

Bakalářská práce

POČÁTKY ČESKÉ ARTETERAPIE



**Tereza Ošancová**

Vedoucí práce:  
**Mgr. Ladislav Hrdý**

**Universita Karlova  
Fakulta humanitních studií  
Praha 2007**

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a souhlasím s jejím eventuálním zveřejněním v tištěné nebo elektronické podobě.

V Praze dne 18.5.2007

Tereza Ošancová

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat za pomoc vedoucímu práce Mgr. L. Hrdému, dále všem osloveným odborníkům za velmi ochotnou spolupráci, jmenovitě:

PhDr. D. Kocábové  
PhDr. A. Koblicové  
PhDr. H. Strnadlové  
PhDr. K. Peřinovi  
PhDr. Ing. M. Lhotové  
PaedDr. E. Peroutovi  
PaedDr. M. Kyzourovi  
Bc. J. Ledvinové

a zvláště potom doc. J. Slavíkovi

## Obsah

Úvod.....	5
<b>1. CÍL A METODY.....</b>	<b>6</b>
<b>2. CO JE TO ARTETERAPIE.....</b>	<b>9</b>
<b>3. PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNY V 1. POLOVINĚ 20. STOLETÍ.....</b>	<b>12</b>
<b>4. OBECNÝ VÝVOJ ARTETERAPIE.....</b>	<b>16</b>
4.1 Umění v terapii a formování arteterapie.....	16
4.2 Historie arteterapie ve světě.....	17
<b>5. VÝVOJ ARTETERAPIE V ČECHÁCH.....</b>	<b>19</b>
5.1 „Artezačátky“ v první polovině 20. století.....	19
5.2 Česká arteterapie od 50. let.....	19
5.2.1 Arteterapie v léčebných zařízeních.....	20
5.2.2 Možnosti vzdělání v arteterapii v minulosti a posun k jejímu profesnímu zakotvení.....	27
5.2.3 Arteterapie jako hraniční disciplína.....	31
<b>6. DISKUSE .....</b>	<b>34</b>
<b>Závěr.....</b>	<b>37</b>
<b>Použitá literatury a zdroje.....</b>	<b>38</b>
<b>Příloha.....</b>	<b>40</b>

## Úvod

Umění je podivuhodná lidská činnost, trvající již tisíce let. Ve většině kultur mu byla od pradávna přisuzována magická moc, což lze sledovat ještě dnes v některých rituálech „primitivních“ národů. Také moderní svět si uvědomil tuto „magickou moc“ umění a začal ji využívat v léčebné praxi v podobě arteterapie.

Arteterapie má své místo i v českém prostředí. Pokud se člověk začne tímto tématem blíže zabírat, nabude dojmu, že je u nás arteterapie již oborem poměrně rozvinutým. Česká republika má svou Českou arteterapeutickou asociaci, existuje zde vysokoškolské studium arteterapie, dostupná je i česká odborná literatura atd. První dojem však může být trochu zkrslující. I když je u nás arteterapie již relativně zaběhnutou disciplínou, doposud zde nemá jasně vymezený profesní statut a pod tímto názvem se skrývá celá řada terapeutických přístupů. Pokud by někoho zajímalo, jakým způsobem se česká arteterapie rozvinula do dnešní podoby, najde pouze stručnější zmínky na některých webových stránkách, či v úvodnicích několika odborných knih. Toto prázdné místo se pokouší vyplnit moje práce. Přibližuje podoby a formování arteterapie v českých zemích a pokouší se zachytit hlavní vývojové tendence tohoto procesu.

Zpracovat toto téma nebylo jednoduché, protože většina informací byla těžko dostupná. Vyprávění pamětníků jsem pečlivě porovnávala s dalšími zdroji, ve snaze dosáhnout informačně bohatého a co nejspolehlivějšího textu, což se mi podařilo. Práce pro mě měla rovněž osobní význam, zprostředkovala mi totiž řadu zajímavých setkání a umožnila mi tak nahlédnout do prostředí, kde má umění stále svou magickou moc.

# 1. CÍL A METODY

## Cíl

Cílem práce je tedy zachytit, jakým způsobem se u nás formovala a vyvíjela arteterapie jakožto odborná disciplína. Sleduji používání arteterapie zejména v psychiatrických léčebnách od 50. do 90. let 20. století. Chtěla bych přiblížit podobu konkrétních arteterapeutických postupů, pokusit se ve sledovaném období vymezit základní druhy arteterapie a celkově postihnout její počáteční vývoj.

Nový obor<sup>1</sup> se u nás rodil v podmínkách značně stísněných minulým režimem, díky tomu téměř chyběl potřebný odborný dialog, jak mezi českými odborníky, tak i se zahraničím. Z těchto důvodů vznikala disciplína jakoby zevnitř, hlavně z činorodosti a kreativity jednotlivých osobností. To představuje poměrně zajímavý moment, který by neměl být opomíjen. Na postupné formování a ohraničování odborného pole arteterapie tedy pohlížím spíše z hlediska socio-kulturního, zároveň se snažím zachytit jakýsi historický vývoj.

Jednou z hlavních motivací bylo, že rozsáhlejší text o „historii“ arteterapie v Čechách dosud chyběl. Práce též využívá okolnosti, že jsou stále k dispozici žijící pamětníci, kteří byli ve sledovaném období profesně činní.

## Metody

Domnívám se, že sledovaná doba je poměrně nedávná na to, aby šlo hovořit o historii v pravém slova smyslu, zároveň však představuje „dlouhý kus cesty“ pro nově se rodící obor. Práce se tak pohybuje na pomezí historie a v jistém smyslu etnografie. Metodicky jsem se totiž mj. inspirovala v oboru tzv. školní etnografie. Tento přístup přenáší principy zkoumání etnologie a kulturní antropologie, zkoumající národy, které jsou pro naši společnost cizí, na segmenty moderní společnosti. Tyto segmenty pak představují pro výzkumníka národy svého druhu (v případě školní etnografie představují učitelé a žáci „národy“ školní). (Kučera, 1992) Abych mohla popsat vývoj české arteterapie, vydala jsem se mezi naše přední arteterapeuty a pokusila se nahlédnout do jejich pracovního prostředí. Vyprávění a vzpomínky jednotlivých osobností pak pro mne představovaly výchozí zdroj informací. O tom, že šlo pouze o metodickou inspiraci, svědčí skutečnost, že jsem narozdíl od etnografa, netrávila dlouhý čas ve zkoumaném prostředí. I když se o tuto disciplínu delší dobu zajímám, praktickou zkušenost přímo s výkonem arteterapie nemám. To, co však etnograf získává dlouhým pobytem mezi domorodci, tedy v první řadě jazyk a socio-kulturní kontext, jsem si mohla částečně doplnit z odborné literatury. Téma by nejspíš zpracoval lépe člověk z oboru, domnívám se však, že nezaujatý pohled informovaného laika může být i v tomto případě přínosem, a na závěr vysvětlím proč.

Rozsáhlejší odborný text přímo o vývoji arteterapie u nás prakticky není k dispozici. Proto byl výchozím metodickým nástrojem polostrukturovaný rozhovor s pamětníky, resp. odborníky, kteří se arteterapií delší dobu zabývají nebo zabývali. Podle Hendla (2005) se polostrukturovaný rozhovor vyznačuje definovaným účelem, určitou osnovou a velkou pružností celého procesu získávání informací.

Obsah rozhovorů a směr, kterým se ubíraly, se odvíjel zejména od profesních zkušeností jednotlivých odborníků s arteterapií v minulosti. Měla jsem připravené obecné otázky, které jsem upravovala částečně před rozhovorem vzhledem k dostupným profesně-životopisným informacím o daném člověku, během rozhovoru jsem pak dotazy rozvíjela podle kontextu. Ode mne to vyžadovalo základní orientaci v oboru arteterapie, psychoterapie a psychiatrie

---

<sup>1</sup> O oboru v pravém slova smyslu nelze hovořit ani dnes, i když se tento výraz v literatuře v souvislosti s arteterapií běžně používá

obecně. Prostřednictvím rozhovorů jsem mimo subjektivní vzpomínky na toto téma získávala od těchto odborníků také odkazy na literaturu, na další osobnosti, případně další kontakty.

Výběr odborníků vycházel hlavně z doporučení doc. J. Slavíka, který mi poskytl také většinu kontaktů. Ne se všemi vytipovanými odborníky bylo možné se sejít osobně, proto jsem využila rovněž korespondenční metody<sup>2</sup>. Osobní rozhovor jsem uskutečnila se šesti z těchto odborníků<sup>3</sup>. Rozhovor byl přibližně hodinový a ve většině případů doplněný ještě e-mailovou korespondencí, která dodatečně doplňovala některé informace. S ostatními jsem byla pouze v e-mailovém a telefonickém kontaktu a dotazovala jsem se jich konkrétněji spíše v kontextu určitých pracovišť. Čtyřem z těchto odborníků jsem na jejich přání zaslala zpracované informace k ověření.

Vzhledem k tomu, že nemám s arteterapií profesionální praktickou zkušenost, uchýlila jsem se k delším citacím z odborných článků a e-mailů zejména tam, kde jsou vysvětlovány jednotlivé arteterapeutické přístupy, případně techniky. Domnívám se, že kdybych se jakožto laik v těchto souvislostech příliš pouštěla do vlastních formulací, vznikaly by nepřesnosti. Ačkoli jsem z rozhovorů pořizovala audio záznamy, které jsem následně přepisovala, je tu použito naopak poměrně málo přímých citací z osobních rozhovorů. Vzhledem k tomu, že respondenti často vzpomínali na dobu před 20 - 30 lety, dostávali jsme se k některým podstatným informacím postupně. Z těchto důvodů by byly citace poněkud neefektivní a útržkovité, podstatné souvislosti tedy většinou shrnuji vlastními slovy.

Ve snaze dosáhnout plastičtějšího pohledu na zkoumanou oblast, jsem data získaná z rozhovorů doplňovala a srovnávala s informacemi z tehdejších i současných odborných textů, přičemž rozhovory vytvářely jakýsi rámeček. Šlo mi tedy o určitou autentičnost v konkrétních věcech, zároveň jsem se pokusila zachytit celkovou situaci v arteterapii.

Je třeba zdůraznit, že se práce zaměřuje v souvislosti s arteterapií zejména na psychiatrické léčebny. Arteterapie však probíhala také na psychiatrických odděleních v nemocnicích a dále v různých výchovných zařízeních, o čemž jsou v mé práci jen stručnější zmínky. Je to dáno mj. výběrem respondentů. Práce tedy vytváří určitý obraz zejména o situaci v léčebné praxi. Postihuje okolnosti spojené s osobami, které jsou v české arteterapii obecně považovány za významné, to však neznamená, že podává naprosto komplexní zprávu o vývoji arteterapie v Čechách.

Spolupracovala jsem s těmito odborníky:

**Doc. PaedDr. Jan Slavík, CSc.** (\*1953), pedagog, teoretik výtvarné výchovy, vyučuje teorii výtvarné výchovy a arteterapii na PedF UK, jeden ze zakladatelů ČAA, jeden z vedoucích prvního arteterapeutického výcviku ČAA.

**PhDr. Darja Kocábová** (\*1931), klinická psycholožka, psychoterapeutka, zakladatelka Arteterapeutické subsekcce při Lékařské společnosti J. E. Purkyně, někdejší předsedkyně výboru ČAA.

**PhDr. Karel Peřina** (\*1948), psycholog a sochař, současný arteterapeut PL Bohnice a PCP.

**PhDr. Alena Koblicová** (Hadincová), (\*1952) klinická psycholožka, psychoterapeutka, někdejší předsedkyně a současná místopředsedkyně výboru ČAA.

**PhDr. Helena Strnadlová** (Kupečková, Nováková) (\*1951), klinická psycholožka, psychoterapeutka, vedoucí arteterapeutických výcviků, členka výboru ČAA.

<sup>2</sup> Kontaktovala jsem je telefonicky, či emailem a komunikovali jsme formou elektronické pošty.

<sup>3</sup> J. Slavík, M. Lhotová, H. Strnadlová, K. Peřina, A. Koblicová, D. Kocábová

**PhDr. Ing. Marie Lhotová** (\*1952), klinická psycholožka, arteterapeutka, současná předsedkyně výboru ČAA, vede různé kurzy arteterapie.

**PaedDr. Evžen Perout** (\*1961), speciální pedagog, arteterapeut, odborný asistent Ateliéru arteterapie v Českých Budějovicích.

**PaedDr. Milan Kyzour** (\*1959), pedagog, arteterapeut, odborný asistent Ateliéru arteterapie v Českých Budějovicích.

**Bc. Jana Ledvinová** (\*1956), jedna ze zakladatelů ČAA, současná arteterapeutka v PL Bohnice.



## 2. CO JE TO ARTETERAPIE

Cílem této kapitoly je obecné teoretické uvedení do arteterapie a vysvětlení použité terminologie.

Pojem *arteterapie* pochází ze spojení latinského *ars* (umění) a řeckého *terape* (léčení). V nejobecnějším významu jde tedy o léčbu uměním. Lze rozlišit dvojí význam termínu:

- 1) Široce pojímaná arteterapie zahrnuje léčbu uměním souhrnně (včetně hudby, poezie, prózy, divadla, tance a výtvarného umění).
- 2) Arteterapie je však většinou chápána spíše v užším slova smyslu, tedy jako léčba výtvarným uměním.

(Zicha, 1981)

Obecně lze arteterapii dále rozdělit na receptivní a produktivní:

**Receptivní arteterapie** znamená vnímání uměleckého díla, které vybírá arteterapeut s určitým záměrem. Cílem je lepší pochopení vlastního nitra, poznávání pocitů jiných lidí. Podle G. T. Fechnera<sup>4</sup> vyžaduje umělecké dílo po divákovi určitou spolupráci, „vcítění“, divák promítá své vlastní emoce do uměleckého díla, vcítění se mění podle vnitřního zaměření i podle momentální emocionální dispozice diváka. Patří sem návštěvy výstav a galerií, projekce diapozitivů nebo videozáznamů atd.

**Produktivní arteterapie** představuje použití konkrétních tvůrčích činností (kresby, malby, modelování) nebo intermediálních aktivit (tj. činnosti, propojující různá média) a happeningů. (Šicková, 2002)

V této práci se zabývám téměř výhradně arteterapií výtvarnou a produktivní. Bližší vymezení arteterapie jakožto svébytné disciplíny je však poněkud obtížnější. Lze vycházet z obecnější definice oboru<sup>5</sup>:

*Arteterapie je léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Někdy bývá přiřazována k psychoterapii a jejím jednotlivým směrům, jindy je pojímána jako svébytný obor.*

Obvykle jsou rozlišovány dva základní proudy:

- *terapie uměním*, v níž se klade důraz na léčebný potenciál tvůrčí činnosti samotné
- *art-psychoterapie*, kde výtvořky a prožitky z procesu tvorby jsou dále psychoterapeuticky zpracovány

### Bližší vymezení pojmu arteterapie

Jedno z novějších vymezení pojmu podává nizozemský psychoterapeut H. Petzold: „Arteterapie je teoreticky usměrněné působení na člověka jako celek v jeho fyzických, psychických danostech, v jeho uvědomělých i neuvědomělých snaženích, sociálních a ekologických vazbách, plánované ovlivňování postojů a chování pomocí umění a z umění odvozenými technikami, s cílem léčby nebo zmírnění nemoci a integrování nebo obohacení osobnosti.“ (Petzold, 1990, s.86 in Šicková 2002)

Ze skutečnosti, že se arteterapie na odborné úrovni účastní jak umění, tak terapie, vyplývá velká rozmanitost pojetí. Další vymezení či definice arteterapie se více či méně liší podle toho, ke kterému z výše vymezených proudů má autor blíž.

<sup>4</sup> Gustav Theodor Fechner, německý fyziolog, fyzik, psycholog a idealistický filozof, zakladatel psychofyziky, jeden ze zakladatelů experimentální psychologie a estetiky.

