

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA PEDAGOGICKÁ**

**Bakalářská práce**

**REFLEXE ARTETERAPIE U ZÁVISLÝCH  
PACIENTŮ NA ALKOHOLU V PL  
V DOBŘANECH**

**Veronika Berková**

**Vedoucí bakalářské práce: PaedDr. Vladimír Blažek**

**Plzeň 2013**

## **Zadání bakalářské práce**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Reflexe arteterapie u závislých pacientů na alkoholu v Psychiatrické léčebně v Dobřanech“ vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

Plzeň, 19. dubna 2013

.....

## **Poděkování**

Děkuji vedoucímu mé práce PaedDr. Vladimíru Blažkovi a Mgr. Vandě Strejčkové za věnovaný čas a náměty k mé práci.

Děkuji všem respondentům, kteří vyplnili dotazník a tím mně pomohli práci vytvořit.

V neposlední řadě děkuji svým rodičům a přátelům za podporu během studia.

# OBSAH

|   |           |
|---|-----------|
| ÚVOD.....   | 7         |
| <b>1 ARTETERAPIE.....</b>                                   | <b>8</b>  |
| 1.1 HISTORIE ARTETERAPIE.....                               | 8         |
| 1.2 INDIVIDUÁLNÍ TERAPIE.....                               | 9         |
| 1.3 SKUPINOVÁ ARTETERAPIE.....                              | 9         |
| 1.3.1 Výhody skupinové arteterapie.....                     | 9         |
| 1.3.2 Nevýhody skupinové arteterapie.....                   | 10        |
| 1.3.3 Zásady arteterapie.....                               | 10        |
| 1.3.4 Strukturovaná a nestrukturovaná výtvarná skupina..... | 10        |
| <b>2 TERAPEUT.....</b>                                      | <b>11</b> |
| 2.1 OSOBNOST ARTETERAPEUTA.....                             | 11        |
| 2.2 ARTETERAPEUTICKÝ VZTAH.....                             | 11        |
| <b>3 PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA V DOBŘANECH.....</b>             | <b>12</b> |
| 3.1 ODDĚLENÍ 24.....  | 12        |
| 3.2 ODDĚLENÍ 26.....  | 13        |
| 3.3 ARTETERAPIE V PL V DOBŘANECH.....                       | 13        |
| <b>4 ZÁVISLOST.....</b>                                     | <b>15</b> |
| 4.1 ZNAKY ZÁVISLOSTI.....                                   | 15        |
| <b>5 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU.....</b>                         | <b>16</b> |
| 5.1 VÝVOJ ZÁVISLOSTI.....                                   | 16        |
| 5.2 VÝVOJOVÁ STADIA ZÁVISLOSTI PODLE JELLINEKA.....         | 16        |
| 5.2.1 Počáteční fáze.....                                   | 16        |
| 5.2.2 Prodromální fáze.....                                 | 17        |
| 5.2.3 Krucální fáze.....                                    | 17        |
| 5.2.4 Terminální fáze.....                                  | 18        |
| 5.3 TYPY KONZUMENTŮ.....                                    | 19        |
| 5.3.1 Běžný konzument.....                                  | 19        |
| 5.3.2 Iniciativní konzument.....                            | 19        |
| 5.3.3 Stop alkoholik.....                                   | 19        |
| 5.3.4 Nonstop alkoholik.....                                | 19        |
| <b>6 NÁSLEDKY ALKOHOLOVÉ ZÁVISLOSTI.....</b>                | <b>20</b> |
| 6.1 SOMATICKÉ NÁSLEDKY.....                                 | 20        |
| 6.2 PSYCHICKÉ KOMPLIKACE ALKOHOLOVÉ ZÁVISLOSTI.....         | 20        |
| 6.2.1 Delirium tremens.....                                 | 20        |
| 6.3 SOCIÁLNÍ NÁSLEDKY ALKOHOLOVÉ ZÁVISLOSTI.....            | 21        |

|           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| <b>7</b>  | <b>LÉČBA ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU .....</b>        | <b>22</b> |
| 7.1       | ÚSTAVNÍ LÉČBA .....                              | 22        |
| 7.2       | KONTROLOVANÉ PITÍ.....                           | 22        |
| 7.2.1     | <i>Technika kontrolovaného pití .....</i>        | <i>23</i> |
| 7.3       | DOLÉČOVACÍ PROGRAMY .....                        | 23        |
| 7.4       | METODA „SEMAFOR“ .....                           | 24        |
| <b>8</b>  | <b>VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....</b>                  | <b>25</b> |
| 8.1       | VÝZKUMNÝ CÍL PRÁCE .....                         | 25        |
| 8.2       | VÝZKUMNÝ SOUBOR .....                            | 25        |
| <b>9</b>  | <b>VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....</b>         | <b>26</b> |
| <b>10</b> | <b>SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....</b> | <b>38</b> |
|           | ZÁVĚR .....                                      | 41        |
|           | <b>SEZNAM ODBORNÝCH ZDROJŮ .....</b>             | <b>42</b> |
|           | <b>RESUMÉ.....</b>                               | <b>44</b> |
|           | <b>PŘÍLOHY .....</b>                             | <b>45</b> |

## Úvod

Autorka si zvolila téma své práce týkající se arteterapie ze zvědavosti, aby zjistila, jak vidí a hodnotí arteterapii a její dílčí části klienti Psychiatrické léčebny v Dobřanech.

Autorku zajímá, jestli arteterapie doopravdy pomáhá pacientům závislých na alkoholu, protože je na tento směr terapie nahlíženo spíše jako na alternativní způsob léčby, a jestli se tak potvrdí hypotéza, že je arteterapie v Psychiatrické léčebně v Dobřanech efektivní.

Autorka by ve své práci chtěla dokázat, že je arteterapie smysluplný a rovnocenný způsob léčby pacientů, kteří jsou závislí na alkoholu a že tato terapie patří k oblíbeným mezi pacienty Psychiatrické léčebny v Dobřanech.

V teoretické části se autorka práce věnuje problematice arteterapie a závislosti na alkoholu.

Jako výzkumnou metodu si autorka zvolila dotazníky, které jí připadají jako nejvhodnější způsob zjišťování potřebných informací. V dotaznících autorka zjišťuje informace týkající se arteterapie, pocitů při terapii, komunikace během terapie a vyhlídky do budoucnosti týkající se abstinence a následné péče.

Autorka práce věří, že z výzkumné části vzejdou zajímavé a pravdivé výsledky, které obohatí nejen ji samotnou, veřejnost ale zároveň, že budou důstojnou zpětnou vazbou pro personál ateliéru arteterapie v Psychiatrické léčebně v Dobřanech.

# 1 Arteterapie

*„Arteterapie je často zaměřována s keramickou dílnou či kroužkem. Nejde o to vyrobit s klienty hrneček, zlepšit styl malby nebo vyplnit jejich volný čas. Jde o léčbu duše.“*  
(Klusáková, 2010; s. 10)

Arteterapie se zaměřuje na psychické poruchy a problémy pacienta s cílem na ně léčebně působit a redukovat tyto pacientovo obtíže. Běžná orientace psychoterapie na zvládnání poruchy je předpokladem k tomu, aby mohl být využit rozšiřující potenciál, tedy harmonizace osobnosti a rozvíjení pozitivních možností člověka. (Lhotová, 2010)

Existuje celá řada definic výrazu arteterapie. Obecně se dá říci, že se jedná o léčbu uměním. Arteterapie však neznamená léčbu jen výtvarným uměním. Tato terapie zahrnuje i léčbu pomocí hudby, poezie a prózy, divadla či tance.

Arteterapii lze rozdělit na receptivní a produktivní. Receptivní terapie funguje tak, že arteterapeut vybere s určitým záměrem umělecké dílo a pacient toto dílo nějakým způsobem vnímá. Tato terapie se provádí za účelem kvalitnějšího pochopení vlastního nitra a také lepšího poznání pocitů druhých lidí. Do receptivní terapie patří navštěvování výstav a galerií. Podle Theodora Fechnera vyžaduje umělecké dílo při vnímání divákem jeho vcítění. Každý divák promítá vlastní emoce do uměleckého díla. Záleží na jeho osobním zaměření a okamžitém rozpoložení. Může tak objevit duchovnost, životní sílu, smutek i naději. Během produktivní arteterapie se využívá konkrétních výtvarných činností jako je malování, kreslení, modelování a dalších technik. (Šicková, 2002)

## 1.1 Historie arteterapie

Arteterapie je poměrně mladým oborem, avšak samotnou terapeutickou hodnotu umění uznávali již pradávno. Například rituální kmenové umění zrcadlilo emocionální a duchovní život skupiny. Umělci zjistili, že je pro společnost typický určitý tvůrčí styl. Byli také mezi prvními, kteří využívali arteterapii ve zdravotních a výchovných zařízeních a také si zaznamenávali účinky své výtvarné práce. (Campbellová, 1998)

Počátky dnešní arteterapie lze najít v 18. a 19. století. Mají souvislost s psychopatií schizofrenie. Pojem „art therapy“ použila jako první Margaret Naumburgová ve třicátých letech 20. století v USA. (Šicková, 2002)

V Čechách vznikl Ateliér arteterapie v roce 1990 v rámci Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích (tzv. Rožnovská arteterapie). Tento ateliér založil a několik let vedl



pedagog, malíř a hudebník PhDr. Milan Kyzour. Jako základ pro jeho arteterapeutickou činnost se dá považovat letitá terapeutická pedagogická činnost s výtvarným vedením dětí a také dlouholetá terapeutická práce s pacienty neurologického oddělení v Českých Budějovicích. (Šicková, 2002)

Arteterapii se věnuje také Česká arteterapeutická asociace. Ta vytváří vhodné podmínky pro národní a mezinárodní odbornou komunikaci v oboru arteterapie, organizuje vzdělávací aktivity a výcviky v arteterapii, rozvíjí výzkumnou a publikační činnost, připravuje profesní statut. (Šicková, 2002)

## **1.2 Individuální terapie**

Během individuální terapie se terapeut věnuje pouze jednomu klientovi. Díky tomu tak vzniká úzký kontakt mezi terapeutem a pacientem. Tato forma terapie se používá v případě, že pacient vyžaduje celou pozornost terapeuta, nebo by chování terapeuta s klientem mělo rušivé a negativní následky pro ostatní účastníky terapie. (Šicková, 2002)

## **1.3 Skupinová arteterapie**

Ve skupině v ateliéru se lidé scházejí za účelem výtvarné tvorby. Každý z těchto lidí je nějakým způsobem ovlivněn přítomností těch druhých. Pozornost je však směřována na individuální proces a produkt a na interakci mezi klientem a terapeutem. (Rubinová, 2008)

Většina arteterapeutických skupin mívá 6 až 12 členů. Příležitostně se dají zvládnout i skupiny větší. Díky tomuto počtu je možné zajistit zachování očního a slovního kontaktu mezi všemi členy skupiny. V takto velké skupině lze dosáhnout skupinové koheze a každý člen má svůj čas pro zapojení se do diskuze. Zároveň je tento počet ideální v tom, že zde funguje interakce a volný tok nápadů, to je důležité pro zvládnání úkolů skupiny. (Liebmann, 2005)

### **1.3.1 Výhody skupinové arteterapie**

- Sociální učení probíhá rychleji a intenzivněji.
- Lidé se stejnými či podobnými problémy se mohou podpořit a cítit se sounáležitě.
- Zpětné vazby členů podněcují každého jednotlivce ve skupině.
- Vhodnější pro ty, kterým nevyhovuje individuální terapie.
- Odpovědnost i moc se rozloží na celou skupinu, ne na jednotlivce.

- Ekonomičnost. Za stejný čas se pomůže více lidem.

### **1.3.2 Nevýhody skupinové arteterapie**

- Není tolik diskrétní jako individuální terapie.
- Skupina se složitěji organizuje.
- Je náročnější pro arteterapeuta.
- Jednotlivci se nedostává tolik času ve srovnání s individuální terapií.
- Riziko, že se skupina „zaškatulkuje“. Např. alkoholici.

