokia, který maloval 7 dní. Jako dítě byl němý, v pěti letech začal chodit do školy, kde ho bavila jen kresba. Nejprve komunikoval s okolním světem pomocí obrazů, poté začal psát a používat jednotlivá slova. Zcela mluvit začal v devíti letech.

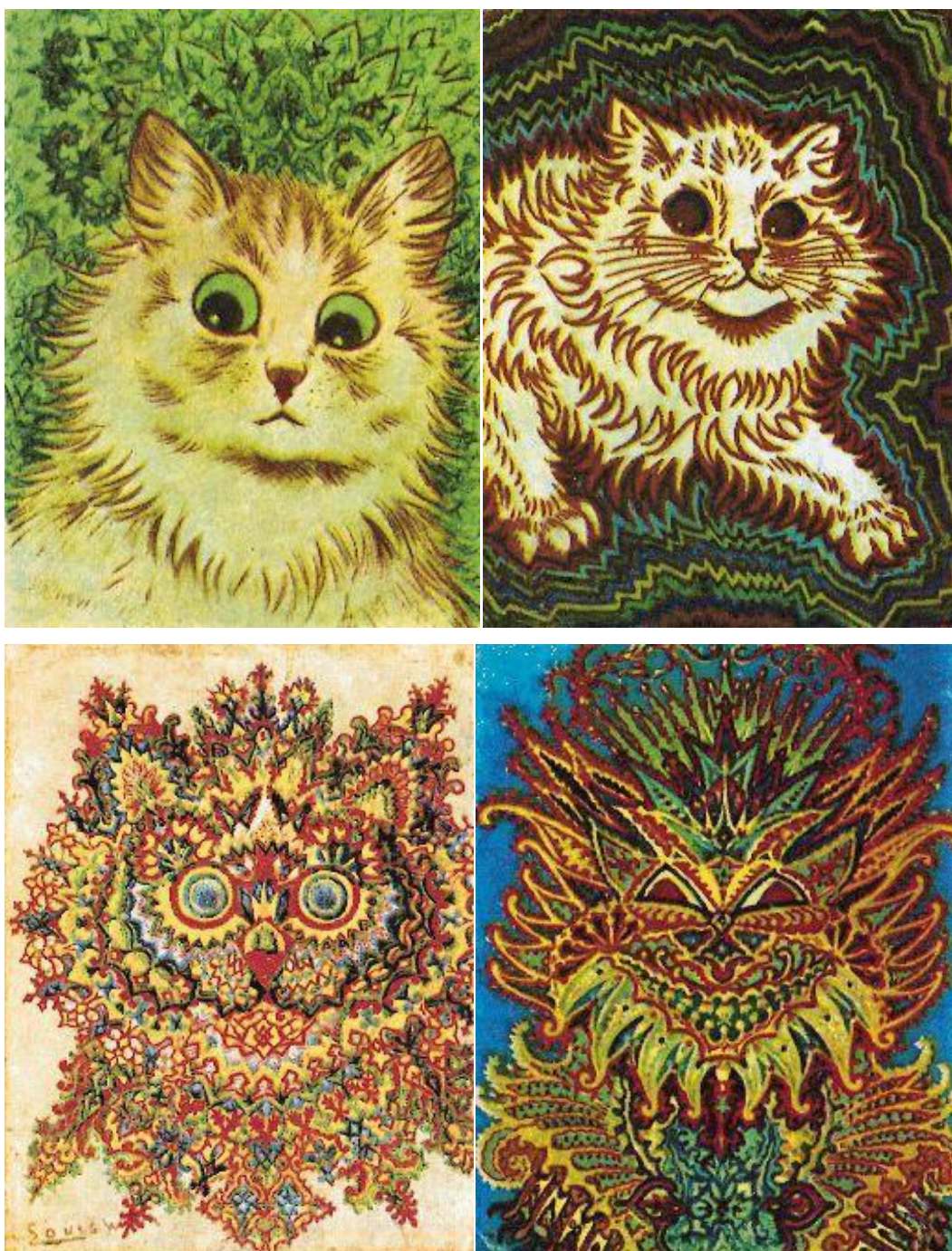
(<http://www.stephenwiltshire.co.uk/biography.aspx>)