<sup>5</sup> ČAA uvádí tuto definici na svých webových stránkách a také v úvodním čísle časopisu Arteterapie (2001)

Podle Slavíka je nejen pro naše prostředí typická vnitřní pestrost arteterapie, která se uplatňuje v kontextu různých odborných disciplín. V rolích arteterapeutů se uplatňují psychologové, speciální pedagogové, výtvarní pedagogové, výtvarní umělci, lékaři, sociální pracovníci, absolventi středních výtvarných škol či zdravotní sestry. Vnitřní rozrůzněnost této disciplíny však komplikuje její profesní ukotvení. Proto v Čechách vznikají snahy zřetelněji vymezit kompetence zejména mezi výchovou a léčebnou oblastí. (Slavík, 2000)

Za tímto účelem vznikl také Slavíkův termín *artefiletika* (art-philetic approach), který označuje modifikaci arteterapie ve významu výchovy prostřednictvím umění. Artefiletika je pedagogická (či umělecko pedagogická) disciplína, využívající obdobných postupů jako arteterapie v oblasti výchovy, rozvoje pozitivních rysů osobnosti a prevence psychických a sociálních patologií. (Stibůrek, 2000)

### **Osobnost arteterapeuta**

Arteterapie je hraniční disciplínou, proto musí být arteterapeut vybaven vědomostmi jak z psychoterapie a dalších klinických oborů, tak i z oblasti věd o umění. Vedle toho jsou nutné také určité osobnostní předpoklady. Pro výkon arteterapie jsou kromě praktického i teoretického výtvarného vzdělání důležité znalosti z oblasti psychologie, medicíny (zejména psychiatrie), pedagogiky (zejména speciální a léčebné) a antropologie. Co se osobnosti týče, měl by být arteterapeut empatický, měl by umět improvizovat, neměla by mu chybět intuice. Měl by mít vysoký morální a etický kredit, měl by v terapii sledovat vždy jasný terapeutický nebo diagnostický cíl. Arteterapeut by měl také umět vytvořit atmosféru důvěry, být klientovi nápomocen apod. (Šicková, 2002)

### **Starší vymezení arteterapie**

Tolik k obecnějšímu úvodu do arteterapie. Formy, případně techniky arteterapie na tomto místě uvádět nebudu, neboť bych musela opustit obecnou rovinu. V dalším vymezení arteterapie se již budu držet hlavního tématu. Podívejme se tedy, jak někteří čeští autoři vymezovali arteterapii v jejích začátcích.

Kupečková ve své práci z roku 1980 píše, že někteří autoři (např. Kratochvíl, 1977) chápou arteterapii jako kulturní terapii (pasivní i aktivní), kam patří poslech přednášek, besedy, společenské hry, návštěva filmů, kreslení, modelování, hudba, večírky a kluby. Podle autorky je toto pojetí příliš široké a už ani u nás není běžné. Častěji se podle ní v této době používá arteterapie jako označení pro všechny druhy výtvarných a umělecko-řemeslných aktivit, zejména ve zdravotnictví. Zahrnuje tedy i tu část činnosti terapie, kde se pracuje s výtvarnými materiály jako je dřevo, kov, sádra, hlína apod.

Hájek ve svém článku z roku 1977 píše: „Pod pojmem arteterapie máme na mysli, v souladu se zavedeným užíváním slova, terapeutické využití výtvarné činnosti. V oblasti individuální psychoterapie zejména u psychóz si arteterapie někdy nárokuje místo samostatné psychoterapeutické metody. V kontextu skupinové psychoterapie rozumíme arteterapii dílčí techniku, odpovídající svou pozicí psychogymnastice či adjuvantnímu použití psychodramatu.“ (Hájek, 1977, s. 31)

Teorii arteterapie se v 70. letech zabýval také L. Joanidis<sup>6</sup>, který je často citován i současnými autory. Vymezil pět základních přístupů v arteterapii: přístupy *kreativistický*, *integrativní*, *činnostní* zdůrazňují spíše proces tvorby a předpokládají působení autosanačních

---

<sup>6</sup> Lefteris Joanidis (původem Řek), v současnosti působí na katedře výtvarné výchovy Ped F MU v Brně, je členem republikové oborové rady doktorských studií ve výtvarné výchově.

mechanismů, zatímco přístup *sublimační* a především *projektivní* staví více na doplnění tvorby výkladem, volnými asociacemi, verbalizací. (Koblicová, 2000)

### **Terminologie použitá v této práci**

Na závěr této kapitoly bych se vrátila k obecnému rozdělení arteterapie na *terapii uměním* a *art-psychoterapii*. Zhruba odpovídá základnímu rozdělení, které uvádí Koblicová (2000). Používá termíny arteterapie „*prvoprocsová*“ („art as therapy“) a „*druhoprocesová*“ (art-psychotherapy). Oba druhy podle ní přirozeně pracují s aktivací a zpracováním emočních prožitků, ale liší se mírou verbalizace.

Podobné rozlišení je klíčové také pro moji práci a chtěla bych v této souvislosti představit použitou pracovní terminologii:

Arteterapii, která je založená více na samotném procesu tvorby a tedy na výtvarné činnosti samotné, budu v práci označovat jako „*činnostní*“. Jako protipól ponechávám označení „*art-psychotherapie*“, která propojuje výtvarné techniky s psychoterapií. Označení jsou poněkud zjednodušující a proto jsou použity spíše orientačně. Většinu přístupů si lze představit blíže k jednomu či druhému pólu. Hlavním rozlišovacím faktorem je tu míra verbalizace, zejména ve smyslu další práce s již hotovým artefaktem. Do „činnostní“ řadím např. takovou arteterapii, kde jde o prožitek odventilování emocí bez přímých zásahů arteterapeuta. Ten však může práci strukturovat třeba tím, že zadává témata, podporuje a povzbuzuje pacienta. Nehovoří však s pacientem o obsahu či významu výtvorů, nepokouší se o interpretace a už vůbec pacientovi do tvorby nezasahuje. Neztotožňuji tento druh s „pouhou“ výtvarnou činností, i zde by měla arteterapie znamenat záměrné a cílené využití výtvarných aktivit v procesu léčby, které má určitá pravidla. Také jednotlivé „činnostní“ přístupy se mohou lišit mírou direktivity. Přístupy spadající do okruhu „art-psychotherapeutického“ se pak liší zejména v míře a způsobu arteterapeutova zásahu či další práce s dílem.

Jde o pracovní rozdělení v rámci tohoto textu, nikoli jasně vymezené rozlišení druhů arteterapie. Zejména v kontextu začátku arteterapie lze totiž těžko jednotlivé přístupy škatulkovat.

### 3. PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNY V 1. POLOVINĚ 20. STOLETÍ

Podle Kratochvíla mluví někteří autoři o vzniku skupinové psychoterapie jako o třetí revoluci v psychiatrii. „První revolucí bylo, že Pinel 1793 osvobodil duševně nemocné z řetězů. Druhou revolucí byl vznik psychoterapie, který připravovali Dubois, Bernheim a Janet a který pro svou dobu dovršil Freud. Třetí je vznik skupinové psychoterapie, období, kdy si psychiatrie uvědomila význam sociálního faktoru.“ (Kratochvíl, 1970, s. 186).

Nechci zabíhat hluboko do dějin psychiatrie a zbytečně odvádět pozornost od hlavního tématu práce. Vznik psychoterapie a skupinové psychoterapie však souvisí i s rozvojem arteterapie. Pokud se chceme zabývat vývojem arteterapie, pokládám za užitečné zasadit ho do širšího historického kontextu. V této kapitole bych se o to pokusila nástínem vývoje psychiatrické léčby a přístupu k pacientovi přibližně během první poloviny 20. století. Dovolím si tedy přece jen trochu odbočit, abych čtenáře seznámila se vznikem a prostředím českých psychiatrických léčeben. Právě tam se totiž arteterapie u nás rozvinula.

Nebudu zacházet do souvislostí tehdejších politických událostí, které se samozřejmě odrážely i ve fungování ústavů. Ve válečných obdobích se často léčebny využívaly k různým účelům a složitá situace se výrazně podepisovala i v psychiatrické péči.

#### Vznik ústavů

Ústavní péče o duševně nemocné má historii vskutku pohnutou. Psychiatrická instituce jako taková se vyvíjela z antických asklepií a ze středověkých špitálů. Instituce psychiatrické léčebny je pak historickým výsledkem složitého vývoje lékařství a sociální politiky. (Černoušek, 1994)

Na našem území vznikají první větší dobročinné ústavy pod správou Zemských výborů od poloviny 19. století. Předtím sice existovala různá oddělení pro duševně nemocné v rámci nemocnic, ale ta velmi rychle přestávala vyhovovat jak po stránce kapacitní, tak i co se týkalo úrovně péče o nemocné. Ambulantní léčba neexistovala a nebyly ani žádné účinné léky. Pokud u někoho propukla duševní choroba a jeho stav se zhoršil natolik, že o něj již nebylo možné pečovat v rodině, bylo jedinou možností umístit dotyčného do specializovaného ústavu pro duševně nemocné (podle tehdejší terminologie pro choromyslné). Hospitalizace byla také často jediným řešením pro psychicky narušené osamělé osoby, které byly na obtíž svému okolí. Protože se nemocnice stále potýkaly s problémem nedostatku lůžek, zřizovaly Zemské výbory postupně moderní lůžková zařízení.

V Čechách:

- od r. 1861 ústav pro choromyslné v Praze (dnešní Psychiatrická klinika na Karlově)
- od r. 1869 pobočka pražského ústavu a od r. 1897 samostatný ústav v Kosmonosích u Mladé Boleslavi
- od r. 1880 ústav v Dobřanech u Plzně
- od r. 1887 pobočka pražského ústavu a od r. 1919 samostatný ústav v Opařanech u Tábora (od r. 1925 určený výhradně péči o duševně postižené děti)
- od r. 1891 další pobočka a od r. 1919 samostatný ústav v Horních Beřkovicích u Roudnice nad Labem

(Vyhnánek, 1998)

Podobně tomu bylo na Moravě a ve Slezsku:

- od r. 1863 ústav pro choromyslné v Brně Černovicích
- od r. 1893 ústav pro choromyslné ve Šternberku
- od r. 1889 zemský ústav pro choromyslné v Opavě

Počátek 20. století gradoval nové ekonomické a společenské poměry. Byl to především prudký rozvoj industrializace a s tím spojené zvyšování životního tempa i stresové situace jako důsledek zotřování životních a sociálních podmínek. Do měst se za průmyslem stěhovala venkovská chudina. V rostoucích městech a přeplněných předměstích byly ještě horší podmínky pro domácí péči o duševně nemocné členy rodiny než na venkově. Rostoucí industrializace si vynutila růst počtu psychiatrických lůžek. (Vyhnánek 1998)

V této době vznikají dvě naše přední léčebny, o kterých bude řeč také později v souvislosti s arteterapií. V roce 1903 bylo rozhodnuto o výstavbě „Ústavu pro choromyslné v Bohnicích u Prahy“ (stavba v letech 1906-1924). Roku 1905 rozhodl moravský zemský sněm o stavbě ústavu, který později nesl název „Zemský léčebný ústav císaře Františka Josefa I. v Kroměříži“ (stavba 1905-1909). Oba ústavy přijímaly nemocné už během výstavby.

### **Vývoj léčebných metod**

Pokud by se někomu zdálo prostředí dnešních léčeben řekněme neatraktivní a podivné, nepřála bych mu dostat se do ústavu pro choromyslné začátkem 20. století. Oproti dnešní psychiatrické péči, která úspěšně kombinuje moderní psychofarmaka a nejrůznější druhy psychoterapie, se zdá být tehdejší situace poněkud hrozná. Humánní přístup k pacientům je věcí relativní v čase. Praktiky, které se nám dnes jako příliš humánní nejeví, byly ve své době pokrokové a ve srovnání s dobou ještě dřívější i humánní. V tomto smyslu představuje skutečnou revoluci v psychiatrii až nástup účinných psychofarmak v 50. letech a rozvoj psychoterapie. V následujícím textu se pokusím jen velmi stručně nastínit hlavní léčebné psychiatrické metody první poloviny 20. století, tak jak jsou popsány v historii Bohnické a Kroměřížské léčebny<sup>7</sup>.

Zpočátku spočívala léčebná péče především v třídění nemocných, v podávání hypnotik (Trional, Paraldehyd, Sulfonal a Chloralhydrát) a dále v mechanickém působení na pacienta. Ke zklidnění se používalo teplých koupelí a zábalů do vlhkých prostěradel. Lékař určoval počet prostěradel a dobu, po kterou v nich měl být pacient ponechán. Z dalších léčebných postupů jmenujme psychoterapeutický klid na lůžku či vodoléčbu. Plně byla využívána síťová lůžka a izolace (tzn. místnosti opatřené holým lůžkem, s okny, ve kterých byla 2cm silná skla). Při nezvladatelném neklidu či útočnosti se používala omezovací („svěrací“) kazajka či popruhy a kurty. (Vyhnánek, 1998) Od začátku také funguje pracovní terapie, u vybraných pacientů určoval ošetřující lékař vhodné zaměstnání, které mělo být pro nemocného léčebným prostředkem. Ke zlepšení zdravotního stavu pacientů měly přispívat také občasné menší kulturní akce (divadlo, taneční zábavy atd.).

V meziválečném období se k léčebným metodám přidává malarikoterapie. Horečnatou malárií byla léčena progresivní paralýza, schizofrenie a mánie. U alkoholismu se odvykání urychlovalo apomorfinem. V souvislosti s rozvojem medicíny se ve 30. letech začaly aplikovat tzv. inzulinové šoky, při kterých prudkým poklesem hladiny cukru v krvi došlo k uměle navozenému bezvědomí. Touto metodou byla léčena schizofrenie. Následovala léčba kardiazolovými komaty.

Po druhé světové válce se začala používat tzv. praefrontální lobotomie (přerušení nervových spojů čelních laloků od ostatních částí mozku). Dále se střídala léčba elektrickými šoky a inzulinovými komaty, prováděly se subokcipitální punkce, experimentovalo se s transplantacemi placenty do kožní řasy, s léčbou spánkem, vždy podle toho, který druh léčby se zdál progresivní a prognosticky nadějný.

---

<sup>7</sup> Čerpáno z webových stránek obou léčeben (viz zdroje a použitá literatura), pokud není uveden jiný zdroj.

V 50. letech se situace v psychiatrii začíná radikálně měnit díky zavedení psychofarmak (ataraktik). Černoušek uvádí rok 1952 jako historický mezník farmakoterapie, kdy byl v Paříži v klinické terapii poprvé aplikován chlorpromazin. Na rozdíl od předešlých léků se projevil jako první, spolehlivě účinný antipsychotický preparát, který žádným razantním způsobem nenarušoval organismus nemocných. (Černoušek, 1994) Nové léky fungovaly oproti dosavadním metodám přímo zázračně, zlepšovaly stav pacientů i na těžkých odděleních. Díky tomu se v léčebné praxi rozšířily možnosti i pro další formy léčby. Také u nás tak začíná být klasická léčba doplňována individuální a skupinovou psychoterapií a dalšími novými druhy terapie (např. kulturní, rekreační terapií a také arteterapií). Rozvíjí se tedy možnosti doplňkové léčby, rehabilitace a zaměstnávání nemocných. Postupně rostou i střední zdravotnické kádry (dietní sestry, sociální pracovnice, některé střední a nižší zdravotnické pracovnice se specializovaly na léčbu prací). Do léčeben jsou také přijímáni i další odborníci, lékaři a psychologové. Vlivem rozvoje léčby a zlepšování péče o nemocné se postupně mění detenční charakter ústavů na léčebný a zkracuje se průměrná ošetřující doba.

### **Pracovní terapie**

Pracovní terapie nebo léčba prací, v současné době transformovaná do rozvinuté ergoterapie, funguje v léčebnách od úplných začátků. Pokusila bych se nastínit, co všechno si lze v historických souvislostech pod tímto pojmem představit.

Nemocní, kteří toho byli schopni, byli zapojováni již do stavebních prací při výstavbě léčeben. Součástí léčebny byl většinou také hospodářský statek, který ústavu zajišťoval určitou míru hospodářské soběstačnosti. Osudy těchto komplexů se vlivem politických změn v průběhu 20. století měnily, přesto po určitou dobu nabízelo ústavní hospodářství spoustu možností v pracovní terapii nemocných.

V historii kroměřížské léčebny se například dočteme, že už v době před první světovou válkou určoval ošetřující lékař u vybraných pacientů vhodné zaměstnání tak, aby „...*konaná práce byla pro nemocného prostředkem léčebným, ale též ústavu k dobru a přispívala tak k vydržování ústavu...*“<sup>8</sup>. Zpočátku by léčebny bez pracovního zapojení nemocných ani fungovat nemohly.