### **1.3.3 Zásady arteterapie**

To, že arteterapie není soutěž o nejlepší o dílo, či výtvarná výchova, kde jde o techniku a následně o známku, už bylo uvedeno. Podle Campellové (1998) má terapeutická skupina několik zásad:

- Výtvarné zobrazování je součástí osobního vývoje.
- Výtvarné techniky a dovednosti nehrají hlavní roli.
- Posiluje se spontánní sebevyjádření.
- Čas, který je strávený diskuzí nad artefaktem, je stejně důležitý jako proces tvorby.
- Artefakty se nerozlišují na dobré či špatné, všechny jsou přijatelné.
- Terapie působí v „trojúhelníku“ vztahů mezi artefaktem, terapeutem a klientem.
- Vedoucí skupiny poskytuje účastníkům terapie své zkušenosti a představy, pomáhá jim tak zvládat všechny aspekty terapeutického procesu. (Campellová, 1998)

### **1.3.4 Strukturovaná a nestrukturovaná výtvarná skupina**

Arteterapeutické skupiny mohou pracovat strukturovaně, nebo nestrukturovaně. Obě skupiny se mohou setkávat v určitém čase a na určitém místě, avšak každý jedinec z nestrukturované skupiny si dělá svoji práci. (Liebmann, 2005)

Ve strukturované skupině to funguje tak, že všichni účastníci terapie na tvorbě spolupracují na jednom úkolu, nebo objevovali společné téma. V praxi se mohou kombinovat prvky strukturované i nestrukturované podoby skupiny. (Liebmann, 2005)

## 2 Terapeut

Arteterapie je hraniční disciplínou a k jejímu výkonu jsou potřebné vědomosti z psychoterapie a dalších klinických oborů, tak z oblasti věd o umění. „*Vedle vědomostí a specifických dovedností jsou stejně důležité nebo ještě důležitější osobnostní předpoklady arteterapeuta.*“ (Šicková, 2002; s. 56)

### 2.1 Osobnost arteterapeuta

Pro práci arteterapeuta jsou důležité určité znalosti, dovednosti a osobnostní předpoklady, jež jsou stejné pro všechny pomáhající profese. Pro výkon profese jsou důležité vědomosti z oblasti psychologie, medicíny, hlavně psychiatrie, pedagogiky a to hlavně speciální a léčebné pedagogiky a také alespoň minimální znalosti z antropologie, protože se v terapii pracuje s lidmi. Arteterapeut by měl být vzdělaný jak z oblasti umění, tak z oblasti terapie. (Šicková, 2002)

Terapeut by měl být empatický, intuitivní, schopný předvídat vývoj určitých událostí a jevů. Měl by uznávat morální a etický kodex. Arteterapeut by měl být člověk hodný důvěry a měl by dokázat naslouchat klientovo problémům. Terapeut musí umět motivovat a vnést optimismus pacientům. (Šicková, 2002)

### 2.2 Arteterapeutický vztah

Podle většiny terapeutů je vztah mezi nimi a klienty velice důležitý. V takovém vztahu je nezbytná důvěra, vzájemná úcta, rovnocennost a empatie. Terapeut doprovází klienta, někdy ho může doprovázet celý život. (Šicková, 2002)

Terapeut by měl vést klienta k zodpovědnosti za sebe a umět mu navrhnout nové techniky a zároveň perspektivy, které klient neznal. Pacient by měl být veden k sebeakceptaci a k nacházení nových životních řešení. (Šicková, 2002)

Arteterapeut by neměl stát mimo arteterapii. Měl by být ochoten se také měnit. Někdy je vhodné, když terapeut tvoří s klienty. Terapeut může pomoci klientovi, když mu udělá první čáru na plátně, nebo mu poradí v průběhu či závěru jeho díla. Tento zásah však nesmí provést bez souhlasu pacienta. (Šicková, 2002)

### 3 Psychiatrická léčebna v Dobřanech

O výstavbě Psychiatrické léčebny v Dobřanech bylo rozhodnuto 15. října roku 1874 na základě rozhodnutí Českého zemského sněmu. Léčebna byla vystavěna na okraji města Dobřany u Plzně za účelem vyřešení naléhavé potřeby psychiatrických lůžek v západních Čechách. Celá výstavba trvala šest let, až do roku 1880. (Strejčková, 2010)

Léčebna je velkým zdrojem práce pro obyvatele Dobřan, lidí z okolí i pro odborníky z celé republiky. K 31. 3. 2013 bylo zaměstnáno přesně 1 145 lidí, z toho nejvíce zdravotních sester. (Dostupné z URL: <http://www.pldobrany.cz/statisticke-udaje/html>)

Současným ředitelem Psychiatrické léčebny v Dobřanech je pan MUDr. Vladislav Žižka. Léčebna je rozdělena do celkem patnácti primariátů.

Pro autorky práci je stěžejní oddělení 26, které spadá pod primariát I, který vede pan MUDr. Václav Fait a oddělení 24, které spadá pod primariát V, které vede paní MUDr. Helena Škopková.

#### 3.1 Oddělení 24

Oddělení 24 je výhradně mužské oddělení. Je zaměřené na léčbu alkoholismu a patologického hráčství. Klienti mají možnost využití společenské i terapeutické místnosti, jídelny a kuřárny. Kapacita oddělení je 33 lůžek. Díky modernímu zařízení a zázemí patří k nejlepším oddělením zaměřených na závislosti v celé České republice. (Strejčková, 2010)

Terapeutický tým tvoří lékaři se specializací z psychiatrie, psychologové, psychoterapeuti a speciálně proškolené zdravotní sestry. Léčba závislostí je náročná a dlouhodobá. Základními principy léčby jsou psychoterapie a režimová opatření. Pacienti se účastní skupinové terapie, vedou si deníky, do kterých zaznamenávají své myšlenky a postřehy, docházejí na pracovní terapii a arteterapii, pod vedením zkušených lektorů se učí prvkům svalové relaxace či jógy. (Strejčková, 2010)

Pacienti mají možnost individuálního rozhovoru s terapeutem. Každý den léčby má svoji strukturu a daný řád. Pevný každodenní režim pomáhá pacientům vytvářet, nebo jen obnovit žádoucí vzorce chování. Napomáhá k odolnosti proti stresu a zátěži, budují se tak mechanismy, které do budoucna zabraňují recidivě. (Strejčková, 2010)

V rámci léčby pacienti navštěvují i přednášky terapeutů. Týkají se hlavně témat souvisejících se závislostí. Pacienti si tak rozšiřují vědomosti o problému, který se týká jejich osoby a díky tomu napomáhá ke zvládnutí abstinence. (Strejčková, 2010)

Oddělení 24 funguje na komunitním principu, pacienti se tak spolupodílejí na chodu oddělení. Pacienti si částečně zajišťují denní program. Tvoří patientské skupiny, účastní se večerních sezení s poslechem hudby nebo sledují filmy a televizní pořady. Oddělení je otevřené, to pro pacienty

znamená možnost volného pohybu v areálu léčebny a po absolvování určité části léčby mají povolené vycházky do města. (Strejčková, 2010)

Na závěr léčby jsou zvykem jeden i dva dovolenkové víkendy v domácím prostředí. To napomáhá prověřit stav pacienta a jeho schopnost pro návrat domů. K léčbě jsou pacienti přijímáni od 18 let. Doba hospitalizace u pacientů závislých na alkoholu je průměrně 3 měsíce. Nedoporučuje se krácení léčby z důvodu většího rizika recidivy. Po ukončení léčby se již bývalým pacientům doporučuje v terapii pokračovat ambulantní formou zhruba jeden rok, protože i to zvyšuje šanci na úspěšné abstinování. První týdny a měsíce po propuštění z léčby jsou nejtěžší. Riziko nedodržení abstinence je vysoké. Každá závislost neovlivňuje život pouze dotyčnému, který je jí postižen. Závislost osoby postihuje i rodinu a blízké okolí. Důležitou součástí léčby je i spolupráce právě s rodinou závislé osoby. Sám pacient si určí osobu, která je mu blízká a ochotná v léčbě pomoci. Terapeutický tým pak s určenou osobou spolupracuje na tom, aby byl pacient po ukončení léčby schopný co nejdříve fungovat v běžném životě. (Strejčková, 2010)

### **3.2 Oddělení 26**

Oddělení 26 se zabývá léčbou žen závislých na alkoholu. Toto oddělení je menší otevřené s šestnácti lůžky. Právě díky omezenému počtu míst je nutné objednáni se k léčbě předem. Základ léčby tvoří režimová terapie. Důraz je kladen na skupinové aktivity psychoterapeutické skupiny, arteterapeutické skupiny s protialkoholní tematikou, relaxační cvičení a další. (Strejčková, 2010)

Délka pobytu je 4 měsíce. Pacientky se většinou rozhodly nastoupit dobrovolně. Klientky tohoto oddělení mají k dispozici společenskou místnost, ve které probíhá velká část terapeutických aktivit, v komplexu léčebny mohou využívat pacientskou knihovnu, sportovní i kulturní zázemí a na každodenní procházku mohou vyrazit do upravovaných parků v celém areálu. (Strejčková, 2010)

Chod oddělení je inspirován prvky terapeutické komunity. Pacientky si mohou do jisté míry ovlivnit svůj čas. Vymýšlí si denní program a podílí se na běžném fungování oddělení. (Strejčková, 2010)

Do terapeutického týmu patří lékaři, psychologové, arteterapeuti a sestry. Léčebna nabízí i možnost následné péče pro pacientky, které absolvovaly ústavní léčbu. Tato následná péče probíhá formou skupinové psychoterapie. Tradicí na začátku léta je už několik desetiletí setkání bývalých pacientek, kterým se daří abstinovat. (Strejčková, 2010)

### **3.3 Arteterapie v PL v Dobřanech**

Arteterapie v PL v Dobřanech patří mezi terapeutické techniky, určených pro psychiatrickou léčbu v rámci zdravotní péče. Lékaři mohou arteterapii využít jako podpůrnou diagnostickou metodu nebo přímo ordinovat jako terapeutickou techniku. (Strejčková, 2010)

Arteterapie probíhá v prostorném moderním ateliéru. Dobrá ekonomická situace léčebny umožňuje zajištění kvalitních materiálů pro výtvarnou činnost. Dostatek různého materiálu je pro účastníky arteterapie motivující k činnosti. V prostorách ateliéru se nachází stojany určené pro tvorbu velkoplošných formátů a stoly pro menší tvorby. V ateliéru se nachází menší zákoutí pro posezení během skupinových terapií, terapeuti zde analyzují artefakty pacientů. Pacienti si tu mohou popovídat, přečíst knihu nebo jen odpočívat. (Strejčková, 2010)

Od roku 2008 má arteterapeutické pracoviště k dispozici výkonnou výpočetní techniku, díky které vznikl archiv výtvarných prací pacientů a to včetně fotodokumentace výstav.

Pacienti se nejčastěji dostanou k arteterapii na základě odborného posudku ošetřujícího lékaře. Mezi nejčastější diagnózy pacientů docházejících na terapii patří deprese, schizofrenní poruchy, maniodepresivní psychózy, poruchy osobnosti a závislosti. Lékaři všech oddělení mohou pacientům do léčby začlenit individuální terapii. Skupinová terapie se týká pacientů z oddělení 24, 26 a 27. (Strejčková, 2010)

## 4 Závislost

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí je syndrom závislosti 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.

### 4.1 Znaky závislosti

Charakteristické pro syndrom závislosti je touha. Tato touha může být velice silná, často až přemáhající brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák. Definitivní diagnóza se obvykle stanovuje pokud, během jednoho roku dojde ke třem a více z následujících jevů:

- Silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving);
- potíže v sebeovládání při užívání látky;
- tělesný odvykací stav;
- průkaz tolerance k účinku látky. Je vyžadováno stále vyšších dávek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami;
- postupné zanedbávání jiných zájmů nebo potěšení ve prospěch užívání psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku;
- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: např. poškození jater nadměrným požíváním alkoholu či depresivní stavy.