5. Schizofrenie

Louise Wain, americký malíř, postupující schizofrenie

(<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/psychoticka-onemocneni-a-jejich-terapie-schizofrenie-a-nbsp-osta-151271>)



6. Bipolární afektivní porucha

Padesáti pětiletá žena v manické fázi a v depresivní fázi

(<http://www.florence.cz/osetrovatelstvi/recenzovane-clanky/bipolarni-afektivni-porucha-kazuistika>)



7. Hyperkinetická porucha a současně obsedantně-kompluzivní porucha

Obrázek dvanáctiletého chlapce: Kresba postavy je jednoduchá a dynamická, jakoby odbytá (málo detailů, přetahování kontur, s disproporcemi), s projevy úzkosti a agrese hlavně v rysech obličeje.

(<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/hyperkineticke-poruchy-v-detstvi-157125>)



8. ADHD

Kresba sopky desetiletého chlapce: Je vyplněn celý prostor obrázku, kresba je explozivní, láva znázorňuje uvolněný neklid a emoce.

(<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/hyperkineticke-poruchy-v-detstvi-157125>)



Alkoholická léčebna Dobřany

Léčbou závislosti na alkoholu se zabývá v Dobřanské psychiatrické léčebně konkrétně Primariát V čili oddělení 1, 19, 24, 25. Z místního bulletinu vydaného při příležitosti oslav 130 let od založení léčebny (které proběhly v roce 2010) citujeme stručný popis a vysvětlení fungování těchto oddělení:

Oddělení 1, 19

MUDr. Vladimír Šupina

Oddělení 1

„Přijímací, mužské oddělení. Nejčastější problematikou hospitalizovaných pacientů je porucha osobnosti se závažnými poruchami chování a poruchami přizpůsobení. Také závislost na alkoholu či psychoaktivních látkách a z nich vyplývající další psychické poruchy jako jsou odvykací stavy, psychózy, demence, sebevražedné pokusy a tělesné zdravotní komplikace. Jsou zde hospitalizováni také pacienti se soudně nařízenou ochrannou ústavní léčbou. Na odd. 1 je poskytována akutní diagnostika, krizová intervence, léčba

nekomplikovaných odvykacích stavu, základní edukace o problematice závislosti, prevence relapsu, motivace k další práci na osobnosti apod. Pacienti v ochranné léčbě jsou zařazeni do režimové terapie s bodovacím systémem. Lékaři oddělení spolupracují s psychologem. Je tedy možná i akutní psychologická diagnostika, popř. intervence. Pacienti, u kterých to zdravotní stav umožní a lékař indikuje, využívají nabídku arteterapie, ergoterapie, rehabilitace. Nedílnou součástí péče o nemocné je léčba somatických komplikací ve spolupráci se specializovanými ambulancemi PL Dobřany. Sociální pracovníce řeší sociální problematiku nemocných, která vyvstala v souvislosti se základním onemocněním. Po stabilizaci zdravotního stavu je cílem, aby byli pacienti z tohoto příjmového oddělení překládáni na jiná specializovaná pracoviště léčebny: buď psychiatricko - rehabilitační či režimová oddělení; nebo jsou propouštěni do ambulantní psychiatrické péče. Pacienti se závislostí jsou motivováni k nástupu do terapeutické komunity. Střednědobá režimová léčba závislosti zde není prováděna. Kapacita oddělení je 40 lužek.