V bohnické léčebně byl systém pracovní terapie též plně rozvinut. Skupinám chovanců byla například přidělována políčka, na kterých sami hospodařili a za úrodu dostávali speciální ústavní peníze. V roce 1953 byl však zdejší hospodářský komplex přeměněn na státní statek a léčebně byla zamezena spolupráce s ním i v oblasti zaměstnávání nemocných až do roku 1990.

V 50. letech v souvislosti s nástupem psychofarmak se mění situace také v pracovní terapii. Nové léčebné metody výrazně zkrátily průměrnou ošetřovací dobu, která je nejprve naplněná intenzivní léčbou a poměrně krátkou dobou rehabilitace. To omezovalo možnosti pracovního zapojení nemocného do provozu léčebny dřívějším způsobem. Nemocní sice i nadále v provozu léčebny pomáhali (úklid, údržba parku, zahradnictví), jejich počet se však radikálně snížil. Proto postupně vzniká nový typ pracovní terapie - organizované, cílené a postupně i odborně vedené zaměstnávání nemocných přímo na oddělení nebo v jiných prostorách, kam indikovaní pacienti docházeli. Jednalo se o nejrůznější rukodělné aktivity (u žen např. šití, pletení, tkaní látek, výroba hraček, u mužů výroba zrcadel, svícnu atd.) (Vyhnánek, 1998) S touto formou pracovní terapie se setkáváme ve většině psychiatrických i výchovných zařízení. Postupně se rozvinula až do dnešní ergoterapie.

Nerada bych tímto vzbudila dojem, že lze některý druh pracovní terapie ztotožňovat s arteterapií. Nicméně v rámci pracovní nebo spíše činnostní terapie fungovaly i dílny, kde se

---

<sup>8</sup> Viz <http://www.plkm.cz/hist6.htm> (15.4.2007)

prováděly různé výtvarné aktivity. Ačkoli by se zdejší činnost z dnešního pohledu nedala klasifikovat jako arteterapie, zůstává otázkou, do jaké míry byla jakýmsi jejím předchůdcem. O pracovní terapii zde píšou také proto, že patřila do souboru doplňkových rehabilitačních aktivit, které měly „smysluplně“ zaměstnávat dlouhodobě hospitalizované pacienty. Do tohoto souboru více či méně spadal i určitý druh pozdější arteterapie. Všeobecně totiž dlouho fungoval model (a do jisté míry funguje stále), kdy léčba jako taková byla spatřována v podávání léků. Jinými slovy psychofarmaka byla považována za hlavní, respektive jediný opravdu účinný léčebný nástroj. Ostatní složky terapeutického systému měly doplňkový či rehabilitační charakter. S tímto přístupem se dlouho potýkala i psychoterapie. Význam jednotlivých rehabilitačních aktivit pak snadno splýval a pod označením arteterapie bylo i později spatřováno a provozováno všechno možné.

## 4. OBECNÝ VÝVOJ ARTETERAPIE

### 4.1 Umění v terapii a formování arteterapie

„Dějiny umění se od dob nejstarších táhne i poznání, že někteří lidé tvoří jinak, odlišně a to nejen v průběhu samého aktu tvoření, ale také styl a svět jejich děl zůstává něčím zvláštním, odlišným, jakoby stranou stojícím.“ (Kukal, 1977 in Zicha 1981, s. 7)

Jakýmsi předstupněm ve vývoji arteterapie jako profese bylo zkoumání výtvarné produkce duševně nemocných, které mělo sloužit především k upřesnění diagnózy. Tato problematika se v Evropě diskutovala už od 70. let 19. století a byla spojena zejména s psychopatií schizofrenie. Sama myšlenka terapeutického využití výtvarné produkce se tak zrodila ze zájmu o tvorbu schizofreniků. Za otce prvního zkoumání psychopatie výrazu je možno považovat P. M. Simona, který již v roce 1876 stanovil dvě zásady:

1. Duševně nemocní malují jinak než zdraví lidé.
2. Charakter jejich výtvarných projevů se mění podle druhu a způsobu choroby.  
(in Zicha, 1981)

V první fázi byla tedy tato oblast doménou lékařů-psychiatrů, kteří měli vztah k výtvarnému umění a uvědomovali si potenciál tohoto způsobu vyjádření. Zajímali se o spontánní produkty svých pacientů, snažili se je analyzovat vzhledem ke klinickému průběhu nemoci, osobnosti pacienta i diagnostické kategorii. Záleželo převážně na osobním zájmu lékaře a víře v efektivní a smysluplné využití výtvarné aktivity. Lékař ovšem obvykle nebýval přítomen tvořivému procesu. (Kupečková, 1980) Jednalo se hlavně o diagnostiku, proto zatím nelze hovořit o arteterapii jako takové.

Vývoji arteterapie předcházely některé nové trendy v psychiatrické teorii i praxi. V první polovině 20. století se zvolna proměňuje přístup k péči o duševně nemocné. Postupně se věnuje více pozornosti požadavkům a potřebám pacientů. Zejména u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů vzniká prostor pro různé rehabilitační metody, činnosti a pracovní terapie. Zicha uvádí, že výtvarná práce byla v sanatoriích více méně zaváděna jako složka uvolňující duševní napětí a mající blahodárny vliv na léčbu, a to již v 19. století. Jako terapeutická metoda se však arteterapie začala cíleně využívat až ve 30. a 40. letech dvacátého století v návaznosti na rozvoj psychoanalýzy a dalších psychoterapeutických směrů. V této době je již někde arteterapie subaktivitou v rámci celého terapeutického procesu a arteterapeut je spíše v roli pracovního sociálního. Existuje model vztahu psychiatr × arteterapeut, kde je psychiatr supervizorem. (Kupečková, 1980)

S dalším rozvojem arteterapie a jejím osamostatněním nabývá osobnost arteterapeuta, jeho vzdělání a znalosti na důležitosti. „Proto se zhruba okolo 50.- 60. let objevují v literatuře zmínky o požadavcích na arteterapeuta a o velmi důležitém faktoru koordinace této terapie s ostatními (farmako-, psycho-, muzikoterapií apod.). Tento trend souvisí s celosvětovou tendencí k integraci léčebného procesu za asistence dobře kooperujícího týmu.“ (Kupečková, 1980, s. 38)

Rozvoj arteterapie a její skupinové modifikace byl také ovlivněn posunem k formám skupinové psychoterapie s jedním nebo více terapeutů až ke komunitním systémům. Arteterapie pak byla nejčastěji včleňována do již etablovaných psychoterapeutických přístupů jako dílčí technika zakomponovaná do příslušného teoretického rámce.



## 4.2 Historie arteterapie ve světě<sup>9</sup>

### Evropa

Země západní Evropy, zejména Francie a Německo, mají poměrně dlouhou tradici, hlavně co se týče zájmu psychiatrů o umění duševně nemocných. Autorů je celá řada, uvedu postupně jen některé. Ve Francii to byl již zmiňovaný M. Simon, další studie pocházely od M. Rejy (1907) nebo od J. Vinchona, jehož kniha *Umělecké projevy choromyslných* (1931) byla dokonce přeložena do češtiny. V roce 1959 byla založena Mezinárodní společnost pro psychopatologii výrazu (SIPE). Od roku 1971 vychází časopis Francouzské společnosti pro psychopatologii výrazu *Expression et Signe*. Arteterapii rovněž věnovala pozornost Mezinárodní společnost pro výchovu uměním (INSEA).

V Německu byl v této oblasti významnou osobností zejména psychiatr H. Prinzhorn. Roku 1922 publikoval svoji práci *Bildneri der Geisteskranken*, která probudila zájem o problematiku psychopatologické tvorby. Zabývá se tu smyslem uměleckého tvoření, jeho kořenů a motivace. Uvádí 10 kazuistik a snaží se nalézt typické znaky schizofrenní tvorby. Kromě pozdějších autorů je třeba zmínit také dílo C.G. Junga, S. Freuda a K. Conrada, které bylo též velkým přínosem. (Kupečková, 1980)

V Rakousku se této problematice věnoval např. psychiatr Leo Navrátil, který napsal knihu *Schizofrenie a umění*. Nejznámějším holandským autorem je J. H. Plokker, který se zabýval uměleckým sebevyjádřením v duševní nemoci. Známými anglickými autory na tomto poli byli E. Dax, W. Maclay nebo F. Reitman. V roce 1969 byl v Anglii založen časopis *Inscape*, od roku 1973 vychází *Art Psychotherapy*. Také Švýcarsko mělo v této problematice své autory. Z nejstarších jmenujme W. Morgenthalera. Schizofrenii a umění se věnoval A. Bader. Velmi známou autorkou, která bude později zmiňována, je také I. Jakobová, původem Maďarka.

Také v socialistických zemích existovala řada autorů zabývajících se psychopatologií tvorby. Jmenovala bych alespoň H. Rennerta z bývalého NDR, který po válce pokračuje v Prinzhornových stopách a systematicky pracuje s produkty duševně nemocných.

### USA

Ačkoli se problematika výtvarné tvorby duševně nemocných diskutovala v Evropě již v 19. století, za první průkopnici arteterapie je považována Američanka Margaret Naumburgová. Jako první použila výraz „art therapy“ ve svých pracích ve 30. letech 20. století. V Evropě se tento termín začal používat až od roku 1940.

Již v roce 1915 existovala ve státě New York první tzv. Waldenská škola, která byla psychoanalyticky zaměřena a byla určena pro děti s problémy v chování. Naumburgová zde používala metodu volného kreslení z podvědomí. Ukázalo se, že tato volná umělecká exprese je symbolickou formou řeči, která je starší než ta získaná vzděláním nebo výchovou. Naumburgová si uvědomila, že tato volná tvorba je pro terapeutické působení základem. (Kupečková, 1980)

Základním východiskem její dynamicky orientované arteterapie je tvrzení, že „proces arteterapie je založen na poznání, že nejzákladnější myšlenky a pocity člověka derivované z nevědomí dosáhnou výrazu lépe v obrazech než ve slovech. Každé individuuum, ať už bude, či nebude vzdělané v umění, má latentní kapacitu projikovat svůj vnitřní konflikt do vizuálních tvarů“ (in Šicková, 2002, s. 26)

Další významnou osobností arteterapie je Edith Kramerová (\*1916), která se narodila ve Vídni, za druhé světové války emigrovala a usadila se v USA. Je autorkou výrazu „sublimace prostřednictvím výtvarného projevu“.

<sup>9</sup> Kapitola kombinuje informace z těchto zdrojů: Kupečková, 1980; Šicková, 2002; Zicha, 1981

Z dalších autorů působících v USA bych jmenovala např. J. Dennyho, který sepsal a utřídil techniky arteterapie a dále Viktora Löwenfelda, který pracoval hlavně s nevidomými a slabozrakými dětmi.

V roce 1961 založila arteterapeutka E. Ulmanová časopis pod názvem Bulletin of Art Therapy – pozdější American Journal of Art Therapy (AJAT). První kurz arteterapie byl založen na N.Y. universitě v roce 1958 a byl zaměřen dynamicky. Universitní studium arteterapie bylo v USA poprvé nabízeno v 60. letech 20. století na Hanneman University ve Filadelfii.

### **Japonsko**

Od konce 60.let existují národní arteterapeutické asociace nejen v Anglii a USA, ale také v Japonsku, kde též vychází časopis Bulletin of Art Therapy.

## 5. VÝVOJ ARTETERAPIE V ČECHÁCH

### 5.1 „Artezačátky“ v první polovině 20. století

Také někteří čeští psychiatři se v této době začínají zabývat tvorbou duševně nemocných. Většinou se jedná o lékaře, kteří mají vztah k výtvarnému umění a tvorbě, nebo mají v péči duševně nemocné umělce. „Již ve 20. letech publikoval u nás prof. Janota práci o výtvarné produkci psychotiků a alkoholiků. O tuto oblast se zajímal také prof. Stuchlík – oba byli později jmenováni čestnými členy Mezinárodní společnosti pro psychopatologii výrazu (SIPE).“ (Kupečková, 1980, s.25)

Podle dr. Perouta může být historie arteterapie v nově vzniklém Československu spatřována také v některých experimentálních pojetích výtvarné výchovy.

O tom, jak to vypadalo v tomto ohledu v psychiatrických léčebnách, se mi nepodařilo získat konkrétní informace. Na základě rozhovorů s arteterapeuty a dalších dostupných údajů se však domnívám, že v léčebnách mohly v meziválečném období v rámci pracovní či činnostní terapie fungovat výtvarné dílny, které byly vedeny výtvarníky či výtvarnými pedagogy. Do jaké míry se mohla zdejší činnost blížit arteterapii, si netroufám odhadnout. Každopádně zde mohl vznikat materiál, kterým se zainteresovaní psychiatři dále zabývali.

### 5.2 Česká arteterapie od 50. let

První zmínky o arteterapii jakožto léčebné metodě u nás spadají zhruba do poloviny 50. let. Následující půlstoletí představuje pro arteterapii období těžkých začátků, kdy si velmi pozvolna vytváří určitou profesní identitu a teoretické zázemí. „Nemalý podíl na tomto váhavém rozvoji mělo nepříznivé klima politického režimu mezi lety 1948-1989. Arteterapie doplácela na silné tlumení zahraničních kontaktů – tolik důležitých pro nově se rodící obory – i na podezřívavost vůči „cizorodým vlivům“, která v té době postihovala nejenom ji, ale všechny ty psychotherapeutické postupy, jež byly stěží slučitelné s tehdejší státní ideologií.“ (Slavík, in Šicková, 2002, s.11)

Arteterapie se mohla rozvíjet všude tam, kde byly vhodné podmínky pro dlouhodobější a systematictější práci s lidmi. V ČSSR se provádí především v psychiatrických léčebnách. Proniká i do oblasti školství, kde se praktikuje v některých převýchovných zařízeních pro obtížně vychovatelné jedince, např. v Kostomlatech pod Milešovkou, kde vznikla tradice výstav a seminářů s vydáváním sborníků. (Zicha, 1981)

Než budu konkrétnější, nastínila bych stručně obecný vývoj arteterapie v českých zemích v druhé polovině 20. století, důležité momenty ve vývoji toho oboru budou podrobněji popsány později.

60. léta jsou pro arteterapii v léčebné praxi relativně příznivá, v léčebnách vznikají výtvarné ateliéry a arteterapie se začíná rozvíjet na více úrovních. V 70. letech se tak někde kromě „činnostní“ formy začíná provozovat arteterapie jako součást psychoterapie. Je uplatňována psychoterapeuty jako doplňková metoda v rámci komplexní psychotherapeutické péče a týká se hlavně psychoterapie neuróz, někde i psychóz a rozmanitých typů závislostí.

Je však třeba podotknout, že obecně jsou 70. a 80. léta v psychiatrii považována za éru psychomarmak. Psychoterapie a další alternativní způsoby léčby se sice rozvíjí, ale v atmosféře biomedicínského pojetí léčby skombinované s totalitním režimem mají, řekněme, stíženou pozici. Také proto tehdy trochu opadá nadšení pro arteterapii mezi lékaři a psychology.

V této době se u nás přesouvá těžiště zájmu o arteterapii do oblasti pedagogické: „Mezi studenty speciální pedagogiky byla arteterapie populární zejména v 80. letech, kdy

v tehdejší Československu rostla touha po zásadních politických a společenských změnách. Arteterapie přitahovala mladé intelektuály snad i proto, že patří k oborům, které dávají příležitost ke svobodnému tvůrčímu projevu a k duchovnímu rozvoji. Díky tomu se studenti po „sametové revoluci“ na začátku 90. let výrazně podíleli na rozšiřování možností arteterapeutické průpravy.“ (Slavík, 2000, s. 8)

Vzrůstá zájem o arteterapeutické metody v různých typech speciálních výchovných zařízení. V roce 1981 vyšla na pražské Pedagogické fakultě UK skripta Z. Zichy *Úvod do speciální výtvarné výchovy*, která byla určená pro arteterapeutickou přípravu speciálních pedagogů. „V kontextech speciální pedagogiky našla arteterapie u nás nejen dobré uplatnění, ale také první ustálenější zázemí pro specifickou odbornou přípravu ve spolupráci s katedrami výtvarné výchovy.“ (Slavík, 2000, s. 8)

V druhé polovině 80. let se v tomto oboru konečně formuje určité profesní zázemí v podobě arteterapeutické subsektory, kterou zakládá PhDr. D. Kocábová při Lékařské společnosti J. E. Purkyně. Sekce pořádá semináře, dílny a výcviky. Po revoluci začátkem 90. let se dále rozšiřují možnosti arteterapeutické průpravy. Kromě toho, že přibývá hodin arteterapie v učebních plánech pedagogických i jiných fakult, vzniká ateliér arteterapie při Jihočeské universitě v Českých Budějovicích a s ním také první možnost vysokoškolského studia oboru arteterapie u nás. Období českých arteterapeutických začátků je dovršeno v roce 1994 vznikem samostatného profesního sdružení České arteterapeutické asociace (ČAA) se sídlem v Praze.