Syndrom závislosti může být přítomen pro určitou látku, třídu látek, nebo širší řadu různých látek. Závislost na alkoholu je označována jako F10.2. (Nešpor, 2011)

## 5 Závislost na alkoholu

*„Alkoholikem je ten, kdo nadměrně užívá alkoholických nápojů a stává se na jejich pravidelné, nebo občasné konzumaci závislý.“ (Hosek, 1998; s. 10)*

### 5.1 Vývoj závislosti

*„Vznikem návyku bývá často nejvíce ohrožen ten, kdo alkohol dobře snáší“ (Marhounová, 1995; s. 66)*

Vznik i vývoj závislosti ovlivňuje celá řada aspektů, které se týkají hlavně interakce člověka, prostředí a podnětů, se kterými přijde jedinec do kontaktu a také dostupnost psychoaktivní látky, v případě této práce, alkoholu. Některá z těchto složek může být dominantní, avšak na rozvinutí závislosti má vliv interakce všech čtyř zmíněných aspektů, ne pouze jeden faktor. Závislost se týká celého člověka po stránce biologické, psychické, sociální i přesahový. Má-li být léčba úspěšná, je potřeba vzít v potaz všechna tato hlediska a léčbu provádět komplexně. (Orel a kolektiv, 2012)

Rychlost vybudování si závislosti je různá u každého člověka. Závisí na dispozicích jedince, věku při začátku pití a také způsobu zneužívání alkoholu. Čím má jedinec větší dispozice a čím mladší tato osoba je na začátku užívání alkoholu, tím rychleji závislost vzniká. Pokud jedinec začne pravidelně pít, vybavený vrozenou dispozicí, projeví se u tohoto jedince závislost obvykle do 35 let věku. (Pecinovská, 2011)

### 5.2 Vývojová stadia závislosti podle Jellineka

#### 5.2.1 Počáteční fáze

Pro počáteční fázi je typické častější „příležitostné“ pití, které přináší euforii. Jedinec pije kvůli psychotropním účinkům alkoholu, díky kterým se cítí lépe, než střízlivý. Během stavu intoxikace totiž dokáže překonávat situace, které jsou pro jedince, když je střízlivý neřešitelné nebo obtížné řešit. Díky tomu, že se jedinci alkohol jako „řešení problému“ osvědčil, využívá tento prostředek častěji. Častější konzumace vede k rozvoji adaptačních mechanismů. Začíná stoupat tolerance, a tak i nutná dávka pro stejný účinek, pro který dříve stačila nižší dávka alkoholu. (Pecinovská, 2011)

Známky opilosti v tomto stadiu nejsou příliš výrazné. Jedinec má často pověst člověka, který „hodně vydrží a není to na něm znát“. (Pecinovská, 2011)



### 5.2.2 Prodrómální fáze

V této varovné fázi je již vyšší vazba na alkohol, který se stává nutností. Opilost se stává být viditelná, ale stále vnímaná jako občasné nedopatření. Během intoxikace alkoholem se cítí jedinec ve formě, častěji tak vyhledává příležitost se napít. Aby tento jedinec dosáhl stejné hladiny jako ostatní, musí získat náskok. Často pije tajně, protože je to jemu samotnému trapné. Tento jedinec začíná být citlivý na zmínky o alkoholu. Během intoxikace se kontroluje, aby okolí nic nepoznalo. Objevují se i tzv. okénka (palimpsezy), neboli výpadky paměti. Jedinec si při těchto stavech nepamatuje průběh své intoxikace alkoholem. Tajné pití a vzrůstající počet nechtěných opilostí spolu s „okénky“ prohlubují pocit viny. Ten pak v jedinci vyvolává odhodlání vyrovnat se s alkoholem a všemi jeho účinky. Tato snaha může vyvolat bludný kruh vedoucí k závislosti. (Pecinovská, 2011)

První a druhá fáze jsou stadia předchorobní. V okamžiku, kdy se ke druhé fázi přidají okénka, je to známka konce druhé fáze a začátku třetí, kdy se už jedná o nemoc. (Pecinovská, 2011)

### 5.2.3 Kruciální fáze

Jedná se o rozhodující fázi. Tolerance stále roste, jedinec snese velké množství alkoholu, aniž by to na něm bylo znát. Postupně dochází ke stavu, kdy pacientovi příjemná hladina v podstatě splývá s hladinou, kdy je viditelně opilý. V praxi tato situace vypadá tak, že jedinec dlouhou dobu vypadá střízlivě, ale poté mu náhle stačí jedna sklenka a opije se úplně. (Pecinovská, 2011)

V tomto stadiu přichází jev, který se nazývá „změna kontroly pití“. Alkohol se již stal běžnou součástí metabolismu. Během této fáze stačí chuťové receptory podráždit nepatrnou dávkou alkoholu a organismus reaguje změnou psychických procesů, a rozjíždí se tak další pití, které končí opilostí. Jediné řešení je abstinence. (Pecinovská, 2011)

Každé pití nemusí nutně končit opilostí. Zatím se jedná o pouze o změnu kontroly pití. Díky tomu se však jedinec domnívá, že má situaci pod kontrolou a že dokáže kontrolovaně pít. (Pecinovská, 2011)

Díky zvyšující se frekvenci viditelných opilostí, roste i četnost konfliktů s okolím. Postižený jedinec si buduje tzv. racionalizační systém, který má za úkol podat okolí vysvětlení svého pití. Tento systém je součástí tzv. alkoholocentrického myšlení a chování, kdy postiženému jedinci zabere čím dál tím více času získat drogu, případně

drogu ukrývat.. Během alkohocentrického chování upadají koníčky a zájmy postiženého jedince. Často jedinec přestává stačit na své povinnosti. (Pecinovská, 2011)

Čím více je chování postiženého jedince v rozporu s jeho normálním chováním, tím více pociťuje vinu. Dochází ke stavu, že sám jedinec uvěří svému racionalizačnímu systému, aby se obhájl sám před sebou. V této fázi dochází ke změně člověka. Z dříve zodpovědného spolehlivého jedince je teď absolutně nespolehlivý člověk. Může se objevit lhaní, zloba, podvody a další nežádoucí jevy. U osoby závislé na alkoholu roste v tomto stadiu vztahovačnost. Jedinec se zoufale snaží, aby na něm okolí nepoznalo, jak špatně na tom je. Díky této vztahovačnosti vznikají a rostou konflikty s okolím. (Pecinovská, 2011)

V této fázi už pro jedince přestává být důležité, co pije. Dostupnost levného alkoholu je pestrá, takže závislé osoby nemusí sahat po technickém alkoholu. Zdravotní stav postižených se horší, většina již zanedbává životosprávu, hlavně pak správnou výživu. Na místě je léčba. Bohužel spousta postižených přichází na léčbu s několikaletým zpožděním. Většina však léčbu vůbec nevyhledá a pije i nadále. Tento stav dojde až tak daleko, kdy je jedinec více dní v týdnu opilý než střízlivý. (Pecinovská, 2011)

#### **5.2.4 Terminální fáze**

Tato fáze je fází konečnou. Typický bývá nepříjemný stav po vystřízlivění. Tento stav běžně postižený jedinec řeší další dávkou alkoholu. Jedná se o tzv. ranní doušky, ze kterých se může stát i několikadenní tah, během kterého nedojde k vystřízlivění. V tomto období už je jedinci opravdu jedno, co pije. Na řadu tak může přijít Okena, Alpa či kolínská voda. (Pecinovská, 2011)

Jako následek vyčerpání organismu a poškození jater dochází k poklesu tolerance, a tak se postižený opije menší dávkou alkoholu než dříve. Začínají se objevovat různá orgánová poškození. Ohrožená jsou játra, slinivka břišní, trávicí, oběhový či nervový systém včetně psychických poruch. Nastává úpadek osobnosti. Jediné, co je pro závislého jedince důležité, je droga. Může se objevit i pokus o sebevraždu. Přichází stav, kdy to nejde bez drogy, ani s ní. V této fázi se většinou dostaví potřeba odborné pomoci. Větší šance na vyléčení by byla, kdyby se postižený začal léčit v nižší fázi vývoje závislosti. (Pecinovská, 2011)

Ve třetí či čtvrté fázi může kdykoliv dojít ke chronifikaci choroby. Poté jsou následky trvalé a neodstranitelné. Jedná se pak o chronickou závislost na alkoholu. (Pecinovská, 2011)

## **5.3 Typy konzumentů**

Podle Hoska existují čtyři typy lidí závislých na alkoholu.

### **5.3.1 Běžný konzument**

Do této skupiny se může zařadit spousta z nás. Jedná se o příležitostnou konzumaci alkoholu. Někdy se toto pití vystupňuje a druhý den následuje nepopulární kocovina. (Hosek, 1998)

### **5.3.2 Iniciativní konzument**

Pro tento typ konzumenta je typické záměrné vyhledávání příležitosti pro napití se. Nepočítají se oslavy narozenin či náhodná posezení s přáteli a podobně. Stále jde o bezproblémového konzumenta, ale s rizikovou mírou pití. Na této úrovni se může jedinec pohybovat i roky. (Hosek, 1998)

### **5.3.3 Stop alkoholik**

Tento typ je znám i pod pojmem „kvartální piják“. Pije v časových intervalech, které může jedinec do jisté míry ovlivnit či vybrat. Mezi jednotlivými alkoholickými období jsou různě dlouhé přestávky, které mohou trvat dny, týdny i měsíce. Záleží i na intenzitě konzumace. (Hosek, 1998)

### **5.3.4 Nonstop alkoholik**

Postižený pije permanentně, pokud u něj nenastane překážka nucené abstinence. Například odnětí svobody, hospitalizace či nedostatek finančních prostředků. (Hosek, 1998)

## 6 Následky alkoholové závislosti

Nadměrné pití alkoholu, jak je obecně známo, vede k fyzickému i psychickému poškození zdraví člověka.

### 6.1 Somatické následky

Funkční a orgánové poškození související s alkoholem závisí zejména na množství požitého alkoholu a délce požívání. Citlivost jednotlivých tkání a orgánů je různá, díky tomu je obtížné stanovit obecnou hranici mezi škodlivou a relativně neškodnou dávkou alkoholu. Avšak dá se říci, že již 15 gramů alkoholu denně poškozuje některé orgány. (Skála a kolektiv, 1987)

Nejčastější zdravotní komplikace u pacientů závislých na alkoholu postihují:

- Játra
- Slinivku břišní
- Trávicí trakt
- Ledviny
- Srdce a krevní oběh
- Dýchací systém (Pecinová, 2011)

### 6.2 Psychické komplikace alkoholové závislosti

Po dlouholeté konzumaci alkoholických nápojů, hlavně těch koncentrovaných, vznikají alkoholické psychózy. (Marhounová, 1995)

Mezi nejčastěji vyskytující se patří delirium tremens, Korsakova psychóza a alkoholická paranoidní psychóza. „*Spouštěcím mechanismem alkoholické psychózy může být např. docela obyčejná chřipka, způsobující oslabení organismu.*“ (Marhounová, 1995; s. 69)

#### 6.2.1 Delirium tremens

Začíná obvykle v noci. Mezi základní příznaky patří pomatené vědomí a třes. Pacient má obavy, je zmatený a ztrácí orientaci. Součástí jsou nejčastěji zrakové a tělové halucinace a iluze. Pacient si myslí, že vidí např. hmyz, který po něm leze. (Marhounová, 1995)

Vyskytuje se nejčastěji u pacientů ve věku 30 až 50 let. Rozvoj deliria je pravděpodobný po náhlém přerušení dlouhodobé, každodenní masivní konzumace alkoholu.