Oddělení 19

Jedná se o otevřené mužské oddělení, s kapacitou 33 lužek, které je určeno k doléčování psychotických stavů a vůbec všech psychiatrických diagnóz. Systémem komunitní péče je zde prováděna především psychiatrická rehabilitace. Na oddělení je přítomen kromě lékařů i stálý psycholog. Pacienti jsou rozděleni, dle svého zdravotního stavu, do terapeutických skupin. Mají možnost využít arteterapie, pracovní terapie, rehabilitace. Mohou docházet na řízenou relaxaci, jógu, zapůjčit si knihy a filmy z knihovny PL Dobřany. Tradičně jsou pro pacienty, ve spolupráci s jinými odděleními, pořádány drobné kulturní akce. Veškerá péče je směřována k tomu, aby se zvýšila samostatnost nemocných po propuštění z léčebny.

Oddělení 24, 25

MUDr. Helena Škopková

Oddělení 24

Oddělení 24 bylo po celkové rekonstrukci znovuotevřeno v létě roku 2009. Svou činností navazuje na dlouholetou tradici odd. 20 (zaměřením zejména na léčbu alkoholismu a patologického hráčství). Budova se nachází na okraji rozlehlého parku a svým uspořádáním působí spíše jako lázeňský objekt. Pacienti jsou ubytováni na dvojlůžkových a trojlůžkových pokojích se sociálním zařízením. K dispozici mají terapeutickou i společenskou místnost, jídelnu a kuřárnu. Rozlehlé prostory oddělení umožňují každému pacientovi dostatek soukromí. Pacienti mají rovněž možnost sportovního i kulturního vyžití. Toto oddělení je zaměřeno na léčbu alkoholismu a patologického hráčství. Jedná se o mužské otevřené oddělení s celkovou kapacitou 33 lužek. Svým zázemím a vybavením patří k nejmodernějším a nejlépe zařízeným oddělením specializovaných na závislosti v celé České republice. Terapeutický tým je tvořen lékaři se specializací z psychiatrie, psychology, psychoterapeuty a speciálně proškolenými zdravotními sestrami. Léčba závislostí je náročná, dlouhodobá a jejími základními principy jsou psychoterapie a režimová opatření. Pacienti se účastní skupinové terapie, vedou si deníky, do kterých zaznamenávají své myšlenky a postřehy, docházejí na pracovní terapii (ta většinou probíhá v zahradnictví nebo v chráněných terapeutických dílnách) a arteterapii, pod vedením

zkušených lektorů se učí prvkům svalové relaxace či jógy. Mohou si rovněž individuálně promluvit s terapeutem. Každý den má svůj pevný ráda a strukturu. To pacientům pomáhá ve vytváření či obnovování žádoucích vzorců chování, zvyšuje odolnost proti stresu a zátěži, budují se mechanismy, které mají do budoucna zabránit recidivě. Součástí léčby jsou i přednášky členů terapeutického týmu, jejichž obsahem jsou nejčastěji témata související se závislostí. Pacienti tak mají možnost rozšířit si své povědomí o vlastním problému, což jim může pomoci ve zvládnutí abstinence. Toto pracoviště funguje na komunitním principu a pacienti se spolupodílejí na chodu oddělení. Mají svou samosprávu a zajišťují si i část denního programu – zejména formou patientských skupin, večerních sezení s poslechem hudby či sledováním vybraných filmů a televizních pořadů. Oddělení je otevřené – pacienti se mohou volně pohybovat po areálu léčebny a po absolvování úvodní části léčby mají možnost i vycházek do města. V závěrečné fázi pobytu pak zpravidla ještě absolvují jednu či dvě víkendové dovolenky v domácím prostředí, které slouží k ověření jejich stavu a připravenosti na návrat domů. Pacienti jsou přijímáni od 18 let. Průměrná doba hospitalizace se u závislosti na alkoholu pohybuje kolem 3 měsíců, u patologického hráčství je to zhruba 6 týdnů. Zkrácení léčby není vhodné a nese s sebou vysoké riziko recidivy. Po propuštění je doporučováno pokračovat v terapii ambulantní formou zhruba rok, což rovněž zvyšuje šanci na dlouhodobou abstinenci. První měsíce po propuštění jsou poměrně obtížné a riziko selhání je velké. Vzhledem k tomu, že jakákoli forma závislosti nemá negativní dopady pouze na postiženého jednotlivce, ale také na jeho nejbližší okolí, nedílnou součástí léčby je i úzká spolupráce s rodinou. Pacient si sám určí, koho ze svých nejbližších k léčbě přizve. S těmito osobami je pak zdravotnický tým v kontaktu a spolu s nimi pracuje na tom, aby se pacient po ukončení léčby co nejdříve zařadil do běžného života. Informace od rodinných příslušníků jsou velmi důležité, protože pomáhají pochopit některé důležité aspekty, které sám pacient není schopen popsat.