### 5.2.1 Arteterapie v léčebných zařízeních

V kontextu začátků arteterapie se v této části vydáme na konkrétní pracoviště, kde má tato disciplína svou tradici. Podíváme se, jakým způsobem arteterapie probíhala, a které osobnosti s tím byly spojeny.

#### PL Bohnice

První ateliér arteterapie byl v psychiatrické léčebně Bohnice zřízen roku 1956 a vedl ho akademický malíř prof. F. Kamba. Do té doby v léčebně podle současného arteterapeuta K. Peřiny sice fungovaly dílny, v rámci kterých se vyráběly různé výtvarně-řemeslné artefakty, ale arteterapie jako taková přišla až s Kambou.

Profesor Ferdinand Kamba (\*1907) studoval AVU a MATFYZ v Praze a dále na Sorbonně v Paříži. Ve Francii též prošel výcvikem v arteterapii. Ateliér arteterapie v Bohnicích vedl od 1.1.1957 do 31.12.1971. Ačkoli studoval v zahraničí, píše v úvodu svých článků, že byl ateliér v Bohnicích zřízen nezávisle na zkušenostech s podobnými pracovišti v jiných zemích. V článku „Arteterapie“ z roku 1966 Kamba dopodrobna popisuje činnost ateliéru a principy zdejší arteterapie. Abych sem vnesla něco z atmosféry (zřejmě) prvního českého ateliéru arteterapie, dovoluji si tento článek z větší části citovat:

„Ateliéru byly v budově místního divadla přikázány dvě větší místnosti s okny do parku. Na stěnách byly rozvěšeny barevné reprodukce známých mistrů, takže se toto tiché, dobře osvětlené pracoviště stalo útulným prostředím podstatně se lišícím od prostorů nemocničních. Skoro každý pacient má tu svůj stůl, tužku, papíry a barvy pastelové a akvarelové, a když ráno v 8 hodin přijde, má vše, včetně předlohy, připraveno. Malířské potřeby dostává od ústavu zdarma a jeho výtvarné práce, pokud mají patognomický charakter, jsou zařazeny do archívu. Některé slouží pro výzdobu pavilonů. Ateliér navštěvují pacienti a pacientky, kteří byli lékařem vybráni, případně kteří o to sami zažádali. Jsou zde nemocní s různými duševními chorobami, přičemž schizofrenie převažuje. Terapie trvá od 8 – 11 hodin a je navštěvovaná průměrně 20 pacienty. V přestávkách si nemocní prohlížejí bohatou knihovnu s odbornými uměleckými časopisy a monografiemi. Tichá hudba, reprodukováná rozhlasem, tvoří vhodné zvukové pozadí práce v ateliéru.

Pacienti mohou tvořit buď spontánně nebo podle předlohy, zcela podle svého přání. Pokud jsou spontánní práce nápadné svým patickým charakterem, snaží se vedoucí získat pacienta pro malování podle skutečnosti a nenechává jej utápět se v patologických myšlenkách a projevech. Je nutno s uspokojením konstatovat, že J.H. Plokker (Geschonden Beeld 1962) zastává v tomto ohledu stejný názor. Tím není řečeno, že by o spontánní projevy s patickým charakterem nebyl zájem. V nich se často odrážejí duševní konflikty nemocného, takže dovolují nahlédnout do jeho niterní problematiky. Proto je pacient, který pracuje pouze podle předlohy, občas vyzván, aby vytvořil nějaké obrázky také spontánně. Hlavním cílem je a zůstane zlepšení zdravotního stavu pacienta, který musí být neustále napojován na realitu, od které se vzdálil. Vedoucí arteterapie musí na každém výtvarném projevu najít nějaké klady, které pochválí, vyzdvihne a podpoří pacienta v jeho další práci. Je přirozené, že tyto výtvarné práce nekoriguje a nijak neovlivňuje. Radí pacientům spíše po stránce technické a koriguje jen na požádání ty výtvarné projevy, které nemají patognomický charakter. Stává se, že v ateliéru pracují občas malíři z povolání, nebo pacienti, kteří absolvovali nějakou výtvarnou školu. V důsledku profesionálních mechanismů nebývá obvykle jejich výtvarná práce chorobou dotčena. Zde může vedoucí ateliéru plně uplatnit své teoretické znalosti a zkušenosti.

Pacient má plnou volnost při výběru námětu a techniky. Vedoucí musí dobře odhadnout schopnosti nemocného a nechá ho vybrat si z předloh odpovídajících jeho schopnostem, aby tento měl vždy pocit, že svou práci zvládl. Mnozí pacienti mají odvalu kreslit a malovat i podle nejtěžších předloh. Mezi nemocnými jsou často takoví, kteří vůbec nevěří, že něco dovedou. V těchto případech provede vedoucí tužkou kresbu sám a pacient ji pak koloruje. Později když nabude větší sebedůvěry, je veden k samostatné práci. Nemocní mívají z těchto obrázků většinou stejné uspokojení, jako kdyby byli cele jejich autory. Jsou ovšem i takoví, kteří neradi připouštějí i sebemenší zásah do své práce.

Při posuzování výtvarných prací si na prvním místě všímáme formy a u spontánních také obsahu. Z těchto jen malá část je zajímavá, neboť většina má obsah zcela všední. Maluje se obvykle to, co roční doba přináší. Od jara do podzimu kytice a zátiší. Upouštíme od malování v plenéru, protože pacienti by se nedokázali tak soustředit jako v ateliéru. Vspělejší kreslí a malují portréty podle předlohy nebo modelu, a to i olejovými barvami na preparované lepenky.“

Kamba dále uvádí různé závěry ze zkoumání výtvarných prací. Výtvoř lze posuzovat např. z hlediska vlivu duševní choroby na kvalitu výtvarné produkce. V této souvislosti rozděluje autor pacienty do čtyř skupin. V první skupině působí duševní choroba na kvalitu obrazu regresivně. U velké části pacientů není vliv patologie v díle patrný a jejich práce mají spíše realisticko-popisný charakter. U menšího počtu pacientů-schizofreniků dochází zase se zhoršením duševního stavu ke zvýšení kvality výtvarné práce a naopak. Do poslední skupiny patří ti pacienti, kteří vedle konvenční produkce vykazují občas také práce výtvarně silné.

Obrazy lze studovat také z hlediska diagnostického, kdy je možné najít znaky charakteristické pro jednotlivé nemoci. Podle Kamby je v tvorbě jasně patrný vliv léčebných prostředků. Chronologicky seřazené série výtvořů, mohou mít pak také prognostický význam, neboť lze z jejich celkové tendence usoudit na další vývoj duševního stavu pacienta. O terapeutických účincích arteterapie píše autor toto:

„Proces, do kterého je pacient v ateliéru zařazen, je procesem dynamickým. Nemocní si vzájemně prohlížejí své výtvarné práce, hovoří o nich, navzájem si je hodnotí a jsou stále ve styku s vedoucím ateliéru. Nemocní trpí většinou pocitem méněcennosti a v ateliéru poznávají, že něco dokáží a jsou v tomto přesvědčení vedoucím podporováni, takže jejich sebevědomí vzrůstá. Při kreslení se nemocní cvičí v soustředění a jsou touto činností odváděni od svých patologických myšlenek a projevů. Vzhledem k tomu, že pracují podle předlohy, jsou napojováni stále na realitu, které se odcizili. Přicházejí denně do ateliéru, aby splnili docela určitý úkol, ve kterém je určitý řád, který nutno dodržet, aby práce byla úspěšná. Jednotlivé objekty, které malířsky zpracovávají, mají od sebe určité vzdálenosti, poměrnou velikost, jedny jsou vpředu, druhé vzadu a mají zcela určité barvy. Pacient musí uvážít, jak umístit celou kompozici, kde začít obrysovou linií a jaký je její průběh. Je to řada jednoduchých úvah, které musí proběhnout, má-li být práce přivedena ke konci. Tím vším pomáhá pacient vytvářet určitou hierarchii ve svém duševním životě a zpevňuje to, co zůstalo zdravé. Nemocný měl před hospitalizací citové vztahy k určitým osobám a k svému okolí. Internováním jsou tyto vztahy do značné míry blokovány a emocionální napětí takto vzniklé působí nepříznivě na stav nemocného. Je třeba mu dát jakousi náhradu, kde by se citově vyžil a tou je do jisté míry právě výtvarná práce. Ta může někdy zaujmout více než jakékoli vztahy k lidem i věcem. Rovněž pacienti mají vřelý poměr ke svým výtvarným pracím.

Útulné prostředí a přátelský vztah vedoucího ateliéru k pacientům doplňují terapeutické účinky práce.“  
(Kamba, 1966)

Po prof. Kambovi vedl ateliér řadu let malíř Josef Velčovský, který tam nastoupil roku 1971. Velčovský absolvoval AVU, prošel výcvikem u Kamby a řadou zdravotních školení, která byla tehdy povinná. Podle předpisů pro přijímání zaměstnanců psychiatrických zařízení bylo pro práci arteterapeuta podmínkou vysokoškolské vzdělání uměleckého směru, nebo psychologie s výtvarnými dispozicemi, nebo vzdělání výtvarně-pedagogické. Specializace byla dána výcvikem.

Současný arteterapeut PhDr. Karel Peřina pracoval v Bohnicích od roku 1981 jako vedoucí arteateliéru ve Výzkumném ústavu psychiatrickém (dnešní Psychiatrické centrum Praha, které sice sídlí v areálu léčebny, není ovšem její součástí), roku 1985 k tomu převzal ateliér po Velčovském. Dr. Peřiny jsem se zeptala, zdali se jeho arteterapeutický přístup oproti jeho předchůdcům nějak liší:

„Činnost současného ateliéru arteterapie na pavilonu 4, primariát VIII, tedy vlastně ateliéru, který zde existuje od roku 1957 se změnila takto:

Jednotlivá sezení jsou dnes maximálně 90 minut dlouhá, zúčastňuje se jich maximálně 8 pacientů a pracuje se skupinově podle pavilonů a tím vlastně i podle toho, zda se jedná o pacienty akutní péče, následné péče, nebo klienty PCP, kde jde často o diagnosticky složitější kauzy. Individuální arteterapie je menšinová a je zaměřena spíše na profesionální výtvarníky s psychickou poruchou nebo na pacienty, kteří nejsou schopni absolvovat skupinové sezení a nonverbální terapie je pro ně výrazným diagnostickým či terapeutickým přínosem. Výtvarné techniky jsou volitelné buď plošné včetně tisku z výšky, koláží a ostatních kombinovaných technik nebo plastické obvykle v podobě modelování v sochařské hlině či plastelině.

Sezení je několikavrstvé. Začíná se obvykle výtvarnou "rozcvičkou", která má za úkol obnovit některé dovednosti zacházet s výtvarnou technikou, což je důležité hlavně u hlubších duševních poruch, kde bývá problém i s jemnější psychomotorickou dovedností a proto je nutná stimulace pacienta. Poté obvykle přicházejí témata projektivní v bateriích podle zaměření na jednotlivé okruhy psychiatrickopsychologické problematiky. Tato mohou být pro pacienta někdy velmi náročná a proto je třeba ho neustále povzbuzovat, ale přitom za žádnou cenu nezasahovat do pacientova projevu výtvarného, jak často mnozí arteterapeuti dělají, aby získali výtvarně zajímavý artefakt. Protože skutečně nezáleží na tom, jak bude vypadat závěrečný artefakt, ale proces je nejdůležitější. Pacient si v procesu této práce výtvarné vytváří jakoby dialog s artefaktem, podobně jako se živým terapeutem, když to řekneme hodně zjednodušeně. Nakonec po této katarzní části pracujeme s jednoduchým uzavíracím tématem, které klientovi umožňuje lepší přechod do dalších činností v PL. Práce se následně nerozebírají při nějakém sezení, protože smyslem je udržet nonverbální přínos projektivního procesu tvorby. To je smysl práce ateliéru na pavilonu 4. Samozřejmě pracujeme i se spontánními nápady, projevy, ale u těžkých duševních poruch, například při bipolární poruše to nejde. Proto musí arteterapeut citlivě střídat direktivní a nedirektivní arte. To se rozhoduje, včetně výběru témat až těsně před zahájením sezení, podle složení skupiny a její schopnosti spolupráce v závislosti na exogenních podmínkách, třeba počasí, roční době a převažujících diagnóz ve skupině.

Výstup z terapie je většinou formou následného sezení arteterapeuta s personálem daného pavilonu či formou zápisu do dekurzu, případně telefonickou konzultací s ošetřujícím lékařem pacientů ve skupině.“<sup>10</sup>

V 90. letech vzniká v areálu bohnické léčebny další ateliér v suterénním prostoru pavilonu 5. O jeho vznik se zasloužila hlavně bc. Jana Ledvinová, která zde v rámci terapeutického týmu pracuje dodnes. Zřízení ateliéru následoval vznik alternativní galerie, která původně sloužila k prezentaci děl některých pacientů, později se se svými pracemi zapojovali i

---

<sup>10</sup> Citováno z emailové korespondence s dr. Peřinou.

spřátelení terapeuti, výtvarníci a také sympatizanti z řad tvořivé veřejnosti. Později při ateliéru a galerii vzniká ještě čajovna, která podporuje návštěvnost galerie. Záměrem J. Ledvinové bylo vytvořit široce orientované arteterapeutické pracoviště, kde by spolupracoval tým terapeutů. Ateliér v současnosti nabízí široký výběr technik i forem arteterapie. (J. Ledvinová, 2006)

## **PL Kroměříž**

První zmínka o arteterapii v této léčebně spadá do roku 1961, kdy zde začali vybraní pacienti pracovat v arteterapeutickém ateliéru pod odborným vedením akademické malířky Anny Sládkové.

V roce 1965 bylo v PL Kroměříž vytvořeno centrální psychologické pracoviště pod vedením PhDr. Stanislava Kratochvíla. Bylo určeno jednak pro potřeby léčebny, jednak sloužilo i jako výcvikové pracoviště pro studenty oboru psychologie tehdejší Filozofické fakulty UJEP Brno. V roce 1971 vzniklo specializované oddělení (18B) určené pro léčbu neuróz. Pod odborným psychologickým vedením Dr. Kratochvíla tu byl uplatňován autonomní syntetický a diferencovaný přístup k nemocným a různé druhy skupinové psychoterapie.<sup>11</sup>

Situaci ohledně zdejší arteterapie v 70. letech mi nastínila PhDr. Alena Koblicová, která se do léčebny dostala během své praxe v rámci studia psychologie na FF v Brně v letech 1972-77. V této době se v kroměřížské léčebně zabýval arteterapií hlavně psycholog PhDr. Hájek. Zavedl sem projektivní arteterapii, o které později Koblicová napsala závěrečnou práci. Koncem 70. let Hájek emigroval. Arteterapie se tady podle Koblicové provozovala hned několika způsoby. Fungovalo tu několik dílen, které sloužily celé léčebně, a z jednotlivých oddělení sem chodili vybraní pacienti (psychotici, alkoholici atd.). Poněkud odlišná arteterapie pak probíhala v psychoterapeutické komunitě na výše zmíněném Kratochvílově oddělení 18B v rámci intenzivní psychoterapie neuróz. I na dalších odděleních kroměřížské léčebny byli lidé, kteří se o arteterapii zajímali, např. psychiatr MUDr. M. Koupil, který se sám věnoval malování. Podle Koblicové se v této léčebně obecně přálo psychoterapii i různým jiným metodám, proto zde byly dobré podmínky i pro arteterapii. K tomu výrazně přispívala zejména činnost PhDr. S. Kratochvíla, velké osobnosti kroměřížské léčebny. V rámci rozvoje psychoterapie vytvářel vhodné podmínky pro různé aktivity a výzkumy a svým přístupem aktivizoval také lidi kolem sebe.