Riziko je o to větší u pacienta, který nepřijímá potravu nebo prodělal delirium či trpí epilepsií. (Pecinovská, 2011)

### **6.3 Sociální následky alkoholové závislosti**

Alkoholismus je velká zátěžová situace pro celou rodinu. Abnormalita vztahů a rozvoj různých obranných mechanismů vede k narušení či k úplnému zničení vzájemných vazeb a vztahů. Dochází k negativním změnám v chování. (Vágnerová, 1999)

Jedinec závislý na alkoholu není schopen plnit rodičovskou roli a ani psychologickou, sociální či materiální funkci. (Fischer, 2009)

Závislost na alkoholu je také spojená se zhoršeným pracovním výkonem či jeho úplnou ztrátou, taktéž následná ztráta pracovních dovedností včetně návyků potřebných pro výkon řádného a trvalého povolání. Konečná fáze je ztráta zaměstnání a sociálních vztahů s ním spojených. (Fischer, 2009)

Alkohol je nejrozšířenější, nejčastěji užívanou a v našem sociokulturním prostředí značně akceptovanou psychoaktivní látkou. Dojde-li k překročení této relativní normy, je postižený jedinec předmětem sociálního stigmatu. Od společnosti může nastat odmítání, kritika, opovrhování či dokonce štitivost. Jedinci hrozí sociální izolace. Rizikem sociální izolace je fakt, že tento jedinec nachází útěchu u podobných jedinců jako je on sám. To je krok do začarovaného kruhu. Často pak dochází k poruchám chování, hlavně k delikventnímu chování. (Fischer, 2009)

## 7 Léčba závislosti na alkoholu

*„Pokud se ze zneužívání vyvine chorobná závislost a postižený ztratí schopnost svými vlastními silami zvládnout cestu zpátky, přichází ke slovu léčba.“* (Heller, 2011; s. 121)

Léčba nevede k odstranění poruchy, která působí změnu v kontrole, ani není možné odstranit vnitřní afinitu organismu k droze. Dosahuje se pouze úzdravy. To znamená, že dokáže vymizení příznaků choroby, pro jejíž udržení je nutno důsledně a trvale dodržovat absolutní doživotní abstinenci. Léčba může probíhat jako ústavní, ambulantní, nebo stacionární. (Heller, 2011)

### 7.1 Ústavní léčba

Ústavní léčbou se rozumí pobyt na nemocničním lůžku o minimální délce 4-6 týdnů. To je doba, která je nutná k detoxifikaci. Detoxifikace je nejen odstranění drogy z těla, ale také odstranění následků, které droga způsobila. Ústavní léčba přichází na řadu, když pacient není schopen abstinence za pomoci vlastních sil a k droze se vrací i přes zdravotní komplikace, které mu droga přináší a bez ohledu na své okolí. (Heller, 2011)

Komplexní léčebný program zahrnuje detoxifikaci, s navazující psychoterapií s rehabilitačními a resocializačními technikami a podpůrnou farmakoterapií.

Používá se spíše krátkodobá ústavní léčba, to je pobyt na 3 až 4 měsíce. Doléčovací programy by měly následovat po ukončení pobytu v rámci ambulantní léčby. (Heller, 2011)

Během ústavní léčby může být pacientovi či jeho rodině nápomocný sociální pracovník. Ten dokáže rodině pomoci v těžkém období odkázáním na specializované služby, jako jsou poradny či terapie. Sociální pracovník se zaměřuje na komunikaci v rodině a fungování vzájemné podpory a pomoci. (Kuzníková, 2011)

### 7.2 Kontrolované pití

Podle Nešpora může být kontrolované pití legitimní cíl pro pacienty, kteří bojují s alkoholovou závislostí.

Nešpor uvádí, pro koho se kontrolované pití nehodí:

- Závislí na alkoholu, zejména pokud dřívější pokusy o kontrolované pití selhaly;
- nemocní pacienti, kterým alkohol nemoc zhoršuje (např. nemoci jater, epilepsie atd.);
- pacienti, kteří užívají léky, které nejsou slučitelné s alkoholem;

- lidé, kteří řídí dopravní prostředek nebo se věnují rizikové činnosti;
- těhotné ženy;
- děti a mladiství;
- abstinující osoby. (Nešpor, 1996)

### 7.2.1 Technika kontrolovaného pití

*„Pití s mírou znamená také umět nepít vůbec, proto se doporučuje zahájit nácvik kontrolovaného pití třicetidenní abstinencí.“* (Nešpor, 1996; s. 120)

Pro techniku kontrolovaného pití by měl pacient dodržovat několik zásadních bodů:

- Čím menší koncentrace alkoholu v nápoji, tím lépe
- Čím menší doušky, tím lépe
- Čím delší intervaly mezi doušky, tím lépe
- Čím kratší doba pití, tím lépe
- Nepít nalačno
- Doporučuje se napodobování zdrženlivé osoby k alkoholu (Nešpor, 2006)

### 7.3 Doléčovací programy

*„Doléčovací programy, ať ústavní či ambulantní formy, mají svůj nejdůležitější úkol ve stabilizaci změn v životním stylu za podmínek skutečné interakce pacienta se svým běžným prostředím a okolím.“* (Heller, 2011; s. 132)

Po ukončení intenzivní léčby nastává fáze dlouhodobého ambulantního doléčování, rehabilitace. Vhodné jsou pravidelné návštěvy terapeutické skupiny nebo socioterapeutického klubu či jiných zařízení. (Skála, 1987)

V doléčovacích programech má podpůrný charakter i sociální práce. Témata, která se týkají každého pacienta, po opuštění léčebny jsou: partnerské a rodinné vztahy, stabilizace sociálního fungování a další. Podpora klienta sociálního pracovníka spočívá v zpřehlednění závazků a záležitostí, které klient musí řešit. Sociální pracovník také pomůže při vyjednávání úředních záležitostí. Klienti se často potýkají s problémy kolem trestního, rodinného, občanského či pracovního práva. Při řešení jim může být nápomocen právě sociální pracovník. (Matoušek, 2010)

#### **7.4 Metoda „Semafor“**

Tato metoda je velmi vhodná, když se objeví bažení a když člověk dostane špatný nápad jako jít do hospody například. V této situaci by si měl postižený uvědomit červené světlo, které mu říká stop, zastavit, uvažovat. Poté následuje oranžové světlo, to značí možnosti. Výběr možností a uvědomění si následků jednání. Nakonec je světlo zelené, to značí uskutečnění vybrané možnosti a její následné zhodnocení. (Nešpor, 2004)

Otázka týkající se možnosti uplatnění metody Semafor v osobním životě je položena v dotazníku pro klienty PL v Dobřanech ve výzkumné části. V příloze je vizuální ukázka této metody.



## 8 Výzkumného šetření

V teoretické části se autorka věnovala tématům arteterapie, závislosti na alkoholu a představila Psychiatrickou léčebnu v Dobřanech. V praktické části se autorka zabývá výzkumným šetřením a jeho výsledkům. Surynek definuje výzkum: „*Výzkum je systematizované vědecké poznávání. Výzkumy musí poskytovat informace podložené, zaměřené na systematizaci a zařazení zkoumaných jevů, odhalení skrytých vztahů a funkcí, na zjištění souvislostí a příčin a také na měření uvedených skutečností.* (Surynek, 2001; s. 29) 80-7261-038-4

Kvantitativní výzkum realizujeme v případě relativně jednoduchých a do určité míry poznávaných jevů. Za základní úkol považuje kvantitativní výzkum měření rozsahu výskytu a zastoupení, frekvence a intenzity (Surynek, 2001)

Autorka si zvolila jako výzkumnou metodu dotazník, který byl vyplňován anonymně a na základě dobrovolného rozhodnutí pacienta. Dotazník patří mezi nejfrekventovanější metodu zjišťování údajů. Je určen pro získávání údajů o velkém počtu respondentů. Dotazníkem můžeme získávat velké množství informací v relativně krátkém časovém úseku. (Gavora, 2000) 80-85-931-79-6

### 8.1 Výzkumný cíl práce

Autorka této práce si stanovila jako výzkumný cíl potvrdit hypotézu, že je arteterapie v Psychiatrické léčebně v Dobřanech efektivní a přínosná pro její klienty.

### 8.2 Výzkumný soubor

Respondenty výzkumného šetření jsou osoby závislé na alkoholu v Psychiatrické léčebně v Dobřanech. Výzkumný soubor činí celkem 43 osob, z toho 31 mužů a 12 žen. Větší zastoupení respondentů mužů, je díky dvojnásobně větší kapacitě mužského oddělení. Všechny osoby jsou starší 18 let.

## 9 Výsledky výzkumného šetření

Výsledky získané z dotazníků autorka zpracovávala v programu MS Excel. Díky vyfiltrování odpovědí je možné vidět výsledky z mnoha úhlů pohledu.

### 1. Pohlaví

| Odpověď | Četnost | Celkem v % |
|---------|---------|------------|
| Ženy    | 12      | 28 %       |
| Muži    | 31      | 72 %       |
| Celkem  | 43      | 100 %      |

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 43 osob, z toho 12 žen a 31 mužů. Větší zastoupení mužů je z důvodu větší kapacity na oddělení 24, které je určeno pouze pro muže.

### 2. Věk

| Odpověď | Ženy | Muži | Celkem | Celkem v % |
|---------|------|------|--------|------------|
| 18-25   | 0    | 2    | 2      | 5%         |
| 26-35   | 3    | 8    | 11     | 26 %       |
| 36-45   | 6    | 10   | 16     | 37 %       |
| 46+     | 3    | 11   | 14     | 32 %       |

Většina respondentů je starší než 26 let. Největší zastoupení měla věková skupina mezi 36-45 lety, celkem 37%. Druhé největší zastoupení měla skupina 46+, celkem 32 %. Nejmenší zastoupení měla skupina 18-25 let a to 5 %.

### 3. Kolikrátý pobyt v PL v Dobřanech absolvujete?

| Odpověď   | Ženy | Muži | Celkem | Celkem v % |
|-----------|------|------|--------|------------|
| 1.        | 8    | 21   | 29     | 67 %       |
| 2.        | 2    | 3    | 5      | 12 %       |
| 4. - 5.   | 2    | 7    | 9      | 21 %       |
| 6. a více | 0    | 0    | 0      | 0 %        |

67 % respondentů bylo na léčbě poprvé. Druhou nejčetnější odpovědí byl 3. - 5. pobyt (21 %), třetí nejčetnější skupina tvořila druhý pobyt (12 %). Nikdo z dotázaných neabsolvoval 6 a více pobytů.

Zajímavé je, že většina z těch, kteří odpověděli, že absolvují již 3. - 5. pobyt tvrdí, že nepřemýšlí o kontrolovaném pití. Většina z těchto pacientů si věří, že po ukončení léčby zvládnou „spíše ano“ abstinovat.

#### 4. Jaký alkoholický nápoj jste před nástupem léčby konzumoval/a?

| Odpověď       | Ženy | Muži | Celkem | Celkem v % |
|---------------|------|------|--------|------------|
| Pivo          | 0    | 2    | 2      | 5 %        |
| Víno          | 5    | 4    | 9      | 21 %       |
| Tvrký alkohol | 2    | 7    | 9      | 21 %       |
| Kombinace     | 5    | 18   | 23     | 53 %       |

Nejčastější odpověď na otázku „Jaký alkoholický nápoj jste před nástupem léčby konzumoval/a?“ je odpověď „kombinace“. Odpovědělo tak 53 % respondentů. Víno a tvrdý alkohol jsou na místě druhém (po 21 %). Jen dva respondenti, muži, označili pivo jako nejčastější alkoholický nápoj, který konzumovali před nástupem léčby. Podle Mgr. Strejčkové sice někteří na pivu začínali, ale jen minimum osob závislých na pivu se dostane až k léčbě. Také většina závislých osob upřednostňuje rychlý nástup účinku alkoholu, což jim zajistí destiláty, pivo má nízký obsah alkoholu.

Většina z těch, kteří odpověděli, že pili kombinaci alkoholických nápojů, tvrdí že pili denně, nebo několikrát do týdne jen tři respondenti uvedli, že pili pouze příležitostně.

#### 5. Jak často jste byl/a zvyklý/á pít alkoholické nápoje?

| Odpověď             | Ženy | Muži | Celkem | Celkem v % |
|---------------------|------|------|--------|------------|
| Každý den           | 6    | 15   | 21     | 49 %       |
| Několikrát do týdne | 5    | 11   | 16     | 37 %       |
| Příležitostně       | 1    | 4    | 5      | 12 %       |
| Téměř vůbec         | 0    | 1    | 1      | 2 %        |

Většina respondentů uvedla, že byli zvyklí pít každý den nebo několikrát do týdne. Výzkumné šetření ukázalo, že to jaký nápoj pili, nemá na frekvenci pití žádný vliv.

Pět dotázaných odpovědělo, že pili příležitostně. Všichni z těchto pacientů si věří, že určitě, nebo spíše ano zvládnou abstinovat po ukončení léčby. Většina z těch, kteří odpověděli, že pijí příležitostně, se s arteterapií ještě nesetkala a téměř všichni by ji vítali více než jednou týdně.

Pouze jeden respondent uvedl, že nepil téměř vůbec. Jedná se o pacienta, který absolvuje svůj 3. - 5. pobyt a pil hlavně tvrdý alkohol. Závislost na alkoholu vidí jako sociální problém, neuvažuje o kontrolovaném pití po ukončení léčby a také věří, že po opuštění léčebny zvládne abstinovat.