Oddělení 25

Je mužské otevřené oddělení s kapacitou 49 lužek. Jsou zde léčeni pacienti s těžkou závislostí na alkoholu, u kterých již došlo k natolik závažnému poškození duševního i tělesného zdraví, že by nezvládli náročný pobyt na oddělení 24. Tomu je přizpůsoben režim a léčebný plán. Hlavními terapeutickými metodami jsou psychoterapie, rehabilitace, nácvik sociálních dovedností a pracovní terapie. Řeší se pochopitelně i přidružené tělesné komplikace. Cílem léčby je umožnit pacientům návrat do běžného života při zachování co

největší samostatnosti. Vzhledem k závažnosti stavu pacientu bývá pobyt dlouhodobý – jeho délka se pohybuje v rádu několika měsíců. V letech 1999 – 2009 prošlo odd. 25 radou rekonstrukčních změn, které se týkaly jak lůžkové kapacity oddělení, tak jeho vnitřního členění, změny vybavení pracovišť personálu i pokojů pacientu, sanitárních prostor a okolí oddělení. Tyto změny přinesly zlepšení pracovního prostředí, pracovních podmínek pro zdravotnický personál i vylepšení životních podmínek pacientů a neposlední řadě i změnu okolního prostředí. V roce 2002 proběhla rekonstrukce bývalé kuřárny, místo níž vznikla návštěvní místnost, která umožňuje kulturní vyžití pacientům a důstojné přijímání jejich návštěv. V roce 2005 byla tato návštěvní místnost vybavena novým nábytkem. V letech 2005-2009 proběhla postupná výměna zařízení kuchyňky oddělení včetně vybavení sanitární technikou a myčkou nádobí. V roce 2007 byla provedena výměna oken na oddělení, rekonstrukce střechy s výměnou okapu a budova byla opatřena novou barevnou fasádou. V roce 2008 se uskutečnila rekonstrukce sesterny a následné vybavení novým zdravotnickým nábytkem. Nejvíce změn a úprav bylo provedeno v letech 2008-2009. Byly zrekonstruovány pokoje pacientu, kdy ze dvou velkých bylo vytvořeno několik menších, které pak byly vybaveny novým nábytkem. Pacienti také dostali nové prošívané přikrývky a deky. V jídelně bylo položeno nové linoleum a zakoupeny nové stoly a židle. Dále byla provedena rekonstrukce sociálních zařízení pro pacienty i personál, v celé budově byly udělány nové rozvody ústředního topení. Budova byla vybavena požárním alarmem. V roce 2009 dostalo oddělení 25 novou videotechniku – dvě televize a video-rekordér. Oddělení bylo rovněž připojeno na počítačovou síť léčebny. V témže roce došlo k nové sadové úpravě kolem budovy a byly vybudovány nové chodníky se zámkovou dlažbou. Celkově je možno shrnout, že neustálou průběžnou péčí a snahou personálu oddělení o zlepšení pracovních a životních podmínek a za velkého pochopení a podpory ze strany ředitelství léčebny byla dosažena velmi dobrá úroveň oddělení 25.“ (130 let Psychiatrické léčebny v Dobřanech, 2010