Bližší informace o zmiňovaných dílnách jsem našla v Hájkově článku v souvislosti s psychoterapií psychóz. V rámci rehabilitačního primariátu MUDr. V. Mikuly, který byl těmto aktivitám též nakloněn, fungovaly v léčebně v 70. letech tři arteterapeutické ateliéry, každý jinak zaměřen. Vedoucími ateliérů byli absolventi uměleckoprůmyslových škol a každý ateliér navštěvovalo 10-15 pacientů. První se zaměřoval na kresbu podle modelu a program měl ráz kurzu kreslení. Smysl této činnosti vyjadřuje Hájek slovy Rousseaua – „nejde o kopírování světa, ale o jeho adekvátní poznávání“. Druhý ateliér se věnoval pacientům, kteří tvořili spontánně. V této činnosti byl spatřován „nástroj autosanačních tendencí psychiky“. Třetí ateliér byl jakousi školou výtvarné komunikace, pracovalo se zejména s abstraktními tématy. V rámci všech ateliérů pak byly výtvary pacientů citlivým indikátorem jejich psychického stavu. Bylo možné pozorovat poměrně rychlý vývoj kresebné dovednosti a zájmu u pacientů jinak netečných. (Hájek, 1977)

Hájek se snažil zavádět neverbální techniky do psychoterapie psychóz mj. na základě zkušeností z psychoterapie neuróz, kde se jejich používání brzo osvědčilo. Tím se dostáváme k bližšímu seznámení s kroměřížským oddělením 18B. Ráda bych ho blíže popsala a tím nastínila obecné principy fungování psychoterapeutického komunitního systému, který byl v

---

<sup>11</sup> viz <http://www.plkm.cz/hist11.htm> (z 15.4.2007)

této době u nás zaváděn v různých léčebných zařízeních. V rámci tohoto modelu totiž měly většinou artetechiky své místo.

Kroměřížská psychoterapeutická komunita byla určena pro „lehčí“ pacienty (neurotiky), se kterými bylo možné intenzivně psychoterapeuticky pracovat. Podle Hájka (1977) trvala terapie 6 týdnů, přičemž pacienti prodělávali 25 hodin vlastní psychoterapie týdně. V programu byla pracovní činnost (v zahradnictví), povinný sport, 3krát denně autogenní trénink, tzv. malé a velké komunity, psaní deníků, skupiny s rodinnými příslušníky, kluby apod. Skupiny byly od počátku zaměřeny zejména na sociální učení, emocionální korekci a interpersonální náhled. Komunitní systém měl tedy určitý řád a koncepci a fungoval tu speciálně vyškolený terapeutický tým.

Arteterapie se v rámci psychoterapeutického sezení používala nejčastěji formou malování témat zadaných terapeutem. Témata byla buď zaměřena na potenciálně konfliktové oblasti (např. „Moje zaměstnání“, „Jak si připadám doma“, „Nejživější vzpomínka z dětství“) nebo se týkala aktuálních skupinových interakcí („Já a skupina“). Po zadání tématu následovalo 10-30 minut malování vodovými barvami, poté hotová díla pacienti postupně popisovali a vysvětlovali. Hájek k tomu dodává: „V dobře fungující skupině je malba stimulem ke spontánnímu rozvedení příslušné problematiky. (...) Hotový výtvar přinese celkem zřídka sám nějakou evidentně novou informaci. Poskytuje však ostatním členům skupiny příležitost k ujasnění a vyslovení jejich podnětů probíranému jedinci, často pod záminkou nalezení odpovídajících náznaků v jeho malbě. (...) Popsaná technika tedy přispívá průběhu skupinové psychoterapie dvěma způsoby. Umožňuje probírání nového relevantního tématu a dává skupině příležitost k upřesnění a sdělení podnětů jedinci.“ (Hájek, 1977, s.31)

Tento postup Hájek modifikoval do vlastní techniky otevřených představ (projektivní arteterapie). Technika se opírá o navození představy s otevřeným koncem, kterou pacient v relaxovaném stavu ve své fantazii dokončí a později namaluje. Metoda usiluje o bezprostřednější kontakt tvůrce s jeho projekcemi a zaměřuje se na témata, ve kterých si pacient nepřipravuje tak důkladné racionální vysvětlení toho, co namaloval a neupíná se předem na jedno konkrétní sdělení. (Hájek, 1977)

Kratochvíl později uvádí arteterapii, resp. projektivní kreslení jako jednu ze složek systému (mimo výše uvedené sem ještě např. patří psychogymnastika<sup>12</sup> či psychodrama<sup>13</sup>). Při práci s velkou skupinou bylo projektivní kreslení zařazováno jednou týdně jako speciální sezení, při práci s malými skupinami bylo včleňováno do některých sezení nepravidelně podle potřeby. Systém kroměřížské komunity Kratochvíl podrobně popisuje v knihách Skupinová psychoterapie neuróz I, II. (Kratochvíl 1983)

V letech 1984-91 pracovala na oddělení 18B také současná arteterapeutka Emilie Rudolfová. Na Kratochvílově oddělení působila jako psychoterapeutka a kromě jiných neverbálních technik zde vedla program projektivní arteterapie ve skupině nebo komunitě. Od ledna 1992 je ve zdejším ateliéru arteterapie. Ten převzala po výtvarnici Haně Kristenové, která nabízela především „činnostní“ arteterapii. Rudolfová podle svých slov začala do „činnostní“ arteterapie vnášet prvky psychoterapie. Od února 1997 v ateliéru nabízí: činnostní arteterapii, projektivní arteterapii pro psychotické klienty (program ve skupině), individuální arteterapii. (Rudolfová, 2003)

Od roku 1997 organizuje E. Rudolfová v prostorách Muzea Kroměřížska výstavy s názvem „Umění jako stav duše“. Jsou zde vystavována díla pacientů psychiatrické léčebny Kroměříž - malby, kresby a plastiky, které v ateliéru arteterapie vznikají.

---

<sup>12</sup> Terapeutická i diagnostická metoda založená na pantomimě - prostřednictvím soustavy pantom. úkolů umožňuje klientům vyjadřovat vztahy k lidem i vnitřní konflikty a prožitky, založila PhDr. H Junová.

<sup>13</sup> Technika dramatického předvádění pacientových či klientových dilemat, užívaná při skupinové, či hromadné psychoterapii.



## **PL Kosmonosy**

S touto léčebnou je spojena významná osobnost české psychoterapie a arteterapie, klinická psycholožka PhDr. Darja Kocábová.

Do PL Kosmonosy se dostala koncem roku 1973, kdy byla z politických důvodů nucena změnit profesionální orientaci z dětské klinické psychiatrie na práci s dospělými psychotickými pacienty. To si samo o sobě vyžádalo hledání nových pracovních přístupů.

„Ukazovalo se, že v rámci psychoterapie psychotiků, která tehdy byla chápána spíše jako pochybný experiment, se osvědčuje kombinování verbálních a nonverbálních metod. Bylo známo, že kolem 4 % schizofrenních pacientů se spontánně výtvarně projevuje. Řada významných psychiatrů tento jev popisovala a poukazovala na jeho přínos k upřesnění diagnostiky a hlubšímu porozumění problematice psychotických pacientů. Při psychotherapeutické práci s psychotiky se navíc ukazovalo, že možnost výtvarného vyjádření přispívá k celkovému uvolnění intrapsychické tenze, snížení hladiny úzkosti (i když špatným vedením nebo přechodně se úzkost může naopak zvýšit). Přispívá k radosti z tvořivé aktivity, má očistnou osvobozující sílu a může mít za určitých okolností prokazatelně léčivé účinky.“ (Kocábová, in časopis Arteterapie, č.2, s. 21).

Dr. Kocábová si všimla různých možností výtvarného vyjádření už při práci s dětmi na dětské psychiatrii a určitou zkušenost získala také v rámci psychotherapeutického výcviku pod vedením prof. Kukala. Na základě toho začala se svými pacienty zkoušet některé techniky a postupně arteterapii koncipovala jako integrální součást skupinové psychoterapie psychóz. Protože byla ve své práci úspěšná, dělala později arteterapii jednou týdně také na oddělení pro neurotiky a podle potřeby užívala arteterapeutické metody také v individuální psychoterapii.

„Nabízená témata (výchozím zdrojem byly studie Dennyho a Iréne Jakab) – často vznikající z podnětu samotných pacientů – jsem přizpůsobovala jednak úrovni skupiny, jednak fázi psychotherapeutického procesu. Jako úvodní téma se mi osvědčoval „Chaos a řád“. Technika byla jednoduchá (dnes všeobecně známá, tehdy objevná), pacient měl tužkou počmárat plochu všemi směry, což mu pomohlo zbavit se úzkosti z požadovaného výkonu (také z prázdné plochy, která ho zúzkostňovala, „horror vacui“). Téma mělo svou promyšlenou filosofii. Psychotherapie psychóz se ve skutečnosti odvíjela na bázi budování potřebných struktur, které bylo třeba nechat vykrystalizovat z hlubin psychického chaosu, do nichž se pacienti v psychóze propadali. Provokovala člověka k aktivnímu hledání nějaké smysluplnější struktury cestou výtvarného projevu, o němž je známo, že je z hlediska fylogeneze starší než artikulovaná řeč. Pacienty to zdánlivě jen pobavilo, navodilo pocit jistoty a když měli pak z této chaotické čmáranice silnými čarami vytáhnout nějaký smysluplný nebo alespoň výtvarně pěkný tvar, vzbudilo to u nich většinou pocit uspokojení (nalezení smyslu v nesmyslu) a zájem a ochotu pokračovat v další práci.“ (Kocábová, in časopis Arteterapie, č.2, s.21-22)

Kromě popsané „otvírací“ techniky používala Kocábová celou řadu dalších témat, také podle toho, co situace vyžadovala. Díky tomu, že nebyl primárně kladen důraz na uměleckou kvalitu výtvorů, překonávali pacienti případné počáteční rozpaky snáze. Arteterapie pomáhala uvolňovat bloky nebo otevírala důležitou problematiku. Největším přínosem byly rozhovory nad výtvary. Výtvarnou práci Kocábová strukturovala tím, že zadávala témata, ale přímo pacientům do tvorby nezasahovala.

Protože u nás tehdy na toto téma nebyla dostupná téměř žádná literatura, vytvářela si dr. Kocábová do značné míry techniky sama, nebo modifikovala zmiňované dostupné metody. Její tvůrčí přístup přinášel velmi dobré výsledky a přitahoval spoustu dalších lidí se zájmem o arteterapii. V rámci psychoterapie používala Kocábová, také další techniky (např. psychodrama, psychogymnastiku, práci s přírodními atd.)

O její přístup se také začal zajímat ak. sochař Bíma, který v té době v PL Kosmonosy vedl pracovní terapii. Pod supervizí dr. Kocábové změnil způsob vedení práce v dílně a začal dělat spíše „činnostní“ arteterapii. Výsledkem jejich spolupráce byla výstava výtvarných prací pacientů s názvem „Skromné umění“ v Mladé Boleslavi, která měla mezi veřejností velký úspěch.

Dr. Kocábová začala být svým přístupem mezi odbornou veřejností brzo poměrně známa a také dnes ji většina arteterapeutů v kontextu počátku naší arteterapie automaticky jmenuje. Jako jedna z prvních u nás rozvinula a prosadila přístup „art-psychotherapeutický“, a proto je dnes považována za jednu z prvních představitelk a průkopnic české arteterapie.

### **Horní palata a Lobeč**

Denní sanatorium Horní Palata (součást Všeobecné fakultní nemocnice v Praze) vzniklo v roce 1969 jako první nelůžkové zdravotnické zařízení pro intenzivní léčbu psychických obtíží v tehdejší Československu. V rámci skupinové psychoterapie se tu od začátku používali různé expresivní techniky, známá byla zdejší psychogymnastika, kterou rozvíjela PhDr. H. Junová.

Od začátku se používala také arteterapie jako doplňková technika na psychotherapeutických skupinách. Byla používána spíše nahodile, její užití se řídilo potřebou skupiny a přístupem terapeuta, který skupinu vedl. Až začátkem 90. let byly do programu DS zařazeny 2 hodiny arteterapie týdně. (Novotná, 2001)

V 90. letech se tu zabývala arteterapií také dr. Strnadlová, která sem již dříve zavedla např. techniku interakčního kreslení, kterou popisuje ve své práci: „Konverzační, ale lépe interakční kreslení spočívá ve společném kreslení na stejný papír, přičemž se nemluví. Oba zúčastnění mají jinou barvu tužky nebo fixu. Podle rozdělení prostoru a zejména podle sledu jednotlivých akcí a interakcí je možné snadno identifikovat postup jejich vzájemného kontaktu, distance, kooperace, agrese, expanze ap. Velkou výhodou je tu pak možnost sledovat v terapii krok za krokem vzájemné chování, což je pro pacienty jinak téměř nemožné.“ (Kupečková, 1980, s. 47)

Podobně to s arteterapií vypadalo v terapeutické komunitě v Lobči, což bylo lůžkové rehabilitační středisko, taktéž pobočka Fakultní nemocnice v Praze.

### **Další zmínky:**

Arteterapie v nějaké podobě probíhala na řadě dalších pracovišť. Výčet není zdaleka kompletní, následují už jen stručné zmínky ze 70. a 80. let.

Arteterapie ve smyslu rozboru výtvarných produktů, symbolických interpretací a činnosti zaměřené na prožitek byla v **PL Horní Beřkovice** užívána jako doplňková forma terapie na rehabilitačním oddělení pro psychózy. V roce 1972 tu byla primářkou MUDr. Julie Sobotkiewitzová, která se arteterapií zabývala. V roce 1978 zde Dr. Strnadlová (Kupečková) prosadila činnost arteterapeutického ateliéru, kde dělala skupinovou arteterapii s psychotiky. V **PL Opava** byla arteterapie používána na rehabilitačním oddělení pro psychózy jako součást skupinové psychoterapie pod vedením primářky MUDr. Strossové. Arteterapeutem v nemocnici U **Apolináře** byl nějakou dobu prof. Kukul, který působil také v **Lojovicích** a **Dobřanech**. Arteterapii s dětmi se věnoval E. Bohuslav v **PL Opařany**.

## 5.2.2 Možnosti vzdělání v arteterapii v minulosti a posun k jejímu profesnímu zakotvení

Většina dotázaných odborníků, kteří se začali arteterapii věnovat v 70.- 80. letech, se shoduje, že oficiální možnosti vzdělání byly dříve v tomto oboru minimální. Souvisí to s pomalým rozvojem arteterapie u nás, jehož důvody byly uvedeny už v úvodu této kapitoly.

Z dosavadního popisu vyplývá, že české odborné texty zabývající se arteterapií nechyběly zcela, byly to však většinou články roztroušené v různých odborných časopisech. Některé kvalitní texty ani publikovány nebyly a šířily se pouze mezi kolegy (např. některé Hájkovy texty). V 50. letech se tématem zabývali např. Písařovic, Hamsík a Roubal, kteří studovali kresbu po probuzení z inzulinového komatu. (Kupečková, 1980) Od 60. let se objevují články, později i diplomové práce přímo o arteterapii (F. Kamba, F. Roubíček, P. Hájek, E. Hájková a J. Herinková, D. Kocábová, R. Konečný, H. Junová, H. Kupečková (Strnadlová), L. Joanidis, L. Ochrymčuk, I. Švancarová a J. Švancara, A. Hadincová (Koblicová) ad.).

Byly tu také texty, které s tématem těsně souvisely. S. Drvota<sup>14</sup> se ve své knize *Osobnost a tvorba* z roku 1973 zabývá uměleckou výtvarnou tvorbou z psychiatrického hlediska. Psycholožka E. Syřišťová píše o výtvarné tvorbě schizofreniků v knize *Imaginární svět* z roku 1974. Občas se podařilo přivést nějakou literaturu ze zahraničí. Ti šťastnější tak například čerpali z některých čísel amerického časopisu *American Journal of Art Therapy*. Šlo se také inspirovat z literatury starší, jako byl např. výše zmiňovaný Prinzhorn.

Podobně to bylo s výcvikovými možnostmi. Specializované výcviky či semináře v arteterapii dlouho nebyly k dispozici, později se bylo možné s některými technikami seznámit v rámci psychoterapeutických výcviků. Dr. Kocábová uvedla, že si vyzkoušela arteterapii sama na sobě pod vedením prof. Kukala v rámci sebezkušenostního psychoterapeutického výcviku SUR, ve kterém byla od roku 1972.<sup>15</sup> Zažila také několik seminářů, které organizovala MUDr. J. Sobotkiewitzová z PL Horní Bečkovice.