## 6. Setkal/a jste se dříve s arteterapií?

| Odpověď | Ženy | Muži | Celkem | Celkem v % |
|---------|------|------|--------|------------|
| Ano     | 5    | 10   | 15     | 35 %       |
| Ne      | 7    | 21   | 28     | 65%        |

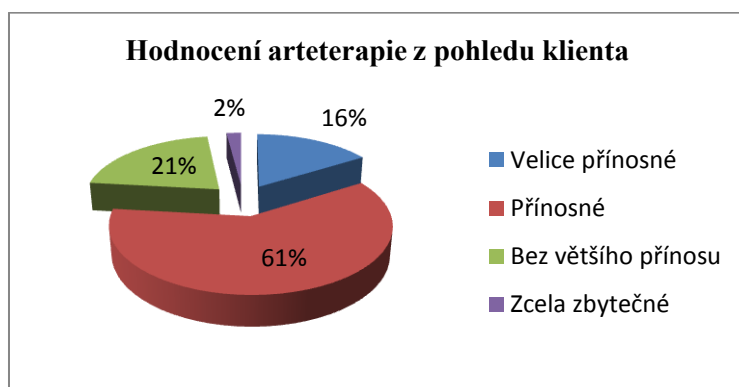
65 % respondentů se s arteterapií ještě nesetkalo, 35 % ano. Naprostá většina odpovídajících, kteří se s arteterapií ještě nesetkali, absolvuje svůj první pobyt. Většina z těchto respondentů hodnotí terapii jako přínosnou, nebo velice přínosnou. Jen několika výjimkám připadá terapie bez většího přínosu.

Mezi 35 % respondentů, kteří se s arteterapií již dříve setkali, je většina pacientů na svém více než prvním pobytu, a tak měli možnost arteterapii již poznat.

## 7. Jak hodnotíte arteterapii?

| Odpověď             | Ženy | Muži | Celkem | Celkem v % |
|---------------------|------|------|--------|------------|
| Velice přínosné     | 2    | 5    | 7      | 16 %       |
| Přínosné            | 8    | 18   | 26     | 61 %       |
| Bez většího přínosu | 2    | 7    | 9      | 21 %       |
| Zcela zbytečné      | 0    | 1    | 1      | 2 %        |

Graf č. 1: Jak hodnotíte arteterapii?



Na grafu je možné vidět, že nejčastěji připadá arteterapie klientům přínosná. Odpovědělo tak celých 61 %.

Pacienti, kteří hodnotí arteterapii jako přínosnou, mají při tvorbě také většinou příjemné pocity, nebo žádné. Většinou se jim tyto pocity zlepšily, nebo nezměnily.

Arteterapie připadá zcela zbytečná pouze jednomu respondentovi, to činí v celkovém úhrnu jen 2 %. Tomu terapii nepřinesla nic a podle jeho názoru by nemusela být vůbec. O individuální terapii zájem nemá. Pocity při tvorbě nemá žádné a tyto pocity se mu ani nezměnily.

Velice přínosná připadá arteterapie 7 respondentům, tj. 16 %. Tito respondenti by ji většinou vítali 2x i 3x týdně a občas plánují malovat i po ukončení léčby, mají u ní příjemné pocity a někteří dokonce nadšení, většině se také zlepšily pocity během tvorby a věří si, že spíše zvládnou, nebo určitě zvládnou abstinovat po ukončení léčby. Většina z těchto respondentů neplánuje kontrolované pití. Pacientům, kteří uvedli, že je pro ně arteterapie velice přínosná, vyhovuje komunikace během ní a skoro všichni by spíše vítali i individuální arteterapii.

Bez většího přínosu připadá arteterapie 9 pacientům, tj. 21 %. Těmto dotázaným stačí terapie 1x týdně a všichni odpověděli, že nepocítují žádnou změnu. Asi polovina se s arteterapií již dříve setkala, druhá polovina nikoliv. O individuální arteterapii tito respondenti zájem nemají, pouze jedna osoba odpověděla ano. Většina respondentů z této skupiny malovat po ukončení léčby nebude nebo zatím neví, komunikace během terapie jim vyhovuje, nebo jim připadá dostatečná.

## 8. Jaké pocity máte při malování?

| Odpověď          | Ženy | Muži | Celkem | Celkem v % |
|------------------|------|------|--------|------------|
| Nadšení          | 0    | 2    | 2      | 5 %        |
| Příjemné         | 6    | 15   | 21     | 49 %       |
| Žádné            | 4    | 11   | 15     | 35 %       |
| Obavy z výsledku | 2    | 3    | 5      | 12 %       |

49 % respondentů odpovědělo, že mají příjemné pocity při malování, 35 % nemá pocity žádné. Obavy z výsledku, nebo nadšení odpovědělo dohromady jen 7 respondentů (celkem 17 %). Respondentům, kteří uvedli, že mají příjemné pocity při malování, většinou stačí terapie jednou týdně, několik pacientů by ji vítalo dvakrát do týdne.

Pacienti, kteří odpověděli, že pocítují při malování nadšení, by vítali terapii 3x týdně i více a měli by zájem o individuální terapii. V malování budou pokračovat i po skončení léčby. Ti, kteří uvedli, že mají při malování obavy, zároveň uvedli, že se jim pocity zlepšily.

Respondenti, kteří nemají žádné pocity při malování, většinou uvedli, že nenastala ani žádná změna. Pouze několik pacientů odpovědělo, že u nich došlo ke zlepšení pocitů. Jedná se především o klienty, kterým stačí arteterapie jednou týdně, většina z nich ještě neví, zda budou po ukončení léčby v malování pokračovat, nebo pokračovat vůbec nebudou. Většině připadá komunikace během terapie vyhovující, nebo dostatečná.

## 9. Jak se Vám podařilo změnit tyto pocity během docházení na arteterapii?

| Odpověď             | Ženy | Muži | Celkem | Celkem v % |
|---------------------|------|------|--------|------------|
| Zlepšily se         | 7    | 10   | 17     | 40 %       |
| Žádná změna         | 3    | 15   | 18     | 42 %       |
| Zhoršily se         | 0    | 1    | 1      | 2 %        |
| Mám teď jiné pocity | 2    | 5    | 7      | 16 %       |

Většina respondentů uvedla, že se jim pocity během docházení na arteterapii nezměnily, nebo se jim pocity zlepšily (celkem 82 %). Autorka se domnívá, že 42 % dotázaných uvedlo, že se jejich pocity nezměnily proto, že už předtím byly příjemné.

Jiné pocity má sedm respondentů (16 %). Pouze jeden klient odpověděl, že se mu pocity zhoršily, přitom hodnotil terapii jako přínosnou a dodala mu náhled na problém, dokonce by měl zájem o individuální terapii.

## 10. Uvažujete po ukončení léčby o kontrolovaném pití?

| Odpověď               | Ženy | Muži | Celkem | Celkem v % |
|-----------------------|------|------|--------|------------|
| Ano                   | 4    | 2    | 6      | 14 %       |
| Myslím, že to zvládnu | 4    | 4    | 8      | 19 %       |
| Ne                    | 4    | 24   | 28     | 65 %       |
| Nikdy                 | 0    | 1    | 1      | 2 %        |

65 % respondentů odpovědělo, že neuvažuje o kontrolovaném pití. Z toho 21 % považuje závislost na alkoholu jako sociální problém. Z 65 % dotázaných, kteří uvažují o kontrolovaném pití, odpovědělo 79 % pacientů optimisticky, co se týká abstinence po ukončení léčby.

Pouze jeden pacient odpověděl, že „nikdy“ neuvažuje o kontrolovaném pití. Jde o člověka, kterému arteterapie přinesla náhled na problém, nevidí alkoholismus jako sociální problém a po ukončení léčby si věří, že zvládne abstinovat.

Šest respondentů (14 %) odpovědělo, že o kontrolovaném pití uvažují. Všichni tito pacienti jsou starší než 36 let na léčení poprvé. Věří si, že zvládnou abstinovat po ukončení léčby, vidí závislost na alkoholu jako sociální problém a o metodě „semafor“ si myslí, že je „spíše ano“ využitelná po skončení léčby v osobním životě.

Osm respondentů (19%) odpovědělo „myslím, že to zvládnu“. Mezi těmito respondenty jsou téměř všichni, co si věří abstinovat po ukončení léčby, ale přesně polovina z nich neshledává metodu „semafor“ jako využitelnou v osobním životě.

### 11. Myslíte si, že je závislost na alkoholu sociální problém?

| Odpověď   | Ženy | Muži | Celkem | Celkem v % |
|-----------|------|------|--------|------------|
| Ano       | 9    | 18   | 27     | 63 %       |
| Spíše ano | 2    | 6    | 8      | 19 %       |
| Spíše ne  | 1    | 0    | 1      | 2 %        |
| Ne        | 0    | 7    | 7      | 16 %       |

63 % respondentů odpovědělo, že závislost na alkoholu je sociální problém. 19 % odpovědělo, že se „spíše ano“ jedná o sociální problém a zbylých 18 % nevidí závislost na alkoholu jako sociální problém.

Respondenty, které nepovažují závislost na alkoholu jako sociální problém, spojuje optimismus, že po ukončení léčby zůstanou abstinovat a všichni tito pacienti jsou na svém prvním léčení.

### 12. Myslíte si, že metoda „Semafor“ je využitelná po ukončení léčby?

| Odpověď   | Ženy | Muži | Celkem | Celkem v % |
|-----------|------|------|--------|------------|
| Ano       | 3    | 7    | 10     | 25 %       |
| Spíše ano | 6    | 6    | 12     | 30 %       |
| Spíše ne  | 2    | 13   | 15     | 38 %       |
| Ne        | 1    | 2    | 3      | 7 %        |

Tři respondenti do dotazníku vepsali, že metodu „semafor“ neznají. Pravděpodobně proto, že jsou na léčbě noví, a metodu tak ještě nestihli poznat. Největší zastoupení má odpověď „spíše ne“, to činí celkem 38 % všech, kteří odpověděli.

Jen tři respondenti (7 %) odpověděli, že se jim metoda nezdá využitelná po ukončení léčby. Jedná se o pacienty, kteří neuvažují o kontrolovaném pití. Všem arteterapie přinesla sebezpoznání. Závislost na alkoholu vidí tato skupina stejně a to jako sociální problém. Dva ze třech takto odpovídajících klientů jsou na léčbě již podruhé.

Respondentům, kteří odpověděli ano, nebo spíše ano se jeví arteterapie přínosná nebo velice přínosná. To také vysvětluje, že i metoda „semafor“ připadá těmto respondentům využitelná v osobním životě.

### 13. Plánujete po odchodu z léčby další spolupráci s:

| Odpověď            | Ženy | Muži | Celkem | Celkem v % |
|--------------------|------|------|--------|------------|
| Psycholog          | 5    | 18   | 23     | 53 %       |
| Terapeutická skup. | 1    | 3    | 4      | 9 %        |
| Neplánuji          | 2    | 6    | 8      | 19 %       |
| Jiné               | 4    | 4    | 8      | 19 %       |

Naprostá většina (53 %) respondentů odpověděla, že po odchodu z léčby budou spolupracovat s psychologem. Často byla tato odpověď označena s odpovědí „terapeutická skupina“. Několik respondentů tak bude pokračovat po odchodu z léčby ve spolupráci kombinovaně s psychologem a s terapeutickou skupinou.

19% neplánuje další spolupráci s odborníky. Všichni respondenti, kteří tak odpověděli, jsou prvoúčastníky léčby. Většina z nich uvádí, že pila každý den, nebo několikrát do týdne a také se domnívají, že zvládnou abstinovat po ukončení léčby.

Mezi odpověď „jiné“ často pacienti řadili psychiatry a jeden pacient FN Plzeň.

#### 14. Věříte si, že zvládnete abstinovat po ukončení léčby?

| Odpověď           | Ženy | Muži | Celkem | Celkem v % |
|-------------------|------|------|--------|------------|
| Určitě            | 4    | 10   | 14     | 33 %       |
| Spíše ano         | 7    | 15   | 22     | 51 %       |
| Nejsem si jistý/á | 0    | 6    | 6      | 14 %       |
| Spíše ne          | 1    | 0    | 1      | 2 %        |

Více jak polovina respondentů si věří, že zvládnou abstinovat po ukončení léčby. Najdeme mezi nimi i optimistické pacienty, kteří absolvují svůj již 3. - 5. pobyt.

33 % respondentů je o své abstinenci po odchodu z léčby přesvědčeno. Jedná se o prvoúčastníky léčby s výjimkou jednoho pacienta, který absolvuje svůj 3. - 5. pobyt. Tito pacienti jsou optimističtí. Jedná se o jejich první léčbu a často si ani nedovedou představit, jak těžké je odolat v domácím prostředí nástrahám alkoholu. Většina z těchto respondentů uvedla, že pila každý den, nebo několikrát do týdne.

14 % respondentů si není jisto, zda zvládne abstinovat. Jedná se o účastníky, kteří mají za sebou minimálně jeden pobyt, většina z nich dokonce absolvuje již 3. - 5. Pobyt. Tito klienti si již vyzkoušeli, jak je náročné pokračovat v abstinenci po návratu do domácího prostředí. 100 % respondentů z této skupiny uvádí, že metoda „semafor“ je spíše nevyužitelná po ukončení léčby.

Jedínek, který si v abstinenci nevěří, je na léčení již podruhé. Jedná se o pacienta staršího 46 let, který neuvažuje o kontrolovaném pití a arteterapie mu přinesla sebepoznání. Terapii hodnotí jako přínosnou a díky ní se mu i zlepšily pocity během malování.



### 15. Myslíte si, že by arteterapie měla být vícekrát než 1x týdně?

| Odpověď                          | Ženy | Muži | Celkem | Celkem v % |
|----------------------------------|------|------|--------|------------|
| 1x je dostačující                | 9    | 15   | 24     | 56 %       |
| Vyhovovala by mně 2x týdně       | 3    | 9    | 12     | 28 %       |
| Uvítal/a bych ji 3x týdně i více | 0    | 4    | 4      | 9 %        |
| Nemusela by být vůbec            | 0    | 3    | 3      | 7 %        |

Více než většině respondentů vyhovuje arteterapie jednou do týdne. Komunikace během arteterapie této skupině respondentů připadá vyhovující, nebo dostatečná. Většina z těchto pacientů neplánuje pokračovat v malování po ukončení léčby. 8 respondentů z 24 uvádí, že je pro ně terapie bez většího přínosu. 10 respondentů u malování nemá žádné pocity, které se většinou nezměnily – pouze u třech z nich se pocity zlepšily.

Druhá nejčtenější odpověď je arteterapie dvakrát v týdnu. Odpovědělo tak 28 % dotázaných. Polovina z těchto respondentů by uvítala i individuální terapii. Většina respondentů z této skupiny uvádí, že mají příjemné pocity při malování a také se jim pocity zlepšily. Všichni respondenti také uvedli, že je pro ně terapie přínosná, nebo dokonce velice přínosná.

9 % respondentů by dokonce vítalo arteterapii 3x týdně a více. Všichni z těchto čtyř respondentů absolvují svůj první pobyt, terapii hodnotí jako velice přínosnou a mají zájem o individuální terapii. Dva z respondentů mají příjemné pocity při malování a dva prožívají dokonce nadšení. Ani jeden z nich neuvažuje o kontrolovaném pití. Tři budou spolupracovat po skončení léčby s psychologem a jeden z nich s psychiatrem. Tito pacienti budou pokračovat v malování i po odchodu z léčebny.

Tři respondenti uvedli, že by arteterapie nemusela být vůbec. Není tedy překvapením, že ani jeden z těchto respondentů nemá zájem o individuální terapii. Všichni tři uvádějí, že závislost na alkoholu je sociální problém, zároveň všichni uvádí, že pili každý den. 2 z těchto respondentů neplánují další spolupráci s odborníkem po ukončení léčby, 2 z nich také uvádějí, že během terapie nemají žádné pocity a ani nedošlo ke změně těchto pocitů.

## 16. Měl/a byste zájem o individuální arteterapii?

| Odpověď   | Ženy | Muži | Celkem | Celkem v % |
|-----------|------|------|--------|------------|
| Ano       | 1    | 6    | 7      | 16 %       |
| Spíše ano | 1    | 7    | 8      | 19 %       |
| Spíše ne  | 7    | 8    | 15     | 35 %       |
| Ne        | 3    | 10   | 13     | 30%        |

35 % respondentů odpovědělo, že o individuální terapii zájem spíše nemají. Dalších 30 % respondentů odpovědělo, že zájem nemají. Celkem tedy 65 % respondentů nemá zájem o individuální terapii. Osm respondentů uvádí, že je pro ně terapie bez většího přínosu a pro jednoho respondenta je dokonce zcela zbytečná.

19 % respondentů odpovědělo, že spíše zájem o individuální terapii má a dalších 16 % o ni zájem má. Celkem má tedy zájem o individuální arteterapii 35 % respondentů. Všichni, z těchto 35 % respondentů spíše mají nebo mají zájem o individuální terapii a také hodnotí terapii jako přínosnou, nebo velice přínosnou, až na jednoho respondenta, který uvedl, že je pro něj terapie bez většího přínosu.

## 17. Jak hodnotíte komunikaci během arteterapie?

| Odpověď                      | Ženy | Muži | Celkem | Celkem v % |
|------------------------------|------|------|--------|------------|
| Vyhovuje mně                 | 8    | 19   | 27     | 63 %       |
| Dostačující                  | 4    | 12   | 16     | 37 %       |
| Mohlo by se komunikovat více | 0    | 0    | 0      | 0 %        |
| Nevyhovuje mně               | 0    | 0    | 0      | 0 %        |

63 % respondentů uvedlo, že je komunikace během arteterapie vyhovující. 37 % klientů pak odpovědělo, že je komunikace dostačující.

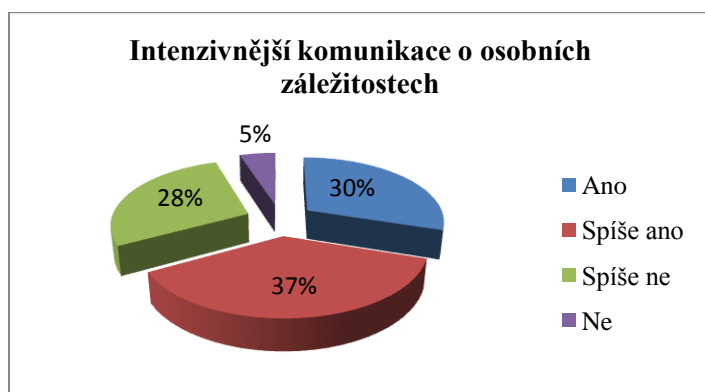
Že by se mohlo komunikovat více, nebo že je komunikace během terapie přímo nevhovující neuvedl žádný respondent.

Z odpovědí na tuto otázku tedy jasně plyne, že pacienti jsou s komunikací během arteterapie spokojeni.

## 18. Uvítal/a byste intenzivnější komunikaci o osobních záležitostech?

| Odpověď   | Ženy | Muži | Celkem | Celkem v % |
|-----------|------|------|--------|------------|
| Ano       | 2    | 11   | 13     | 30 %       |
| Spíše ano | 6    | 10   | 16     | 37 %       |
| Spíše ne  | 4    | 8    | 12     | 28 %       |
| Ne        | 0    | 2    | 2      | 5 %        |

**Graf č. 2:** Uvítal/a byste intenzivnější komunikaci o osobních záležitostech?



Graf ukazuje, že by většina respondentů vítala intenzivnější komunikaci o osobních záležitostech. Celkem 67 % odpovědělo ano, nebo spíše ano.

Všichni respondenti jsou s komunikací během arteterapie spokojeni. V této otázce autorku zajímá, zda by ale uvítali intenzivnější komunikaci týkající se osobních záležitostí.

37 % respondentů odpovědělo, že by vítali intenzivnější komunikaci o osobních záležitostech a 30 % by také spíše vítalo více komunikace o osobních věcech.

28 % všech dotázaných by spíše nemuselo mít více komunikace osobního charakteru a 5 % by takovou komunikaci nevívalo vůbec. Z toho vyplývá, že 33 % respondentů nevyžaduje intenzivnější komunikaci o osobních záležitostech.

### 19. Jaký je podle Vás ideální počet lidí v arteskupině?

| Odpověď   | Ženy | Muži | Celkem | Celkem v % |
|-----------|------|------|--------|------------|
| 4-7       | 10   | 30   | 40     | 93 %       |
| 8-11      | 2    | 0    | 2      | 5 %        |
| 12-15     | 0    | 1    | 1      | 2 %        |
| 16 a více | 0    | 0    | 0      | 0 %        |

**Graf č. 3:** Jaký je podle Vás ideální počet lidí v arteskupině



Na grafu je jasně vidět, že jako ideální počet lidí v arteskupině považují klienti rozpětí mezi čtyřmi a sedmi pacienty. Odpovědělo tak celkem 93 % respondentů.

Ostatní odpovědi jsou zanedbatelné 8-11 lidí ve skupině odpověděli dva respondenti, tj. 5% a pouze jeden respondent uvedl 12-15 lidí ve skupině. Nikdo neuvedl odpověď 16 a více.

Počet klientů arteterapie v rozpětí 4-7 je ideální i podle odborného personálu ateliéru. Díky relativně nízkému počtu lidí ve skupině, tak mají na pacienty více času. Mohou se jim více věnovat a intenzivněji komunikovat. Klienti tak mají větší pocit soukromí a pozornosti arteterapeuta.

## 20. Co Vám arteterapie přinesla?

| Odpověď           | Ženy | Muži | Celkem | Celkem v % |
|-------------------|------|------|--------|------------|
| Sebepoznání       | 8    | 6    | 14     | 33 %       |
| Uvolnění          | 0    | 9    | 9      | 20 %       |
| Náhled na problém | 3    | 11   | 14     | 33 %       |
| Nic               | 1    | 5    | 6      | 14 %       |

Odpovědi na tuto otázku jsou velice vyrovnané. Několikrát bylo vepsáno do dotazníku, že terapie přinesla kombinaci možných odpovědí.

Nejmenší zastoupení má odpověď „nic“. Odpovědělo tak pouze 6 respondentů, tj. 14%. Odpovídali tak hlavně respondenti, kteří nemají žádné pocity během malování a jejich pocity se během terapie ani nezměnily. Většina z těch, kteří odpověděli tak, že nebude pokračovat v malování po ukončení léčby, nebo ještě neví.

Celkem 66% respondentů odpovědělo, že jim arteterapie přinesla sebepoznání a náhled na problém. Uvedlo tak celkem 28 respondentů za každou z odpovědí.

20% respondentů odpovědělo, že jim arteterapie přinesla uvolnění. Tuto odpověď uvádí respondenti, kteří mají příjemné pocity při terapii a ve většině případů ji hodnotí jako přínosnou.

## 21. Budete malovat i po ukončení léčby?

| Odpověď         | Ženy | Muži | Celkem | Celkem v % |
|-----------------|------|------|--------|------------|
| Ano, pravidelně | 0    | 3    | 3      | 7 %        |
| Občas           | 3    | 11   | 14     | 33 %       |
| Nevím, spíše ne | 6    | 10   | 16     | 37 %       |
| Ne              | 3    | 7    | 10     | 23 %       |

60% dotázaných spíše nebude nebo nebude pokračovat v malování po ukončení léčby. Je to z důvodu, že po návratu do reálného života mají tito lidé jiné starosti. Hledají si práci a bydlení, řeší osobní a rodinné problémy a záležitosti, které se jim nahromadily ještě

před hospitalizací v léčebně. Další důležitý důvod je fakt, že k malování a výtvarnému projevu nemají vztah. Je to i následek nerozvíjení této činnosti v dětství. Kolem 11. roku věku totiž nastupuje období formálních operací (analýza, syntéza, dedukce, reprodukce). Výtvarný projev jakožto forma kognice okolního světa je opuštěna a pokud není rozvíjena, jedinec se k ní už většinou nevrací.

33 % bude malovat občas a pouze 3 ze 43 respondentů plánují malovat pravidelně po ukončení léčby. To jsou pacienti, kteří pociťují nadšení při malování a terapii by chtěli 3 krát týdně i více. Tito respondenti patří k těm, co by vítali individuální arteterapii.

## 10 Shrnutí výsledků výzkumného šetření

Anonymního výzkumného šetření se dobrovolně zúčastnilo celkem 43 respondentů. 31 mužů a 12 žen.

95 % respondentů je starších 26 let, přičemž největší zastoupení zaujímá věková skupina 36-45 let.

67 % respondentů absolvuje svoji první léčbu. Nikdo z dotázaných nebyl na léčbě více jak šestkrát. Ale ani to by nebyla podle Mgr. Strejčkové výjimka.