Dotazovaní se shodují, že v rámci většiny psychiatrických léčeben se skoro vždy našel někdo, kdo se nějakou formou arteterapie zabýval, nemělo to však žádnou oficiální platformu a v této oblasti téměř nefungovala odborná komunikace. Čas od času proběhly nějaké přednášky o arteterapii v rámci psychiatrické nebo psychoterapeutické konference (vyplývá to mj. i z výše použitých článků P. Hájka). Obecně však dlouho platilo, že pokud se chtěl arteterapii někdo věnovat, záleželo nejvíc na jeho vlastní iniciativě.

### Vznik arteterapeutické subsekcce

V průběhu 80. let se začala situace v tomto ohledu zlepšovat. „Arteterapeutické aktivity zaujímaly stále větší prostor i ve skupinových výcvicích profesionálů (SUR) a na psychoterapeutických konferencích byly praktické zkušenosti i teoretická východiska arteterapie stále častěji referovány.“ (Kocábová, in časopis *Arteterapie*, č.2, s. 23) V polovině 80. let pověřil doc. J. Skála<sup>16</sup> dr. Kocábovou založením arteterapeutické sekce. Stalo se tak roku 1987<sup>17</sup>, kdy v rámci Lékařské společnosti J. E. Purkyně pod psychoterapeutickou sekci

<sup>14</sup> Psychiatr MUDr. Stanislav Drvota, CSc. u nás při Lékařské společnosti založil Sekci psychopatologie výrazu, o které se mi však nepodařilo zjistit bližší informace.

<sup>15</sup> SUR byl a je systém výcviku v psychoterapii, pojmenovaný podle svých zakladatelů J. Skály, E. Urbana, J. Rubeše, který je založen na principu terapeutické komunity. První výcviková komunita, z níž SUR vznikl, zahájila svou činnost už roku 1967.

<sup>16</sup> Doc. MUDr. Jaroslav Skála (\*1916), významný psychiatr a psychoterapeut, zakládající člen SURu, zal. KLUS=Klub usilující o střizlivost (1948) a Kabinet pro psychoterapii, zal. také první záchytnou stanici v Evropě (1951).

<sup>17</sup> Tento rok uvedla dr. Kocábová podle vlastních záznamů. V této souvislosti bych chtěla upozornit na nepřesnost na webu ČAA, kde je uvedeno, že arteterapeutická sekce vzniká v 70. letech.

vznikla arteterapeutická subsekcce.<sup>18</sup> „Scházeli jsme se dvakrát do roka, event. podle potřeby (po roce 89 se tady objevovali odborně vyškolení západní arteterapeuti), docházelo zde k výměně zkušeností, rozšíření arteterapie i mimo rámec psychiatrických léčení, do ambulantních zařízení, do denních sanatorií, na dětská oddělení v nemocnicích a i do dalších oblastí práce s lidmi, zvláště pak do oblasti pedagogické. (...) V rámci tohoto snažení vznikla první výcviková arteterapeutická skupina pod vedením PhDr. Z. Petrželky, který později také vedení arteterapeutické subsekcce převzal.“ (Kocábová, in časopis Arteterapie, č.2, s. 23) Sekce pořádala semináře, dílny a výcviky, scházeli se zde pracovníci z různých oborů.

### **Bc. studium arteterapie v Českých Budějovicích**

Významným momentem v začátcích české arteterapie bylo zformování prvního vysokoškolského studia tohoto oboru. Ateliér arteterapie funguje při pedagogické fakultě Jihočeské university v Českých Budějovicích od počátku 90. let. Vznik tohoto studia je spojen především s osobou malíře, pedagoga, muzikanta a arteterapeuta PhDr. Milana Kyzoura, o kterém mi napsal jeho syn PaedDr. M. Kyzour, ml.

M. Kyzour (1932 České Velenice - 2000 Kaplice) studoval na pedagogické fakultě v Českých Budějovicích, dále etopedii na UK v Praze (začátkem 70. let rigorózum u prof. Holešovského na MU v Brně). Aspirantura mu nebyla povolena tehdejšími stranickými činovníky. Od roku 1956 do 1986 působil jako ředitel kaplické hudební, později základní umělecké školy. Pak byl již na volné noze jako malíř. Přibližně od r. 1967 se vedle toho několik let zabýval arteterapií v PL Červený Dvůr za dob primariátu MUDr. Vladimíra Řezníčka. V souvislosti s odvoláním tehdejšího primáře ukončil praxi v Červeném Dvoře i on a jeho novým realizačním prostorem se stalo neurosologické oddělení na psychiatrii budějovické nemocnice. Pracoval zde od počátku 70. let až do zrušení tohoto oddělení, ke kterému došlo kolem roku 1992.

Podle dr. Perouta v roce 1990/91 začala být arteterapie vyučována v prostorách katedry hudební výchovy v Rožnově v Českých Budějovicích, zpočátku formou kurzu, ale s předpokládaným výhledem brzké akreditace. V počátcích paralelně s výukou v Českých Budějovicích probíhala výuka při katedře psychologie UK - existoval jakýsi pražský studijní kroužek. Do Prahy jezdil dr. Kyzour z vlastní iniciativy a na vlastní náklady v týden, v sobotu a neděli učil v Českých Budějovicích, vedl tehdy většinu závěrečných bakalářských prací a velkou část organizační a provozní agendy. Zmíněná paralelnost výuky se ukázala po akreditaci jako neúnosná a vše se přestěhovalo do Rožnova.

Dr. Lhotová byla členkou zmíněného pražského kroužku. Kromě dr. Kyzoura je v Praze učil také psychiatr dr. Řezníček. Na kurz byli zváni různí odborníci např. z oblasti dějin umění. V Českých Budějovicích, kde studium „pražští“ dokončili, měli také v rámci studia povinnou praxi v nemocnici na psychiatrii na oddělení neuróz.

Cílem studia bylo poskytnout arteterapeutickou specializaci pracovníkům v různých oborech práce s lidmi. Předpokladem bylo, že se bude arteterapie používat systematicky, podle našeho základního rozdělení ve smyslu „art-psychotherapeutickém“. Dr. Kyzour st. měl poměrně osobitý arteterapeutický přístup, ze kterého vychází tzv. „rožnovská metoda“, která je zde v současnosti vyučována. Oproti jiným přístupům se jeví direktivnější, počítá s metodickými pokyny při tvorbě a interpretaci výtvarného díla. Jedním z Kyzourových pokračovatelů je jeho syn dr. M. Kyzour ml. Ve svém článku vysvětluje základní principy toho přístupu:

„Přístup rožnovské intervenční arteterapie spočívá v odventilování energie soustředěné v příznaku řízenou výtvarnou tvorbou a jejím vývojem jako zrcadlem skutečnosti, tedy objektivním posunem klienta. Změna a kultivace výtvarného vyjádření klienta je totiž

---

<sup>18</sup> Mezi arteterapeuty se běžněji používá výraz „arteterapeutická sekce“.

chápána jako analogie, metafora posunu osobního. Je proto evidentní, že v tomto přístupu není rozhodující míra klientovy poučenosti či výtvarného umu. Vycházíme z empiricky ověřeného předpokladu, že změnu osobnosti lze uskutečňovat na základě posunu ve výtvarném vyjadřování klienta a zároveň míru této změny zpětně posoudit na základě vývoje jeho výtvarné produkce. Podobně jako v psychoterapii je i pro projektivního arteterapeuta hlavním cílem pomáhat klientovi při změně a kultivaci chování, myšlenek, postojů, za metaforu potřebné změny je považován posun v klientově výtvarném vyjádření.

Arteterapeut ovlivňuje výtvarnou produkci jak metodickými pokyny při malování, tak nepřímou následnou interpretací artefaktu buď formou individuální, či s využitím asociální dynamiky skupiny. Citlivým, tedy nikoli destruktivním či neúnosně direktivním vstupem arteterapeuta do klientova rozpracovaného artefaktu lze ovlivnit výtvarné řešení a jeho konečnou podobu. Výtvarnou instrukcí tak lze změnit klientův (výtvarný) náhled na příznak (odrážející se v symptomatické tvorbě) a jeho významnost. Snahou je dospět ke kompozičně a barevně vyváženému artefaktu, který je poměrně realistický, nejlépe iluzivní a figurativní, když proces výtvarného tvoření není upřednostňován před jeho výsledkem.“ (Kyzour, M. ml.: Rožnovská intervenční arteterapie, in Psychologie Dnes, č.7-8, roč. 8, str. 26-27, 2002)

Metodické připomínky arteterapeuta se pak nejčastěji týkají proporčnosti figur, kompozice, obsazení zlatého středu, barevnosti ve smyslu doplňkových barev, poměru mezi barevnou skvrnou a kresbou atd. Z hlediska terapeutických přístupů je zdrojem rožnovské intervenční arteterapie dynamická psychoterapie. Podle Kyzoura vychází analýza a interpretace výtvarného projevu ze symboliky podobně, jako je tomu u psychoanalýzy, jejímž důležitým interpretačním zdrojem je pacientův sen. Proces výtvarného tvoření je možné pokládat za paralelu snu, jehož symbolika se zřejmě z valné většiny kryje s výtvarnou.

Dr. Kyzour k tomu dnes dodává: „Efektivita výtvarného procesu spočívá v tom, že prostřednictvím symbolického jazyka není atakováno jen klientovo vědomí, nýbrž i jeho spodní vrstvy. Lze pak hovořit i o kultivaci, resp. o pokus činit z afektů podléhajících primárním procesům emoce, které se vztahují k našemu racionálnímu a k etickým normám směřujícímu vědomí. V tom má výtvarná řeč navrch před slovem a pojmy, které atakují v zásadě jen naše vědomí. Důraz na interpretaci vyplývá z toho, že je považována za prostředek umožňující vytvořit klientovi náhled. Ten je totiž smysluplnými psychoterapeutickými přístupy považován za hlavní terapeutický prostředek.“<sup>19</sup>

Podle Kyzoura ml. nelze popsanou „Rožnovskou intervenční“ arteterapii zcela ztotožnit s přístupem dr. Kyzoura st. Přístupy se však podle něj neliší především v tom, že oba chápou arteterapii jako vzájemné propojení složky činnosti (klient se vyjadřuje a terapeut s ním komunikuje výtvarně-symbolicky) a interpretační, kdy se jedno nedá oddělit od druhého.

Jelikož je větší míra direktivnost tohoto přístupu často diskutována a mnohými arteterapeuty odmítána, nechám zde v této souvislosti promluvit, dalšího arteterapeuta a budějovického vyučujícího dr. Perouta: „V Kyzourově textu je použito slovo intervenční, za kterým se neskrývá žádná arteterapeutova svévole a uzurpátorství, ale snaha skutečně s klientem pracovat a řešit s ním problémy, hledat jejich vytěsněné a někdy tvrdošíjně odmítané příčiny. To vše může být poměrně bolestný proces, vyžadující plnou terapeutovu účast, vše by mělo v ideálním případě vyústit v úlevném nahlédnutí. Je třeba umět nenechat se klientem klamat, říci mu i věci které nechce slyšet, nejlépe nechat ho tyto věci vyslovit samotného, nechat mu prostor k domýšlení. Při klientově negativismu, mnohdy poměrně rafinovaném, zůstat laskavým a trpělivým. Ohledně zmíněné intervence je třeba ovšem diferencovat podle diagnózy klienta, to, co je únosné třeba u nutkavého neurotika či drogově závislého, je kontraindikací pro psychotického pacienta.

---

<sup>19</sup> Citováno z emailové korespondence s dr. Kyzourem

Vyslovená metodická instrukce má zpravidla latentní analytický obsah a má vyvést klienta z bezradnosti nad nedokončeným dílem. Umět zasáhnout do rozmalovaného obrazu vyžaduje odhad, cit a zkušenost a je to akt na "vlastní zodpovědnost" terapeuta, který může v případě vlastní nedovednosti u klienta třeba výtvarně poučeného hodně ztratit, někdy i vše. Nejedná se tedy o přemalovávání obrazů terapeutem, ale o snahu pomoci ve výtvarné nouzi či krizi, a to v již běžící terapii, tedy nikoli v počátcích, kdy je nutné nechat prostor pro výtvarné "vyslovení" symptomu.“<sup>20</sup>

### Další vývoj a vznik ČAA

V 90. letech se však možnosti vzdělání v arteterapii rozšířily obecně. O tento obor se začaly zajímat i jiné fakulty než pedagogické: lékařské fakulty v rámci bakalářského studia středních zdravotnických pracovníků, filozofické a některé jiné fakulty jako doplněk magisterského studia psychologie, léčebné rehabilitace apod. Současně se rozvíjely tradice arteterapeuticky zaměřených výcvikových skupin působících mimo fakulty. (Slavík, 2000, s.8) Na poli arteterapeutické subsektory komunikovali odborníci s různých oborů, zejména pedagogové a psychologové, aktivní byli také někteří studenti. Posléze se kolem několika osobností vytvořily jakési názorové okruhy, které se poněkud lišily v některých otázkách kolem dalšího vývoje arteterapie. Docházelo k určitým rozporům, což při vymezování profesního statutu nově vznikající odborné disciplíny zřejmě není až tak neobvyklé.

Možná také proto vzniklo v roce 1994 samostatné profesní sdružení Česká arteterapeutická asociace (ČAA), kam se přesouvá působnost velké části členů arteterapeutické subsektory.<sup>21</sup> Aktivními byli v tomto vývoji hlavně J. Slavík, J. Ledvinová, M. Stibůrek, J. Šlemín, M. Šlemínová. Kromě těchto byli zvoleni do představenstva ČAA ještě M. Kyzour a Z. Petrželka.<sup>22</sup>

Podle prvních stanov ČAA<sup>23</sup> je jejím cílem „rozvíjení a podpora profesní a odborné úrovně arteterapeutů a rozvoj arteterapie a art psychoterapie jako oboru v oblasti teorie a praxe. Posláním bude zejména hájení profesních zájmů, uznání identifikace specifík naší profesionální činnosti a ochrana práv arteterapeutů v širším významu“. Jinými slovy si ČAA dala za cíl vytvořit vhodný prostor pro odbornou komunikaci mezi lidmi s hlubším zájmem o arteterapii, a to bez ohledu na jejich původní profesi. Jejím záměrem je dále koordinovat úsilí o zkvalitňování české arteterapie, připravovat její profesní status a kritéria pro posuzování arteterapeutické práce. Činnost má vést k uplatnění arteterapie jako svébytného oboru s vlastním kvalifikačním zázemím. (Slavík, 2005) Zápis z valné hromady 1995 potvrzuje, že se v prvním roce fungování asociace opravdu řešily hlavně základní otázky kolem profesního statutu arteterapie v Čechách.<sup>24</sup> ČAA organizuje konference, kterých se účastní i zahraniční arteterapeuti. Institut zřízený při ČAA zahájil roku 1998 pětiletý arteterapeutický výcvik, který podle Slavíka navázal na jedinečné tradice české psychoterapeutické školy. Výcvik vedl J. Slavík s H. Strnadlovou v týmu lektorů byli B. Albrich, A. Koblicová, M. Stibůrek, J. Tůma, J. Šlemín a D. Kárová<sup>25</sup>. Od roku 2002 vydává ČAA odborný časopis *Arteterapie*. Rozšiřuje se také nabídka krátkodobých kurzů, seminářů a dílen.

Od 90. vznikají různá nová léčebná zařízení, kde je arteterapie využívána. Jedním z nich je ateliér Extraart při sdružení o duševně nemocné FOCUS. V této souvislosti se sluší zmínit jméno akreditované supervizorky a lektorky arteterapie Beate Elisabeth Albrich (\*1964).

<sup>20</sup> citováno z emailové korespondence s dr. Peroutem

<sup>21</sup> viz příloha 1

<sup>22</sup> viz příloha 2

<sup>23</sup> Novější znění stanov je v současnosti dostupné na webu ČAA:

[http://www.arteterapie.cz/upl/asociace/100001s\\_stanovy.doc](http://www.arteterapie.cz/upl/asociace/100001s_stanovy.doc) (5.5. 2007)

<sup>24</sup> viz příloha 3

<sup>25</sup> Mgr. Milan Stibůrek, speciální pedagog; MUDr. Jan Tůma, psychiatr; Mgr. Jan Šlemín, speciální pedagog; MUDr. Dana Kárová, psychiatr, ostatní lektori jsou představeni přímo v textu.

Pochází z Německa, kde mimo jiné vystudovala také arteterapii. Profesní zkušenosti má však i z jiných zemí, nejen evropských. Delší dobu žije v Čechách a od roku 1996 působí v pražském FOCUSU. Její vzdělání a zkušenosti byly v prostředí českých arteterapeutických začátků velkým přínosem.

V kontextu časového vývoje je třeba znovu upozornit na termín *artefiletika*, který jsem již vysvětlila v druhé kapitole této práce. Od poloviny 90. let se tento termín začíná vžívat pro označení modifikace arteterapie ve významu výchovy prostřednictvím umění, což pouze odráží v Čechách postupující trend rozlišovat arteterapii na poli klinické psychologie a na poli pedagogiky.

### 5.2.3 Arteterapie jako hraniční disciplína

#### Osobnost arteterapeuta – osobnosti arteterapie

Znalostní a osobnostní předpoklady arteterapeuta, tak jak je formuluje současná odborná literatura, jsem již stručně popsala v první části své práce. Na tomto místě mi jde o něco jiného. Chtěla bych ukázat, jakým způsobem se lidé dostávali k arteterapii v době, kdy ještě nebyla ničím konkrétním.

Z dosavadního vyplývá, že u nás nebylo možné arteterapii oficiálně studovat až do 90. let a díky tehdejšímu politickému režimu téměř neexistoval kontakt se zahraniční arteterapií. Oficiálně šlo dosáhnout výtvarného vzdělání, vzdělání v medicíně nebo psychologii, postupně také v psychoterapii, ale v arteterapeutickou činnost se to propojovalo až přes konkrétní osoby. Už jsme řekli, že psychopatologií ve výtvarném projevu se jako první většinou zabývali lékaři, kteří měli určitý vztah k umění. Podle Koblicové dělali v minulosti arteterapii většinou lidé, „kteří potřebovali být tak trochu každou nohou jinde. Byli to buď výtvarníci, co chtěli zároveň pomáhat lidem, nebo zase psychologové, kteří zároveň chtěli být výtvarníci, nebo doktoři, kteří chtěli malovat, ale vystudovali medicínu“. Arteterapie jakožto hraniční disciplína, už ze své podstaty takový přístup vyžaduje a přitahuje lidi, kterým vyhovuje pohybovat se na pomezí několika oborů. Ze stejného důvodu pak musela mít arteterapie jakousi pečeť toho, kdo ji dělal. Když situaci hodně zjednoduším, lze říct, že arteterapeuti-výtvarníci spíše inklinovali k „činnostní“ arteterapii, založené více na samotném procesu tvorby, arteterapeuti-psychologové/psychoterapeuti dělali zase spíš jakousi „art-psychoterapii“, která více počítá s verbalizací a staví na ní. V každém případě vždy záleželo na teoretickém východisku. Podle většiny respondentů měli vždy k arteterapii blízko „junglání“, ačkoli arteterapeutickou koncepcí lze vystavět na základě řady jiných teorií.

Svým způsobem lze za arteterapeuty považovat také středně-zdravotní pracovníky (většinou spíše pracovnice), kteří fungovali jako terapeuti či rehabilitační pracovníci v léčebnách či terapeutických komunitách, v rámci nichž byli také vyškoleni. Ti ovšem už spíše provozovali naučené techniky. Obecně se dá říct, že česká arteterapie vznikala díky čínorodosti a tvůrčímu přístupu jednotlivých osobností.

Jak již bylo řečeno, sehrála v tomto vývoji významnou roli dr. D. Kocábová. Jaká byla její cesta k arteterapii? Po ukončení studia psychologie-filosofie na FF UK pracovala Kocábová jako klinická psycholožka na dětské psychiatrické ambulanci v Karlových Varech. Tam podle svých slov nejprve poznala velké možnosti diagnostické kresby, na které jsou založeny některé inteligenční testy. Na této technice se jim tehdy také podařilo doložit rozvoj Hellerovy infantilní demence u dítěte. Výtvarná činnost pomáhala uklidnit děti, které byly v tenzi, zároveň se jejím prostřednictvím Kocábová dozvíдалa o problematice konkrétního dítěte (mělo například nakreslit rodinu apod.). Od roku 1972 byla ve výcviku SUR, v rámci kterého

zažila arteterapii „sama na sobě“ a sice pod vedením výtvarného pedagoga prof. Kukala.<sup>26</sup> To byl jakýsi arteterapeutický základ pro její další práci v PL Kosmonosy, kde začala rozvíjet vlastní arteterapeutický přístup, resp. zapojila arteterapii do skupinové psychoterapie psychóz. Jak bylo již řečeno některé techniky modifikovala z dostupných zdrojů, většinu toho ovšem vymýšlela sama. Podle jejích slov to byla velice tvůrčí práce a díky svému nadšení byla do této činnosti vtažena stejně intenzivně jako pacienti. Třebaže byla obdivovatelkou výtvarného umění, aktivně se předtím výtvarné činnosti nevěnovala.

Naopak A. Koblicová nejprve studovala výtvarnou střední školu textilního návrhářství v Brně a po té psychologii na zdejší FF. Na zmiňované praxi v Kroměříži ji zaujala psychoterapie a tady také viděla, že lze psychologii/psychoterapii a „výtvarno“ propojit v arteterapii, kterou se zabývala také ve své závěrečné práci. Sama sebe však považuje spíše za psychoterapeutku využívající některé arteterapeutické techniky než za arteterapeutku.

Také H. Strnadlová chodila nejdříve na výtvarnou školu. V rámci toho chodila kreslit portréty starých lidí do domova důchodců. „Tam mě začalo zajímat taky něco jiného než jen tváře a pochopila jsem, že nemůžu jen tak dokumentovat, ale taky oni potřebují něco ode mě, a to lidský zájem. Také jsem četla C.G. Junga, našťastí díky matčině rodné řeči v originále, který mě fascinoval svým přístupem i k psychologii a k umění.“ (rozhovor, in Arteterapie č. 13, 2007 s. 41) Když se pak nedostala na UMPRUM, začala studovat psychologii (1972-77). Během studií navštěvovala pracoviště, kde se používala v rámci léčby výtvarná činnost (PL Opařany, PL Bohnice, PL Kosmonosy), na Horní Palatu a do Lobče v té době dokonce zavedla některé nové artetechniky. Diplomovou práci psala o arteterapii psychóz. Už tehdy získala několik čísel amerického časopisu Art Journal of Art therapy, které též významně inspirovaly její psychoterapeutický přístup.

E. Perout uvedl, že od raného věku navštěvoval výtvarný obor v lidové škole umění v Kaplici, který tehdy vedl dr. Kyzour st. Toto setkání dalo Peroutovi základ zájmu o výtvarnou činnost vlastní i jiných. Perout se domnívá, že již tehdy měl dr. Kyzour zformulovány zásady metodického vedení a koncepci, kterou později uplatnil jako podobu arteterapeutického přístupu. Perouta později ovlivnily i další osobnosti. Vystudoval speciální pedagogiku na PF UK a později se s dr. Kyzourem setkal opět tehdy už na půdě pedagogické fakulty v Českých Budějovicích, kde studoval výše popsané bc. studium arteterapie.

S ateliérem arteterapie v Českých Budějovicích se pojí také arteterapeutické začátky M. Lhotové. Začátkem 90. let se přihlásila do kurzu arteterapie, jehož činnost se později podařilo přesunout a akreditovat na pedagogickou fakultu Jihočeské university. Dr. Lhotová zde složila SZK v roce 1996 a byla tak prvním absolventem tohoto oboru. Systematickou arteterapii provozuje i v současnosti v rámci své privátní praxe klinické psycholožky s většinou svých klientů.

### **„Chemlonové bačkůrky“ a obtížné zařazení arteterapie**

V kontextu historie arteterapie má výraz chemlonové bačkůrky (či koberečky) zvláštní symboliku. Arteterapeuti ho s oblibou používají tam, kde poukazují na obtížnou cestu formování vlastní profesní identity arteterapie nebo na zkrácené obecné povědomí o tom, co to arteterapie vlastně je. Chemlonové koberečky byly velmi populárním produktem pracovních terapií. Spolu s dalšími výtvarně-řemeslnými artefakty je pacienti „ve velkém“ vyráběli v léčebnách i jiných zařízeních. H. Strnadlová v této souvislosti vzpomíná na práci v PL Horní Beřkovice, kde se jí v roce 1978 podařilo zřídit arteterapeutický ateliér. Tehdejší primář jí to umožnil, ale musela se zároveň starat o pracovní terapii. Když sem přišla, vyráběli pacienti chemlonové dečky podle obrázků „disneyovských“ postaviček, výrobky pak byly předmětem „kšeftování“ mezi personálem léčebny. H. Strnadlové se podařilo změnit systém

<sup>26</sup> Prof. Kukal dělal v té době arteterapii v protialkoholní léčebně v Lojovicích.



práce v dílně pracovní terapie. Pacienti, kteří byli schopni, si alespoň dělali vlastní návrhy, vedle toho se jí podařilo prosadit skupinovou arteterapii s psychotiky.

Díky svému činnostnímu aspektu měla v minulosti arteterapie tendenci splývat s různými aktivitami, které se v léčebnách prováděly, aby pacienti „nějak rozumně“ trávili čas. Zde se dostáváme opět na tenký led obtížného vymezení arteterapie v minulosti. Zejména „činnostní“ arteterapie mohla mít velice blízko k něčemu na způsob „zájmového kroužku“, potom záleželo na přístupu konkrétního vedoucího a situaci lze proto těžko zobecnit.

Dnes je arteterapie od „obyčejné“ výtvarné činnosti odlišena poměrně jasně. V jiném smyslu je však i dnes považována za hraniční disciplínu a to hned na několika úrovních. Na té nejzákladnější v sobě spojuje výtvarnou tvorbu a terapii. Kromě umění se tak disciplína pohybuje také mezi psychologii, medicínou, pedagogikou, případně antropologií. Stibůrek ukazuje, jak lze teoreticky definovat a rozlišit psychoterapii využívající artetechniky od arteterapie a dále od artefietiky. Co lze jasně vymežit na úrovni teoretické, však v praxi vypadá jinak. Jednotlivé disciplíny se více či méně prolínají, nebo se minimálně navzájem inspirují. „Arte“ se obtížně řadí mezi „opravdové“ terapie, zároveň výrazně překračuje rámec běžné pedagogické praxe. Podle Stibůrka je arteterapie (a artefietika) svébytný obor, který těsně souvisí s psychoterapií, psychologii, pedagogikou, uměním a dalšími obory, a je možné či spíše potřebné při konstituování teoretického zázemí toho oboru vycházet z poznání oborů příbuzných. „Arteterapie je jednoznačně vymezená specifickými formami a metodami práce, které vyžadují specifickou odbornou přípravu. Její teorie má principiálně multidisciplinární (eklektický) charakter. Nelze tedy očekávat vytvoření „velké“ všezahrnující teorie či metodiky. Arteterapie ze své podstaty je a bude prostorem pro tvůrčí střetávání různorodých koncepcí.“ (Stibůrek 2000, s.42)

S tím souvisí i další hledisko, které konstatuje Šlemínová, a to obtížná zařaditelnost arteterapie do systému pomoci. Autorka píše, že pro laika je dodnes úzdrava spojena s vnější intervencí fundovaného profesionála, v podstatě výhradně lékaře. V kontextu tohoto hluboce zakotveného rámce je pak obtížné vytvořit prostor pro jakoukoli jinou koncepci uzdravování. Jestliže psychoterapie, která pracuje se slovem jakožto nástrojem léčby, je stále vnímána jako „lehčí“ varianta ke klasické psychiatrické léčbě, je arteterapie, která pracuje v tomto směru hlavně s obrazem, ještě méně důvěryhodná a to nejen pro lékaře, ale i pro řadu psychologů. Nejprve by bylo třeba změnit koncept nemoci a léčení. Pacient by se musel vzdát své pasivity ne-mocného, který deleguje svůj problém na lékaře či terapeuta, od kterého očekává lék. To vyžaduje také od systému zásadní akceptaci toho, že léčba může probíhat prostřednictvím obrazu. (Šlemínová, 2000)

To, co platí o arteterapii v léčebné praxi dnes, platilo o ní v minulosti dvojnásob. V době kdy převládala biomedicínská orientace v léčbě, tedy léta 70. a 80., a bylo v psychofarmakách spatřováno hlavní skutečné řešení duševních chorob, byla i psychoterapie tak trochu odsunuta na druhou kolej. Arteterapie pak snadno zapadla mezi doplňkové aktivity a to zejména „činnostní“ arte. Art-psychoterapie si stála lépe, ale i tady byla v rámci psychoterapie chápána doplňkově, nikoli svébytně.

Dnes mají i u nás různé rehabilitační metody v léčebné praxi podstatně lepší postavení a snad se i pozvolna vytváří podmínky pro to, aby se změnil i obecný koncept léčby. Ačkoli se u nás už arteterapie (alespoň v odborných kruzích) snad zcela vymanila z království chemlonových koberečků a bačkůrek, jako samostatný obor je přece jen stále na začátku cesty.

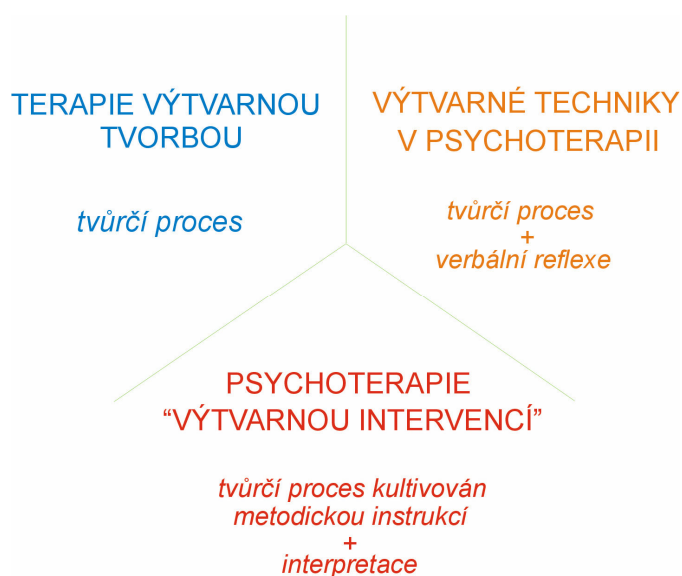
## 6. DISKUSE

### Podoby české arteterapie

Rozhovory s lidmi, kteří se delší dobu zabývají arteterapií byly velice zajímavé. Když jsem však měla za sebou asi třetí takový rozhovor, začala jsem být poněkud zmatená z toho, jak rozdílné panují názory na to, co je arteterapie. I když se arteterapeuti navzájem ve svých přístupech respektují, řada z nich má vlastní představu, jak nejlépe využít výtvarné umění v terapii.

Nedílnou součástí každého arteterapeutického přístupu je rovněž něco, čemu se říká terapeutický vztah. Podle Šickové (2002) je terapeutický vztah kreativní aliance mezi klientem (pacientem) a terapeutem, kde by měla dominovat důvěra, rovnocennost a úcta k člověku. Cílem je navigovat klienta tak, aby se zřekl chování a vztahů, které jemu nebo jeho okolí způsobují bolest a dokázal je nahradit jinými pozitivními. Zároveň by měl být klient veden k zodpovědnosti za sebe.

Moji pozici laika (nestraníka) lze nyní využít při srovnání jednotlivých arteterapeutických postupů. Domnívám se, že během vývoje české arteterapie vykrytalizovaly tři silné přístupy, které se od sebe podstatněji liší. V práci jsem záměrně nechávala promlouvat jejich hlavní představitele, aby byly popsány co nejpřesněji. Základní rozdělení si lze prohlédnout v následujícím schématu.