Nejčastěji požívaným alkoholickým nápojem před nástupem byla kombinace alkoholických nápojů, uvedlo tak celých 53 % dotázaných. Víno a tvrdý alkohol jsou pak na druhém místě po 21 procentech. Autorku překvapilo, že pivo uvedlo pouze 5 % respondentů. Domnívala se, že pivo bude jednou z nejčastějších odpovědí. Podle Mgr. Strejčkové je tento fakt zapříčiněn nízkým obsahem alkoholu v něm. Většina závislých osob totiž upřednostňuje rychlý nástup účinku, toho dosáhnou díky destilátům.

Na otázku „Jak často jste byl/a zvyklý/á pít alkoholické nápoje?“ odpovědělo 49% respondentů každý den, 37 % respondentů několikrát do týdne. Celkem 14 % dotázaných pilo jen příležitostně, nebo téměř vůbec.

65 % účastníků se s arteterapií setkala poprvé. Nutno podotknout, že všichni tito respondenti absolvují teprve svůj první pobyt. Mezi 35 %, kteří již terapii znají, jsou většinou účastníci minimálně druhého pobytu. Většina z prvoúčastníků také hodnotí své první setkání s arteterapií pozitivně a přínosně.

Arteterapeuti z ateliéru Psychiatrické léčebny v Dobřanech mohou být potěšeni z výsledku otázky „Jak hodnotíte arteterapii?“ Celkem 76 % respondentů ji totiž hodnotí přínosně, nebo dokonce velice přínosně. 21 % dotázaných uvedlo, že je pro ně terapie bez většího přínosu a pouze jeden respondent odpověděl, že je pro něj terapie zbytečná. Mezi těmi, kteří uvedli, že je pro ně terapie bez většího přínosu, nebo že je zcela zbytečná, jsou hlavně klienti, kteří nebudou pokračovat v malování po ukončení léčby. Všichni tito respondenti odpověděli, že se jim během terapie pocity nijak nezměnili. Autorka se domnívá, že tuto skupinu odpovídajících terapie prostě neoslovila, a proto se k ní staví celkově negativně.

Otázka „Jaké pocity máte při malování?“ úzce souvisí s otázkou předchozí „Jak hodnotíte arteterapii?“ 49 % respondentů odpovědělo, že během terapie prožívají příjemné pocity, 35 % pak neprožívá pocity žádné. Obavy pocítuje 5 z celkově 43 respondentů a pouze 2 respondenti uvedli, že prožívají nadšení během malování. Přestože 49 % odpovídajících

uvedlo, že mají příjemné pocity při malování, tak většině terapie stačí jednou týdně, maximálně by ji vítali dvakrát do týdne.

42 % respondentů uvedlo, že se jim pocity během docházení na arteterapii nezměnily. Autorka se domnívá, že je to proto, že pocity těchto respondentů byly příjemné už předtím. 40 % dotázaných uvádí, že se jim pocity zlepšily. To je příjemná zpětná vazba pro terapeutu těchto klientů. Zlepšení pocitů je jeden z cílů arteterapie. Pouze jeden respondent uvedl, že se mu pocity zhoršily.

Kontrolované pití je složitá problematika. 65 % respondentů odpovědělo, že neuvažuje o kontrolovaném pití po ukončení léčby. 14 % dotázaných otevřeně přiznává, že o kontrolovaném pití uvažuje. Z pohledu arteterapeuta je tato odpověď špatně. Jakmile pacient uvažuje o kontrolovaném pití, tak je téměř jasné, že se s tímto pacientem setká zase. Pacienti závislí na alkoholu totiž nedokáží kontrolovaně pít a s velkou pravděpodobností se jim závislost na alkoholu vrátí. 19 % respondentů se domnívá, že dokáží kontrolovaně pít. Terapeuti, o tomhle optimismu ví své. Klienti, kteří nechtějí opětovně spadnout do spárů závislosti, nesmí po ukončení léčby už nikdy pít. Riziko recidivy je pro pacienty závislé na alkoholu vysoké.

63 % respondentů odpovědělo, že závislost na alkoholu je sociální problém a 19 % dotázaných si to taky spíše myslí. Celkem tedy 82 % respondentů vidí alkoholovou závislost jako sociální problém. Autorka práce se domnívá, že je dobře, když si klienti léčebny uvědomují, že jde o sociální problém

Metodu „semafor“ zná 40 respondentů ze 43. 55 % se domnívá, že je tato metoda využitelná v osobním životě po ukončení léčby.

Celkem 81 % respondentů plánuje po ukončení léčby nějakou další spolupráci. 53 % uvedlo spolupráci s psychologem, 9 % terapeutickou skupinou a 19 % jinou spolupráci. Ve většině odpovědí „jiné“ respondenti uváděli spolupráci s psychiatrem. Skoro pětina respondentů neplánuje žádnou spolupráci. Autorka se domnívá, že je to škoda, protože by to těmto pacientům mohlo pomoci dodržet abstinenci.

Celkem 84 % dotázaných odpovědělo, že si věří, že zvládnout abstinovat po ukončení léčby. Našli bychom mezi nimi i účastníky 3. - 5. pobytu. Udržet si abstinenci v domácím prostředí není snadné. Podle zkušenosti Mgr. Strejčkové to zvládnou 3 klienti ze 100. Klienti, kteří absolvují již několikátý pobyt, nejsou tak optimističtí. Celých 16 % si není jisto, zda abstinovat zvládnou.

Arteterapie v Psychiatrické léčebně v Dobřanech probíhá jednou týdně. Autorku práce zajímalo, zda by tuto terapii pacienti vítali i vícekrát do týdne. 56 % dotázaných stačí

arteterapie jednou v týdnu, 28 % by ji vítalo dvakrát. 3 ze 43 respondentů odpověděli, že by nemusela být vůbec. Podle Mgr. Strejčkové vyhovuje většině pacientů terapie jednou do týdne proto, že mají velice nabitý program a téměř žádné osobní volno během týdne. Pacienti se totiž rovněž věnují józe, ergoterapii či mají různé přednášky od lékařů.

Výsledek otázky „Měl/a byste zájem o individuální arteterapii?“ navazuje na otázku přechodí. Většina (65 %) respondentů odpovědělo, že spíše ne, nebo ne. Zbylých 35 % by o takovou terapii zájem mělo, nebo spíše mělo. Mezi těmito 35 % jsou hlavně respondenti, kteří by vítali terapii i vícekrát do týdne. Všichni tyto dotázaní uvedli, že mají, nebo spíše mají zájem o intenzivnější komunikaci během terapie. Od individuální terapie si tak, podle autorky práce, slibují osobnější přístup a více prostoru pro komunikaci právě o osobních záležitostech.

100 % respondentů uvedlo, že jsou s komunikací během arteterapie spokojeni. 63 % odpovědělo, že je komunikace vyhovující a 37 % hodnotí komunikaci jako dostatečnou. Tyto odpovědi vypovídají o vysokých komunikačních schopnostech terapeutů, kteří přicházejí s klienty do styku.

Většina pacientů odpověděla, že by vítala intenzivnější komunikaci o osobních záležitostech, celkem 67 %. Přitom o individuální terapii, kde by bylo více času pro takovou komunikaci, má zájem pouze 35 % všech respondentů.

V arteskupině v Psychiatrické léčebně v Dobřanech je kolem 15 pacientů. Na otázku týkající se ideálního počtu pacientů ve skupině, odpovědělo 93 % respondentů 4 až 7 osob. Díky menšímu počtu klientů ve skupině by se zvýšila efektivita práce terapeutů s pacienty a pravděpodobně by to vedlo k větší efektivitě léčby. Pacienti by měli ve skupině více soukromí a větší prostor pro komunikaci. Terapeut by měl více času na každého pacienta. Nižší počet osob ve skupině by byl vyhovující jak pro klienty léčebny, tak pro arteterapeuty.

Každému účastníkovi přinesla arteterapie něco jiného. Nejčastější odpovědi byly „sebepoznání“ a „náhled na problém“. Pouze pět dotázaných odpovědělo, že jim terapie nepřinesla nic. Respondenti často v dotaznících uváděli, že by označili i kombinaci odpovědí. Většina respondentů po ukončení malovat nebude. Podle zkušeností Mgr. Strejčkové je to proto, že klienti po ukončení léčby mají zcela jiné starosti. Hledají si novou práci a bydlení, řeší osobní život a problémy, které se jim nahromadily před hospitalizací. Někteří se dokonce rozvádí. Na druhou stranu se najde i pár jedinců, kteří zjistí, že jsou nadaní a i po opuštění léčebny malují a tvoří dál. Jsou i pacienti, kteří s ateliérem v léčebně zůstávají v kontaktu a účastní se společných výstav.



## **Závěr**

Tématem této práce byla reflexe efektivity arteterapie v Psychiatrické léčebně v Dobřanech. Tato psychiatrická léčebna byla představena v teoretické části. Klientům léčebny byly rozdány dotazníky, které byly použity pro praktickou část této práce.

Teoretická část byla věnována informacím, které se týkaly arteterapie, závislosti na alkoholu a Psychiatrické léčebně v Dobřanech. O těchto tématech bylo napsáno spousta knih a publikací. Dalo by se o nich rozepsat velice podrobně. Autorka práce se snažila o ucelený soubor informací k danému tématu její práce.

Výzkumné šetření bylo provedeno kvantitativně formou dotazníků. Cílem těchto dotazníků bylo zjištění informací týkajících se zkušeností pacientů s arteterapií, s pocity, které u této činnosti mají a kam je arteterapie posunula. V dotaznících byly kladeny i otázky týkající se alkoholu. Dále se z výzkumného šetření dá vyzorovat, co by na současném způsobu vedení arteterapie pacienti změnili. To může být podnětné i pro samotné arteterapeuty.

Výsledkem do praxe je, že by klienti arteterapie v Psychiatrické léčebně v Dobřanech vítali menší skupinky, než jsou teď. Arteterapeuti by tak měli více času pro své klienty a tento fakt by jistě napomohl ještě ke zvýšení efektivity arteterapie, která v léčebně probíhá.

Autorka práce měla k dispozici 43 zodpovězených dotazníků od klientů léčebny. Nejedná se o velký výzkumný soubor, ale autorka se přesto domnívá, že i při větším výzkumném souboru by výsledky vyšly podobně.

Hypotéza, že arteterapie v Psychiatrické léčebně v Dobřanech je efektivní, byla naplněna.

Autorka práce doufá, že její práce bude zajímavá, jak pro arteterapeutický tým Psychiatrické léčebny v Dobřanech, tak pro všechny, které tato tematika zajímá a dostane se jim do rukou.

## Seznam odborných zdrojů

1. CAMPBELL, Jean. Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi: [skupinové výtvarně-terapeutické činnosti pro děti i dospělé]. Vyd. 1. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-717-8204-1.
2. CSĚMY, Ladislav a Karel NEŠPOR. Léčba a prevence závislostí: příručka pro prax. Vyd. 1. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. ISBN 80-851-2152-2.
3. FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-802-4727-813.
4. HOSEK, Jan. Sám proti alkoholu. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-716-9624-2.
5. KLUSÁKOVÁ, Petra. K čemu je dobrá arteterapie. Esprit: 2010, č. 5-6, s. 10. ISSN 1214-2123.
6. KUZNÍKOVÁ, Iva. Sociální práce ve zdravotnictví. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, ISBN 978-802-4736-761.
7. LHOTOVÁ, Marie. Proměny výtvarné tvorby v arteterapii: praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké. Vyd. 1. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2010. ISBN 978-807-3942-090.
8. LIEBMANN, Marian. Skupinová arteterapie: nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-717-8864-3.
9. MARHOUNOVÁ, Jana a Karel NEŠPOR. Alkoholici, fetišti a gambléři. Vyd. 1. Praha: Empatie, 1995. ISBN 80-901-6189-8.
10. NEŠPOR, Karel. Jak překonat problémy s alkoholem. Vyd. 4. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2004.
11. NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. Vyd. 4. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-807-3679-088.

12. NEŠPOR, Karel. Zůstat střízlivý: praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké. Vyd. 1. Brno: Host, 2006. ISBN 80-729-4206-9.
13. OREL, Miroslav. Psychopatologie: [skupinové výtvarně-terapeutické činnosti pro děti i dospělé]. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-802-4737-379.
14. PECINOVSKÁ, Olga a Jiří HELLER. Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby. Vyd. 1. Praha: Togga, 2011. ISBN 978-80-87258-62-0.
15. RUBINOVÁ, Judith Aron. Přístupy v arteterapii: teorie. Vyd. 1. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-807-3870-935.
16. SKÁLA, Jaroslav. Závislost na alkoholu a jiných drogách. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1987. Psychologie pro každého.
17. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Vyd. 2. Editor Oldřich Matoušek, Pavla Kodymová, Jana Koláčková. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-807-3678-180.
18. STREJČKOVÁ, Vanda. 130 let Psychiatrické léčebny v Dobřanech. Vyd. 1. Plzeň: Typos, 2010. ISBN 978-80-254-8150-9
19. ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. Základy arteterapie. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-717-8616-0.
20. VÁGNEROVÁ, Marie a Jiří ŠKODA. Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-717-8214-9.
21. Psychiatrická léčebna v Dobřanech. Statistické údaje [online] 2013. Dostupné z <http://www.pldobrany.cz/>

## Resumé

Bakalářská práce „*Reflexe efektivity arteterapie u závislých pacientů na alkoholu v PL v Dobřanech*“ se dělí na dvě části – část teoretickou a část praktickou. Teoretická část se zabývá problematikou arteterapie a závislosti na alkoholu. V teoretické části je také představena arteterapie v Psychiatrické léčebně v Dobřanech

Praktická část se zabývá provedeným výzkumným šetřením. Toto šetření bylo provedeno formou anonymních dotazníků s účastníky arteterapie v Psychiatrické léčebně v Dobřanech. Výsledky výzkumného šetření autorka sjednotila do kapitoly Shrnutí výsledků a Závěr.

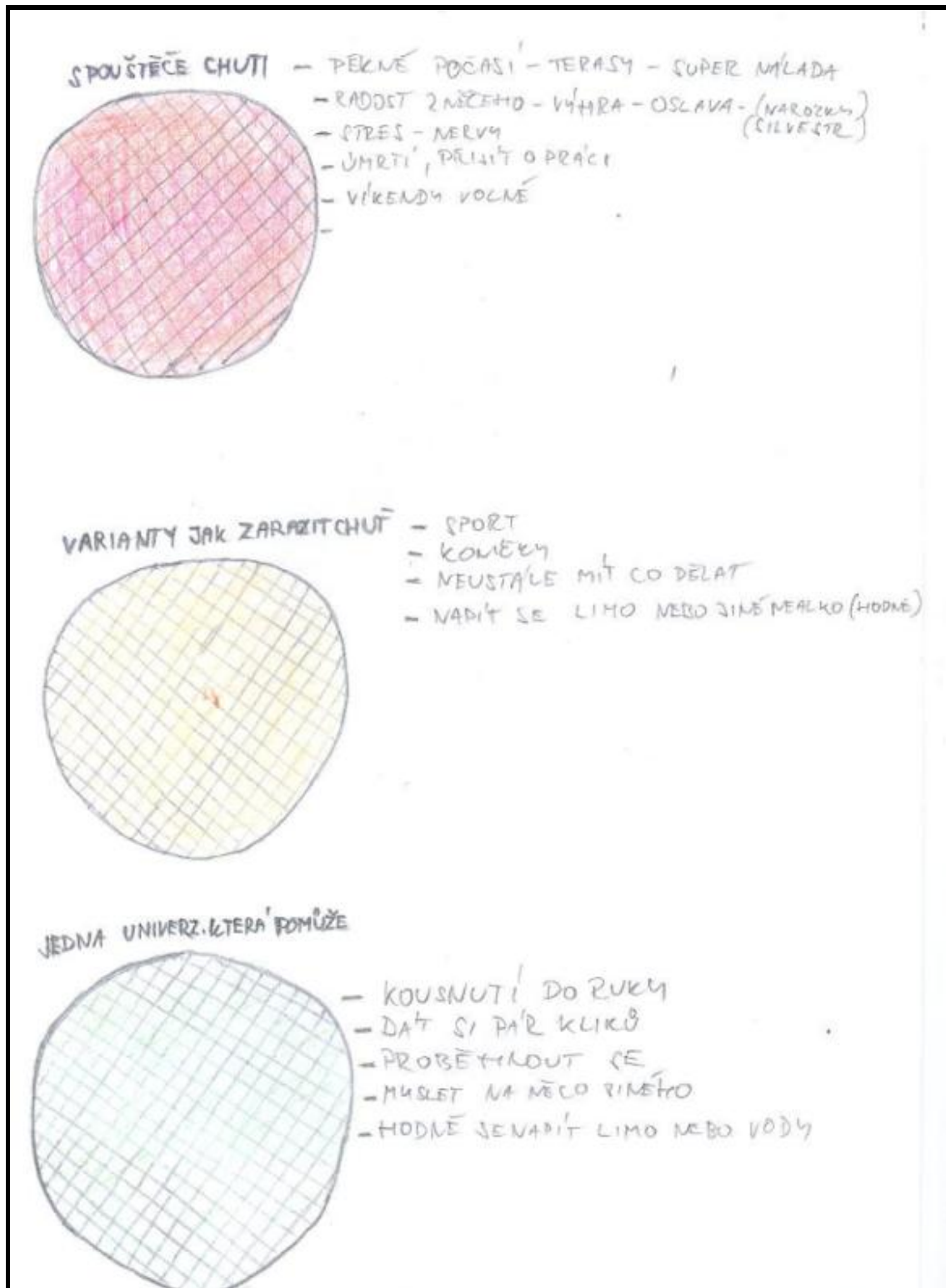
## Summary

Bachelor thesis „*Reflection efficiency of art therapy in alcohol-dependent patients in the PL in Dobřany*“ is divided into the two parts - theoretical and practical. The theoretical part deals with art therapy and addiction to alcohol. The theoretical part also introduced art therapy at the Psychiatric Hospital in Dobřany.

The practical part deals with research conducted investigation. This was carried out by anonymous questionnaire with the participants in the art therapy Psychiatric Hospital in Dobřany. Author summarized results of the research in the chapter Summary of results and Conclusion.

## Přílohy

### Příloha č. 1: Ukázka metody „Semafor“



Zdroj: Ateliér arteterapie PL v Dobřanech

**Příloha č. 2: Psychiatrická léčebna v Dobřanech**



Zdroj: Ateliér arteterapie PL v Dobřanech

**Příloha č. 3: Olejomalba oddělení 24očíma klienta PL v Dobřanech**



Zdroj: Ateliér arteterapie PL v Dobřanech

**Příloha č. 4: Ateliér arteterapie v Psychiatrické léčebně v Dobřanech**



Zdroj: Ateliér arteterapie PL v Dobřanech

**Příloha č. 5: PaedDr. Vladimír Blažek v ateliéru**



Zdroj: Ateliér arteterapie PL v Dobřanech

**Příloha č. 6:** Psychiatrická léčebna v Dobřanech



Zdroj: Ateliér arteterapie PL v Dobřanech

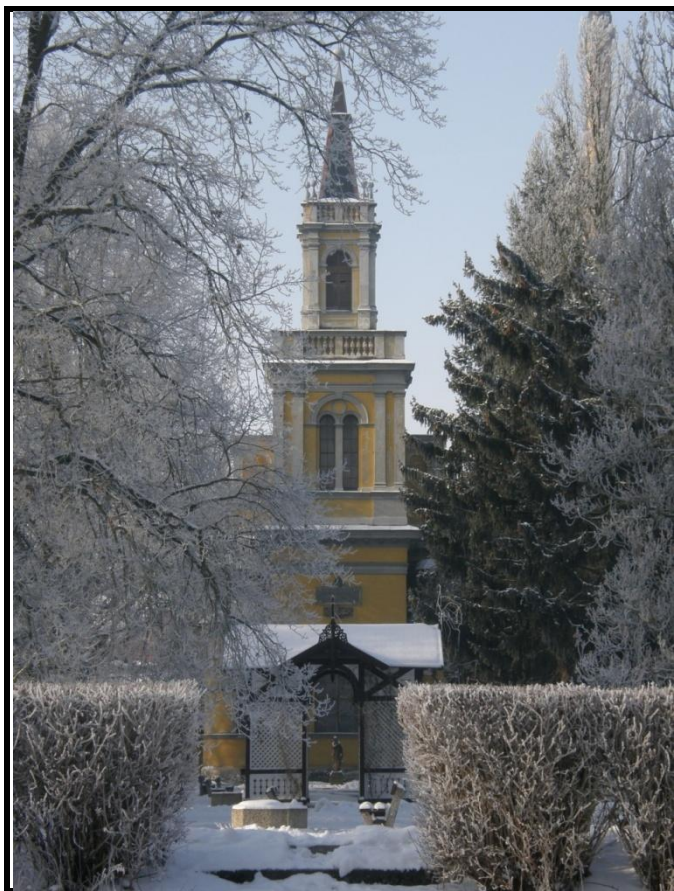
**Příloha č. 7:** Psychiatrická léčebna v zimním období



Zdroj: Ateliér arteterapie PL v Dobřanech



**Příloha č. 8:** Kostel v areálu Psychiatrické léčebny v Dobřanech



**Příloha č. 9:** Zahrada Psychiatrické léčebny v Dobřanech



Zdroj: Ateliér arteterapie PL v Dobřanech

**Příloha č. 10:**

**Dotazník pro bakalářskou práci studentky Západočeské univerzity fakulty pedagogické  
oboru Sociální práce**

- 1. Pohlaví**
  - Muž
  - Žena
- 2. Věk**
  - 18-25
  - 26-35
  - 36-45
  - 45 a více
- 3. Kolikátý pobyt v PL Dobřany absolvujete?**
  - 1.
  - 2.
  - 3. - 5.
  - 5 a více
- 4. Jaký alkoholický nápoj jste před nástupem léčby konzumoval/a?**
  - Pivo
  - Víno
  - Tvrdý alkohol
  - kombinace
- 5. Jak často jste byl/a zvyklá pít alkoholické nápoje?**
  - Každý den
  - Několikrát do týdne
  - Příležitostně
  - Téměř vůbec
- 6. Setkal/a jste se dříve s arteterapií?**
  - Ano
  - Ne
- 7. Jak hodnotíte arteterapii?**
  - Velice přínosné
  - Přínosné
  - Bez většího přínosu
  - Zcela zbytečné
- 8. Jaký pocit máte při malování?**
  - Nadšení
  - Příjemné
  - Žádné
  - Obavy/ strach z výsledku
- 9. Jak se Vám podařilo změnit tyto pocity během docházení na arteterapii?**
  - Zhoršily se
  - Žádná změna
  - Zlepšily se
  - Mám teď zcela jiné pocity
- 10. Uvažujete po konci léčby o kontrolovaném pití?**
  - Ano
  - Myslím, že to zvládnou
  - Ne
  - Nikdy
- 11. Myslíte si, že je závislost na alkoholu sociální problém?**
  - Ano
  - Spíše ano
  - Spíše ne
  - Ne

**12. Myslíte si, že je metoda „Semafor“  
využitelná po ukončení léčby?**

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

**13. Plánujete po odchodu z léčby další  
spolupráci s:**

- Psychologem
- Terapeutickou skupinou  
(Anonymní alkoholici)
- Neplánuji
- Jiné.....(uveďte)

**14. Věříte si, že zvládnete abstinovat po  
ukončení léčby?**

- Určitě
- Spíše ano
- Nejsem si jistý/á
- Spíše ne

**15. Myslíte si, že by arteterapie měla  
být vícekrát než 1x týdně?**

- 1x je akorát
- Nemusela by být vůbec
- Vyhovovala by mně 2x týdně
- Uvítal/a bych ji 3x týdně i více

**16. Měl/a byste zájem o individuální  
arteterapii?**

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

**17. Jak hodnotíte komunikaci během  
arteterapie?**

- Vyhovuje mně
- Dostačující
- Mohlo by se komunikovat více
- Nevyhovuje mně

**18. Uvítal/a byste intenzivnější  
komunikaci o osobních  
záležitostech?**

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

**19. Jaký je podle Vás ideální počet lidí  
v arteskupině?**

- 4-7
- 8-11
- 12-15
- 16 a více

**20. Co Vám arteterapie přinesla?**

- Sebepoznání
- Uvolnění
- Náhled na problém
- Nic

**21. Budete malovat i po ukončení  
léčby?**

- Ano, pravidelně
- Občas
- Nevím, spíše ne
- Ne