### Terapie výtvarnou tvorbou (terapie uměním)

Představitelem tohoto přístupu je v mé práci K. Peřina. Podstatný je zde proces - výtvarná tvorba sama o sobě. Arteterapeutova práce spočívá v řízení tohoto procesu a to nejprve ve smyslu zpřístupnit pacientovi výtvarný projev. Tím nemyslím odemknout skříň se štětcí, ale např. zmiňovanou „výtvarnou rozcvičku“, vhodné povzbuzení a vysvětlení toho, co má pacient dělat. Hlavní terapeutické působení arteterapeuta na pacienta spočívá v zadání vhodného tématu práce, které je třeba vybrat pečlivě s ohledem na pacientův stav. Tato část představuje hlavní katarzní potenciál celého přístupu. Struktura sezení typu „rozcvička - projektivní téma - uzavírací technika“ tak, jak ji popsal Peřina, je direktivnější verzí tohoto

přístupu. Je však dobré si povšimnout, co znamená „direktivnější“ ve srovnání s jinými přístupy. Peřina naprosto odmítá zásah do pacientova díla (kromě slovního povzbuzení, případně vysvětlení některých technických záležitostí). Dochází tím podle něj k manipulaci s pacientem. Arteterapeut může totiž pro pacienta představovat autoritu, kterou se snaží následovat, čímž se ztrácí jeho vlastní výtvarný výraz. Důležitý je zde proces, kdy je pacient sám se svou tvorbou arteterapeuta. Přitom prožívá něco, co lze těžko nahradit verbálními technikami. Arteterapeut je zde průvodcem. Psychoterapeutem je tu nevědomě sám sobě pacient skrze své dílo, kdy při práci dochází k odventilování některých emocí. Arteterapeut se do tohoto procesu nekládá ani na závěr jakýmkoli vyřčenými interpretacemi. Tento přístup předpokládá autosanační a abreaktivní potenciál výtvarné tvorby. Jiné přístupy sice tento potenciál nezpochybňují, ale míní, že to nestačí a že je třeba s člověkem dále pracovat.

Výhodu shledávám v tom, že terapeut „neznásilňuje“ pacienta jakýmkoli vlastními myšlenkovými konstrukty, které nemusí být správné, případně mohou být nevhodně podané. Pacientovi je ponecháno „vlastním tempo“, skrze obraz promlouvá o své problematice pouze se svým vlastním nevědomím. Na druhou stranu i pro mě zůstává otázkou, jak moc se může dotýčný pacient posunout „vlastním tempem“ směrem ku zdraví. Tím se dostáváme k dalšímu přístupu.

### **Výtvarné techniky v psychoterapii**

Tento přístup zapojuje výtvarné techniky do psychoterapie a spadá tedy do „art-psychoterapie“. Bude vnitřně pestřejší než zbylé dva a tím i hůře vymežitelný. Představitelkou může být např. D. Kocábová. Rozdíl oproti předchozímu přístupu spočívá zejména v tom, že se o hotovém díle dále mluví a to v případě skupinové psychoterapie i kolektivně. Na pacienta působí už tvorba samotná, více se však v tomto přístupu spoléhá na následnou diskusi, která dotýčného může přivést na významy, jež by si sám neuvědomil. Jak píše Hájek, může být někdy obrázek také pouze jakousi záminkou pro vyřčení některých témat. Výtvar je zde tedy spíše mezistupněm v celém terapeutickém procesu. Proces tvorby zde hraje také určitou roli, neobejde se však bez dalšího verbálního zpracování.

V „art-psychoterapii“ se často zadávají témata práce, úkolem arteterapeuta je potom na základě hotového výtvaru klást vhodné otázky, usměrňovat kolektivní diskusi a jen velmi opatrně používat interpretace. Arteterapeut však pacientovi nezasahuje do samotného vytváření díla, protože by se tak ztratil jeho výraz.

Na chvíli odbočím od terapie. Sama mám zkušenost, že některé věci lze lépe „pochopit“ vizuálně. Osvědčilo se mi to např. při interpretacích filosofických textů. Pokud nakreslíme obrázek, který zpětně odpovídá všem jednotlivým významům v textu, lze si najednou uvědomit hlavní myšlenku lépe. Ta totiž získává určitou vizuální podobu a tím ztrácí na abstraktnosti. Nezastoupí to sice interpretaci samotnou, ale usnadní její následné verbální zpracování.

### **Psychoterapie „výtvarnou intervencí“**

Rovněž tento přístup lze řadit do „art-psychoterapie“ ovšem s tím, že zdaleka ne všichni psychoterapeuti, využívající výtvarné techniky, jsou mu zcela nakloněni. Jedná se o „Rožnovskou metodu“, která je spojena s ateliérem arteterapie v Českých Budějovicích. Arteterapeut postupuje oproti předchozím přístupům opět trochu jinak. Jde tu také o proces tvorby, ale v jiném smyslu než v prvním případě. Zároveň jde svým způsobem i o výsledný artefakt. Tvůrčí proces zde není ponechán sám sobě, ale je kultivován metodickou instrukcí arteterapeuta a následnou interpretací. Tento přístup vychází z předpokladu, že se změnou ve výtvarném projevu lze dosáhnout také posunu v psychice pacienta. Představitelé této metody nám vysvětlili, že takový zásah do pacientova díla musí být veden velmi citlivě. Podle dr. Perouta se nejedná o přemalovávání obrazů terapeutem, ale o snahu pomoci ve výtvarné nouzi

či krizi. Tato snaha navíc přichází až v běžící terapii, nikoli v počátcích, kdy je i zde ponechán prostor pro výtvarné „vyslovení“ symptomu. Snahou je dospět k výtvarně vyváženému artefaktu, nikoli za účelem pověsit si ho na stěnu, ale za účelem odstranění (či zmírnění) psychického problému.

Myšlenka posunu prostřednictvím kultivace výtvarného projevu se mi jeví zajímavá, problém však zřejmě nastane, pokud arteterapeut nedokáže pracovat s pacientem dostatečně citlivě. Právě tento moment připadá mnohým psychoterapeutům poměrně hodně nebezpečný. Na druhou stranu za některými představiteli této metody stojí velmi dobré praktické výsledky.

Podle dr. Perouta se diskuse o míře direktivnosti či nedirektivnosti vedou rovněž třeba mezi arteterapeuty ve Velké Británii, kde mají oba přístupy své zastánce. Řada odborníků v této problematice zastává jakousi středovou pozici. Ponechme tedy i v Čechách odbornou diskusi odborníkům. Pro mě jakožto nezávislého pozorovatele u nás existují tyto tři základní arteterapeutické přístupy. Všechny tři využívají diagnostického potenciálu výtvarné tvorby, pracují s nevědomými obsahy a aktivací emočních prožitků. Každý má zřejmě svá pro a proti. Přestože se v krajních polohách tyto přístupy značně liší, předpokládám, že v praxi hranice tak ostré nebudou, a řada arteterapeutů se bude se svým vlastním přístupem pohybovat někde mezi nimi.

Na závěr je možná zajímavé povšimnout si skutečnosti, že právě ten nejdiskutovanější přístup se pojí s jedinou možností vysokoškolského studia arteterapie u nás.

## Závěr

Ve své práci jsem se pokusila nastínit počáteční vývoj české arteterapie. V totalitní izolaci byl umožněn hlavně skrze tvůrčí přístup jednotlivých osobností, které si uvědomily léčebný potenciál výtvarné tvorby. Od poloviny 50. let tak dochází k pomalému ohraničování odborného pole české arteterapie, tento proces však není zdaleka u konce ani dnes. Mnohého se již podařilo na tomto poli dosáhnout. Z činnosti jednotlivých odborníků vzešly první možnosti výcviků v arteterapii, rozšířené povědomí o tomto oboru pak umožnilo vznik odborných organizací a tím i další rozvoj na více úrovních. V současnosti se začínají pozvolna formovat jednotlivé arteterapeutické školy. Právě to by podle dr. Perouta mohlo znamenat „vývojový posun od éry charismatických otců - zakladatelů k akreditovaným výukovým centrům, která budou obhajovat svou metodu, publikacemi a výzkumem dokládat svoji potřebnost, užitečnost a úspěšnost v léčbě, čímž přispějí k růstu renomé arteterapeutické profese“.

Snad je i tato práce malým příspěvkem k dalšímu rozvíjení, případně zviditelnění této velmi zajímavé a stále nedoceňované disciplíny.

## Použitá literatura a zdroje

- Černoušek, M.: *Šílenství v zrcadle dějin*, Praha, Grada avicenum 1994
- Disman, M.: *Jak se vyrábí sociologická znalost*, Praha, Karolinum 1998
- Elisová, J.: *Rozhovor s H. Strnadlovou*, in *Arteterapie*, č. 13, ČAA 2007
- Hájek, P.: *Arteterapie ve skupinové psychoterapii neuróz*, in *Čs.psychiatrie*,73,1977,č.1
- Hájek, P.: *Neverbální psychoterapeutické techniky a skupinová psychoterapie v rehabilitaci psychóz*, in *Čs.psychiatrie*,73,1977,č.1
- Hendl, J.: *Kvalitativní výzkum*, Praha, Portál 2005
- Herinková, L.,Hajnová, R.: *Arteterapie a její využití v pedopsychiatrii*, in *Čs.psychiatrie*, 65, 1969
- Kamba, F.: *Arteterapie*. *Čs. Psychiatrie*, 5, 1966
- Kamba, F.: *Forma výtvarných prací schizofreniků*, in *Čs. Psychiatrie*, roč.59, 1963
- Koblicová, A.: *Arteterapie a psychoterapie v období dospívání*, in *Současná arteterapie v České republice a zahraničí*, Praha, UK 2000
- Kocábová, D: *Arteterapie v minulém století*, in časopis *Arteterapie*, č.2 (rok neuveden)
- Kratochvíl, S.: *Psychoterapie*, Praha, Avicenum 1970
- Kratochvíl, S.: *Skupinová psychoterapie neuróz II*, Praha, Avicenum 1983
- Kučera, M: *Školní etnografie: přehled problematiky*, Praha, PedF UK 1992
- Kupečková, H.: *Vybrané otázky z arteterapie* (rigorozní práce), Katedra psychologie FF UK, Praha 1980
- Kyzour, M. ml.: *Rožnovská intervenční arteterapie*, in *Psychologie Dnes*, č.7-8, roč. 8, str. 26-27, 2002
- Ledvinová, J.: *Ateliér a galerie v Bohnicích*, in *Arteterapie*, č.10, ČAA 2006
- Rudolfová, E.: *Psychiatrická léčebna v Kroměříži*, in *Arteterapie*, č.3, ČAA 2003,
- Simon, R. M.: *The Symbolism of Style (Art as therapy)*, London – New York, Routledge 1992
- Slavík, J. a kol: *Současná arteterapie v České republice a v zahraničí*, Praha, UK 2000
- Stibůrek, M.: *Arteterapie, artefletika – podoby, obsah, hranice, role, cíle*, in *Současná arteterapie v České republice a zahraničí*, Praha, UK 2000
- Šicková-Fabrici, J.: *Základy arteterapie*, Praha, Portál 2002
- Šlemínová, M.: *Dnešní česká arteterapie – pokus o systémové zamýšlení*, in *Současná arteterapie v České republice a zahraničí*, Praha, UK 2000
- Vyhnanek, P.: *Dějiny psychiatrické léčebny v Praze-Bohnicích*, (seminární práce) Praha 1998

Zicha, Z: *Úvod do speciální výtvarné výchovy*, Praha, UK 1981

### **Webové stránky**

<http://www.arteterapie.cz/> (Arteterapie v ČR; Časopis; Asociace)

<http://www.plkm.cz/> (Historie)

<http://www.plbohnice.cz/> (Historie PLB)

<http://www.plkosmonosy.cz/> (Historie)

## Příloha

### Příloha č. 1

# MINISTERSTVO VNITRA

CIVILNĚ SPRÁVNÍ ÚSEK

U Obecního domu č. 3, 112 20 Praha 1

II/š-OS/1-25262/94-R

25.9.1996

č. j.: .....

Dne .....

### P O T V R Z E N Í

Ministerstvo vnitra potvrzuje, že občanské sdružení  
pod názvem Česká arteterapeutická asociace  
se sídlem Praha 8, Ústavní 91  
je nadále vedeno v registru občanských sdružení podle zák.  
č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů. Jeho registrace byla  
provedena dne 24.8.1994 pod č.j. II/š-OS/1-25262/94-R

Za správnost: *[Podpis]*  
Ministerstvo vnitra  
civilně správní úsek  
U Obecního domu č. 3  
112 20 Praha 1

Ředitelka správního odboru:  
JUDr. D. Benešová v.r.



## Příloha č. 2

### Zápis z ustavení a volby výboru ČAA

České arteterapeutické asociace a prvního zasedání předsednictva dne 24. září 1994.

V průběhu konání II. arteterapeutické konference dne 24.9.1994 byli účastníci seznámeni s podstatnými články Stanov ČAA a poté podle vlastního rozhodnutí vyplnili a odevzdali přihlášky do ČAA.

Představenstvo bylo zvoleno jednohlasně podle navržené kandidátky. Jeden přihlášený člen ČAA se hlasování zdržel proti nebyl nikdo. Do představenstva byli zvoleni : M. Kyzour, J. Ledvinová, Z. Petrželka, J. Slavík, M. Stibůrek, J. Šlemín, M. Šlemínová. Do kontrolní komise byli zvoleni : P. Haasová, M. Lhotová, N. Milčevičová. Členský příspěvek za rok byl stanoven na 100 Kč.

Po skončení konference zasedalo předsednictvo ČAA, resp. výbor ČAA

Bylo dohodnuto :

- 1/ Ustavit profesní radu v níž by byli všichni stávající členové výboru ČAA. M. Šlemínová bude konzultovat případné členství K. Peřiny a I. Veltruské v profesní radě.
- 2/ vznik ČAA by měl být oznámen v dostupných sděl. prostředcích
- 3/ Dr. Petrželka zajistí registraci IČO na Statistickém úřadě i případné založení účtu.
- 4/ Na začátku roku 1995 by měl být uspořádán praktický seminář.
- 5/ Žádost o akreditaci studijně výcvikové skupiny Dr. Kyzoura nebyla přijata. Bylo konstatováno, že musí být stanoveny kritéria. Bylo ujasněno kritické hodnocení ze stáže u Dr. Kyzoura, kdy hodnocení Dr. Slavíka a Mgr. Šlemína si vyložil Dr. Kyzour kladně a postoupil je na Ministerstvo školství k žádosti o akreditaci.
- 6/ Nejbližší zasedání předsednictva ČAA bylo stanoveno na 13.1.95 ve 15.00 v PsÚ AV ČR.

Zapsal : Dr. Petrželka

Ověřil :

Pozn. místo slova předsednictva má být všude v souladu se Stanovami ČAA slovo výbor.

### Příloha č. 3 (str. 1)

## Zápis z valné hromady České Arteterapeutické Asociace konané dne 18.11. 1995 v Bohnicích.

1. Zpráva o činnosti výboru asociace za uplynulý rok.

V průběhu minulého roku se 4x sešel výbor ČAA a 2x profesní rada. Výbor a rada se zabývaly následujícími body.

- a) kontakt s VZP - jak vykazovat arteterapii:
- \* přes výkon v obl. rehabilitace - to se ukázalo jako neprůchodné
  - \* v oblasti psychoterapie - jde pouze přes smluvního klinického psychologa nebo psychiatra
  - \* jako samostatný výkon - zatím v nedohlednu
- b) supervize - zásady supervize - jmenování supervizorů
- \* byla provedena supervize studia arteterapie na Jihočeské universitě - dr.Kyzour a arteterapeutické skupiny Terapeutického střediska v Liberci - Mgr.Šlemín a PhDr.Štuplová
- c) kvalifikační požadavky \* výbor navrhl dvoustupňový systém vzdělávání v arteterapii (k uvedenému bodu proběhla následně panelová diskuse)
- d) akreditační požadavky na výcvikové a vzdělávací programy
- \* v současné době se profesní rada zabývá akreditací proběhlých a probíhajících výcviků
- e) výbor připravil a zorganizoval dnešní konferenci
- f) organizační práce související s legislativou vedení asociace

Valná hromada byla seznámena s touto zprávou výboru ČAA, kterou vzala na vědomí bez připomínek.

### Příloha č. 3 (str. 2)

2. Valná hromada kooptovala dalších 5 členů výboru ČAA

Jsou to: PhDr. Darja Kocábová

PhDr. Vlad. Řezníček

MUDr. Dana Janotová CSc.

MUDr.ed.PhDr.Ivo Hampl

PhDr. Alena Koblicová

O nově navržených členech bylo společně hlasováno a všichni  
byly potvrzeni všemi hlasy přítomných členů - tedy 100%.

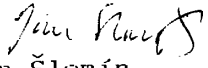
3. Valná hromada jednomyslně zvolila změnu sídla ČAA  
navrženou výborem. Nové sídlo je: ČAA

PL Bohnice

Ústavní 91

Praha 8 - 181 00

Zapsal: PaedDr. Jan Slavík

  
Mgr. Jan Šlemín

Ověřili:

