

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Datum

Podpis studenta

Poděkování

Chtěla bych poděkovat PaedDr. Evženovi Peroutovi jako vedoucímu této práce za jeho cenné rady a konzultace, dále všem vyučujícím ateliéru arteterapie, a v neposlední radě mým blízkým, kteří mě během studia podporovali.

ABSTRAKT

- Název:** Charakteristické rysy ve výtvarné produkci jedinců s tinnitem
- Cíle:** Cílem teoretické části práce je shromáždění informací o problematice psychosomatických potíží a nemocí, jejich definice, etiologie a patogeneze, možné terapeutické ovlivnění, dále se zaměřením na problematiku tinnitu a teoretické poznatky o využití arteterapie v léčbě psychosomatických poruch.
- Praktická část si klade za cíl vytvoření hypotéz a vypracování metodiky, pomocí které se dané hypotézy potvrdí nebo vyvrátí.
- Metody:** Kazuistického šetření se zúčastnili tři klienti. Klienti postupně vypracovali několik tematických akvarelů, koláží a kvinterno colour testů (testů preference barev). Mimo samotné tvorby (non-verbální, nebo expresivní část terapie) se pomocí pohovoru sbírala anamnestická data, a také proběhla analýza a interpretace děl (verbální část terapie).
- Výsledky:** Ve výtvarné tvorbě jedinců s tinnitem se objevují určité znaky (použitá barevnost, kompozice, výstavba prostoru, zobrazení objektů, ...), které jsou pro ně charakteristické. Tyto nalezené společné znaky odkazují na psychosomatickou etiologii potíží, v našem případě tinnitu.
- Klíčová slova:** arteterapie, psychosomatika, tinnitus, koláž, akvarel, kvinterno colour test

ABSTRACT

Title: Characteristic features of individuals with tinnitus at their art work

Objectives: The goals of the theoretical part are to collect information about psychosomatic problems and diseases, their definition, etiology, pathogenesis and therapy. More specifically observing the problematics around tinnitus. Then collecting information about art therapy of psychosomatic diseases.

The goals of the practical part are to design the hypothesis and methodics, which may reveal if the hypotheses are right.

Methods: The thesis represent three client case studies. Clients were working on thematic aquarelles, collages and a few kvinterno colour tests. Besides the creative process (which was the nonverbal, expressive part of the therapies) we collect anamnestic data by client interviews, analyze and interpret the pictures of clients (verbal part of the therapies).

Results: We found out about some common features in the artwork (used colors, composition, view of the perspective, etc.) that are characteristic for these clients. These common features link to psychosomatic disease, in our case to tinnitus.

Keywords: art therapy, psychosomatics, tinnitus, collage, aquarelle, kvinterno colour test

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	8
SEZNAM PŘÍLOH.....	10
ÚVOD	11
TEORETICKÁ ČÁST	12
1. PSYCHOSOMATIKA.....	12
1.1. Definice psychosomatiky	12
1.2. Historie psychosomatiky	13
1.3. Teoretické rámce a pohledy na psychosomatické poruchy a nemoci	15
1.4. Etiologie psychosomatických poruch a nemocí	18
1.5. Různé úrovně příznaků v psychosomatice	19
1.6. Rozdělení psychosomatických chorob	20
1.7. Léčba psychosomatických poruch a nemocí	21
1.8. Specifika psychosomatického přístupu	24
2. TINNITUS	25
2.1. Tinnitus - definice a etiopatogeneze.....	25
2.2. Tinnitus z pohledu psychosomatického	25
3. ARTETERAPIE.....	27
3.1. Účinné faktory arteterapie při psychosomatických potížích	27
3.2. Využití arteterapie u psychosomatických poruch a nemocí.....	28
3.3. Využití arteterapie u somatopsychických poruch	29
3.4. Projektivně dynamický, interpretační arteterapeutický přístup.....	30
PRAKTICKÁ (TVŮRČÍ) ČÁST	31
Cíle práce	31
Hypotézy	31
Metodika práce.....	31
KAZUISTIKY	35

Kazuistika paní A.....	35
Kazuistika pána B.	45
Kazuistika slečny C.....	56
Diskuze.....	71
ZÁVĚR	75
SEZNAM LITERATÚRY	76
PŘÍLOHY	79

SEZNAM OBRÁZKŮ

- Obr. 1: Kvinterno colour test paní A. z prvního sezení (formát A5)
- Obr. 2: „Mořská panna“ paní A. (formát A3)
- Obr. 3: Kvinterno colour test paní A. z druhého sezení (formát A5)
- Obr. 4: Kvinterno colour test paní A. z třetího sezení (formát A5)
- Obr. 5: „Adam a Eva“ paní A. (formát A3)
- Obr. 6: Kvinterno colour test paní A. ze čtvrtého sezení (formát A5)
- Obr. 7: „Matka a dítě“ paní A. (formát A4)
- Obr. 8: Kvinterno colour test paní A. z pátého sezení (formát A5)
- Obr. 9: „Otcův svět“ paní A. (formát A4)
- Obr. 10: Kvinterno colour test paní A. ze šestého sezení (formát A5)
- Obr. 11: Kvinterno colour test paní A. ze sedmého sezení (formát A5)
- Obr. 12: „Matčin svět“ paní A. (formát A3)
- Obr. 13: Kvinterno colour test paní A. z osmého sezení (formát A5)
- Obr. 14: Kvinterno colour test pána B. z prvního sezení (formát A5)
- Obr. 15: „Adam a Eva“ pána B. (formát A3)
- Obr. 16: „Rodinná koláž“ pána B. (formát A2-B2)
- Obr. 17: Kvinterno colour test pána B. z druhého sezení (formát A5)
- Obr. 18: Kvinterno colour test pána B. z třetího sezení (formát A5)
- Obr. 19: „Perníková chaloupka“ pána B. (formát A3)
- Obr. 20: „Betlém“ pána B. (formát A3)
- Obr. 21: Kvinterno colour test pána B. ze čtvrtého sezení (formát A5)
- Obr. 22: „Studená koláž“ pána B. (formát A3)
- Obr. 23.: „Otcův svět“ pána B. (formát A3)
- Obr. 24: Kvinterno colour test slečny C. z prvního sezení (formát A5)
- Obr. 25: „Adam a Eva“ slečny C. (formát A3)
- Obr. 26: Kvinterno colour test slečny C. z druhého sezení (formát A5)
- Obr. 27: „Rodinná koláž - představa rodiny“ slečny C. (formát A3)
- Obr. 28: „Perníková chaloupka“ slečny C. (formát A3)
- Obr. 29: Kvinterno colour test slečny C. ze sezení fyzioterapeutického (formát A5)
- Obr. 30: Kvinterno colour test slečny C. z třetího sezení (formát A5)
- Obr. 31: „Šípková Růženka“ slečny C. (formát A3)
- Obr. 32: „Loutkové divadlo“ slečny C. (formát A3)

- Obr. 33: „Mořská panna“ slečny C. (formát A3)
- Obr. 34: Kvinterno colour test slečny C. z fyzioterapie po rozchodu s přítelem (formát A5)
- Obr. 35: Kvinterno colour test slečny C. ze čtvrtého sezení (formát A5)
- Obr. 36: „Studená koláž“ slečny C. (formát A3)
- Obr. 37: Kvinterno colour test slečny C. z pátého sezení (formát A5)
- Obr. 38: „Já, partener a jeden z rodičů“ slečny C. (formát A3)
- Obr. 39: „Rodinná koláž“ slečny C. (formát A3)
- Obr. 40: „Matčin svět“ slečny C. (formát A3)
- Obr. 41: „Ledová královna“ slečny C. (formát A3)
- Obr. 42: Rozložení 10 figur na produkci

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1. Informovaný souhlas k účasti na výzkumné části bakalářské práce

Příloha č. 2. List obtíží slečny C.

ÚVOD

Již v antickém Řecku se propagoval princip *kalokagathie* - harmonie mezi tělesnou a duševní stránkou člověka. Tato jednota, vyváženost a harmonie člověka je právě to, co se v dnešní době a v životním stylu většiny z nás často opomíjí.

Na tělo se koukáme jako na stroj, který by měl fungovat dle mechanického návodu, a když se něco v něm pokazí, tak se může vše nahradit hned teď vhodnou součástí. Duševní stránku svého já od těla celkem odlučujeme, jak by to mohlo spolu souviset, vždyť je to něco úplně jiného. Ve shonu se snažíme zvládnout co nejvíc úkolů a ideálně vše bez toho abychom si aspoň na chvíli odpočinuli. Tady pak také není čas na to zastavit se a všimnout si co se vlastně s námi děje, jaké emoce v nás některé události vyvolaly, máme vůbec emoce? Není čas na to si toho všimnout až do toho bodu, kdy už tento systém nezvládá kompenzovat a potlačovat a začne hlásit „vadu“ v podobě nemoci.

To většinu lidí aspoň na chvíli zastaví. Začnou hledat řešení. Ovšem tady ještě také cesta neskončila. Když lékaři jenom vyšetřují, snímkuje a nevidí nic, co by potíže „objektivně“ vysvětlilo, posílají ke kolegům a na další vyšetření, k dalším specialistům, a ti na další a další vyšetření. (Dostáváme se tak i k ekonomickým dopadům psychosomatických nemocí, nebo medicínsky nevysvětlitelným symptomům.) Potíže trvají, a nikdo si neví rady, proč jsou přítomné. Je nutno změnit pohled a podívat se ne jenom na snímky, ale hlavně na člověka, který za snímkem je. Podívat se na něj jako na celek, na celek s jeho emocemi, prožitky, myšlenkami a sociálním prostředím.

Právě v této oblasti je přínos arteterapie, která ve svých technikách pracuje s emocemi. Každá emoce je psychosomatický fenomén, protože každý tělesný proces vede k citové reakci a každá citová reakce vede k tělesné odezvě. Z pozorování vývoje jedince víme, že náš duševní vývoj má tělesný základ. Tím arteterapie ošetřuje celý psychosomatický komplex jedince.

TEORETICKÁ ČÁST

1. PSYCHOSOMATIKA

1.1. Definice psychosomatiky

Poprvé použil slovo psychosomatika roku 1818 lékař Heinroth (Danzer, 2001). Slovo psychosomatika je složeninou z řeckého slova „*psyché*“, což v překladu znamená duše a taky řeckého slova „*sóma*“, což znamená tělo, tím slovo psychosomatika označuje celostní pohled na zdraví a nemoc. Slovo „*psychosomatický*“ by se proto nemělo plést se slovem „*psychogenní*“. (Morschitzky, Sator, 2007; Poněšický, 2014)

Psychosomatiku v širším pojetí můžeme chápat jako somato-psycho-sociální jednotu, spjitost jedince v průběhu celého jeho života (i nemoci). V tomto smyslu je psychosomatika interdisciplinární koncept. Psychosomatika v užším pojetí se zabývá somatickými poruchami a nemocemi, u kterých je etiopatogenetický vliv psychosociálních faktorů výraznější oproti faktorům somatickým. (Baštecký et al., 1993; Morschitzky, Sator, 2007)

Společnost psychosomatické medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně definuje psychosomatickou medicínu jako „... *klinický odborný prostor uvnitř medicíny, ve kterém se odborníci ve zdravotnictví podílejí na léčbě pacientů, které nelze úspěšně léčit bez zohlednění komplexních bio-psycho-sociálních souvislostí. Vychází se z předpokladu, že člověk tvoří jednotu třech systémových úrovní, tělesné, psychické a sociální, které jsou spolu koevolučně svázané. To znamená, že se příznaky stejného onemocnění mohou objevit jak v tělesné tak v duševní podobě. Komplexní přístup pak vyžaduje léčebné intervence na více rovinách současně, aby byl úspěšný... Současně je psychosomatika způsob myšlení, který se uplatňuje ve všech oborech medicíny, tak aby nebyly redukovány na pouze biologickou složku léčby... Psychosomatická medicína se podílí na prevenci, diagnostice léčbě i rehabilitaci psychosomatických pacientů.*“ (Společnost psychosomatické medicíny, 2015, s. 1-2)

Psychosomatické choroby anebo psychosomatózy jsou označení pro patologické formy vztahu mezi tělem a duší. (Morschitzky, Sator, 2007)

K tělesným poruchám bez organických příčin patří somatoformní a disociativní poruchy, tělesné poruchy s psychologickými faktory a určitými vzorci chování jsou psychosomatické poruchy v užším smyslu. (Morsitzky, Sator, 2007)

1.2. Historie psychosomatiky

Vývoj psychosomatiky prošel dlouhou cestu od dob Hippokrata a jeho teorii temperamentu, která popisuje souvislost mezi tělesnými tekutinami a základními charakteristickými rysy osobnosti. Tento teoretický rámec převládal přibližně do 17. století, kdy došlo k biologickému redukcionismu, k soustředění se lékařů pouze na biologické jevy a biologické příčiny nemocí. „Renesance“ holistického přístupu k člověku a nemocím pak přineslo 20. století zejména na základě založení psychologie jako vědního oboru. (Faleide et al., 2010)

Začátkem minulého století měla na psychosomatiku největší vliv psychoanalýza i na základě prací psychoanalytika Franze Alexandra a Heleny Flanders Dunbar, kteří vytvořili první systematizované koncepty psychosomatických onemocnění. (Faleide et al., 2010; Morsitzky, Sator, 2007)

I Sigmund Freud se zabýval konverzními příznaky u hysterie, sám ovšem nevypracoval žádnou speciální psychosomatickou teorii nebo terapeutický koncept, ani neměl v úmyslu psychoanalytickými metodami léčit somatické nemoci. Dle něho konverzní příznaky vznikají bez intrapsychického zpracování, tedy bez účasti „já“. (Morsitzky, Sator, 2007; Danzer, 2001; Baštecký et al., 1993)

Georg Groddeck jako první používal myšlenky a metody psychoanalýzy v terénu somatické medicíny, které kombinoval i s využitím technik masáží. Somatické onemocnění chápal jako symbolické vyjádření „ono“ v oblasti tělesné. (Danzer, 2001; Baštecký et al., 1993)

Alfred Adler a jeho individuální psychologie v oblasti psychosomatiky využívá pojmů *řeč a dialekt orgánů*. Adler se zabýval *životním stylem* jedince, dle něho nemoci vznikají v dobách dlouhotrvající a hluboké poruchy komunikace a vztahů jedince, a zároveň jsou pokusem o udržení vztahu i komunikace. (Danzer, 2001)

Franz Alexander roku 1950 vydal své rozsáhlé dílo názvem *Psychosomatické lékařství*, kde popisuje tzv. svaté sedmero psychosomatických onemocnění, kam patří peptický vřed, bronchiální astma, hypertenze, revmatická artritida, migréna, ulcerózní kolitida a neurodermatitída. Alexander ve své teorii specifčnosti předpokládá vznik určité tělesné poruchy na základě specifického, nevědomého psychického konfliktu (konflikt spočívá v rozporu mezi dvěma žádostmi nebo žádostí a zákazem). Z neuspokojené touhy a neodváděného emocionálního napětí vzniká chronická porucha funkce vegetativní regulace, která následně ovlivní vnitřní orgán. K poruchám sympatické vegetativní regulace pak řadil Alexander hypertenzi, migrénu a revmatickou artritidu, k poruchám parasympatickým pak řadil peptický vřed, ulcerózní kolitidu a astma. (Morschitzky, Sator, 2007; Faleide et al., 2010)

Alexander rozlišuje konverzní poruchy, kde je na místě hledat symbolické vyjádření konfliktu v oblasti tělesné a funkční orgánové poruchy, kde jsou souvislosti o něco složitější. V etiologii pak Alexander kromě intrapsychického konfliktu, předpokládá i vliv vnější noxy a vnitřních faktorů. (Baštecký et al., 1993)

Helena Flanders Dunbar vypracovala koncept, kde k jednotlivým osobnostním typům přiřazovala určité somatické onemocnění, například k typu A, tj. typu „tvrdě podnikajícího člověka“, koronární onemocnění srdce. (Faleide et al., 2010)

Wilhelm Reich vyvinul teorii patologického vývoje, tzv. analýzu charakteru, u níž předpokládal, že určité charakterové rysy slouží jako obrana proti nebezpečným emocím (tzv. charakterový pancíř). Dle Reicha se potlačení emocí děje prostřednictvím svalového a viscerálního napětí. Dle jeho pojetí jsou psychosomatické nemoci poruchy ve svobodném vedení celého života člověka. (Faleide et al., 2010)

Žákem Wilhelma Reicha byl Alexander Lowen, který založil bioenergetickou terapii. Tento přístup využívá vstupy na úrovni fyzické i psychologické. (Faleide et al., 2010; Poněšický, 2011)

George Engel roku 1977 navrhl bio-psycho-sociální model nemoci, který zdůrazňuje vzájemný vliv těla, duševních procesů a sociálního prostředí. Tento celostní model je dnes koncepčním základem psychosomatické medicíny a psychosomatiky. Tento model vysvětluje, proč může stejná psychická a sociální zátěž vyvolat u každého člověka jiné onemocnění, a naopak proč nejrůznější stresové situace mohou způsobit stejnou nemoc. (Morschitzky, Sator, 2007; Chvála, 2003A)

Od roku 1980 převládají interdisciplinární výzkumy v oblasti psychofyziologie, psychoimunologie a biopsychosociálního výzkumu. Psychoneuroimunologie studuje vztah mezi chováním, nervovým a imunitním systémem. Psychosociální napětí může působit jako supressor i jako expressor imunity, a to v závislosti na druhu stresu. (Faleide et al., 2010)

Nejvíce formujícími osobnostmi české psychosomatiky jsou v současnosti Jan Poněšický, který na psychosomatickou problematiku hledí z psychoanalytického hlediska, Jiří Růžička, zabývající se daseinanalytickým přístupem, dále Chvála a Trapková, kteří pracují v oblasti rodinné terapie.

1.3. Teoretické rámce a pohledy na psychosomatické poruchy a nemoci

Na **psychoanalytickém** základu se formovaly koncepce **specifické**, např. teorie nevědomých specifických konfliktů, teorie specifických změn emocí, teorie specifických osobnostních profilů, teorie specifických postojů vůči konfliktům, koncepce alexitymie a teorie operativního myšlení. (Baštecký et al., 1993)

Nespecifické koncepce vychází z teorie působení psychosociální zátěže na vznik psychosomatických nemocí. Patří k nim např. teorie životních událostí (life events), teorie všeobecného emočního vzrušení, teorie konstituční zranitelnosti, teorie diferentních podnětových situací, učení orgánové odpovědi, vegetativního učení a hypotéza o chování typu A. (Baštecký et al., 1993)

Z fází psychosexuálního vývoje dle Freuda jsou pro vznik fyziologických reakcí nejdůležitější první dvě fáze, tj. orální a anální. Také patologie z tohoto období pak může být základem pro psychosomatické nemoci. (Baštecký et al., 1993) Dle klasického psychoanalytického modelu pak můžeme uvažovat o poruše v oblasti ega, nebo (méně často) superega. (Poněšický, 2012)

Kortikoviscerální koncepce dle Bykova a Kurcina byla vypracována na základě prací I. P. Pavlova. Předpokládá patogenní vliv dlouhotrvajících emocí, především negativních, jako smutek, strach a úzkost. Nervová regulace se dezintegruje vlivem změny funkce mozkové kůry, podkorových center a následně vegetativního nervového

systému, čímž je ovlivněna funkce a následně i struktura vnitřních orgánů. (Baštecký et al., 1993)

Koncepci **psychického stresu** vypracoval Hans Selye, kde popisuje nespecifické somatické reakce na zátěž. Tři hlavní stadia zvládnání stresu dle Selyeho jsou: alarmující stadium (kdy se organismus snaží obnovit fyziologickou rovnováhu), rezistentní fáze (globální reakce na specifickou situaci) a fáze vyčerpání (stresová situace pokračuje a organismus již není schopen reagovat efektivně). Také ale nezapomeňme rozlišovat mezi eustresem (pozitivně působící stres) a distresem (dlouhodobý a škodlivý vliv stresu). Teorie stresu vysvětluje psychosomatické nemoci na základě zjištění, že osu hypotalamus- hypofýza- nadledviny je možné aktivovat psychogenními vlivy. (Faleide et al., 2010; Baštecký et al., 1993)

Koncepce alexitymie, kterou vytvořili Sifneos a Nemiah, popisuje tzv. infantilní osobnost, která má obtíže při slovním a symbolickém vyjádření vlastních afektů a pudových hnutí, myšlení je konkrétní, orientované na přítomnost, bez fantazií a s deficitem snové produkce. Alexitymici své tělesné příznaky popisují zdlouhavě a detailně, a to i ty, které se k základnímu onemocnění nevztahují. Mají potíže při popisu svých emocí, mají afekty nepřiměřené, pláčou málo nebo příliš, ale bez kontextu odpovídající emoce. Orientují se na činnosti jako na hlavní cíl života, v interpersonálních vztazích jsou závislí na okolí, nebo naopak samotáři. Jediná úroveň, kterou pacient jasně vnímá a na které je schopen komunikovat, je ta somatická. Na této úrovni pak řeší všechny své problémy a konflikty. (Baštecký et al. 1993)

Dle Danzera (2011) může nahrazování citu afekty poukazovat na nedostatek hodnotových vztahů. U mnoha psychosomatických pacientů se dřív, než se objeví nemoc, objevuje nedostatek citu nebo převaha afektu. Bohatost symptomů pak zakrývá „*vlastní charakterové mezery a osobní deficit*“ (s. 41) člověka.

Toto nedostatečné propojení sensoricko-motorického a emočně-kognitivního prožívání může vzniknout na podkladě vývojového deficitu (výchovné zanedbání), hrubého a necitlivého zacházení v rodině, jako následek psychického traumatu, nebo na základě sociálního učení (od rodiny, okolí). (Poněšický, 2010)

Behaviorální teorie kladou u vzniku psychosomatických nemocí důraz na vliv vegetativního podmiňování, který je odvozen od klasické teorie I. P. Pavlova o podmiňovaných reflexech. Na podmiňování může mít vliv zřetězení (chain of continuous

stimuli), zcitlivění (senzitivizace) a zobecnění (generalizace). Teorie učení vysvětlují vznik psychosomatických poruch na základě sociálního učení a napodobování (imitace). (Faleide et al., 2010)

Kognitivní psychologové Lacey a Lacey rozlišují dva typy lidské kognitivní aktivity: „nivelizující“ (vyrovnávací) a „zostřující“ (sharpening). Člověk, který spadá do typu „nivelizujícího“, je na svém okolí nezávislý, měnícím se podmínkám se rychle přizpůsobuje, rozhoduje se globálně, naopak člověk „zostřující“ je na svém okolí výrazně závislý, je zaměřený na detaily a je velice pozorný. Typ zostřující má na základě fyziologických výzkumů větší tendenci k labilitě (krevního tlaku), a z toho se usuzuje i větší pravděpodobnost výskytu somatických příznaků. (Faleide et al., 2010)

Grayův model popisuje větší senzitivitu extrovertů k signálům, které slibují pozitivní odměnu. K těmto signálům je introvert zcela necitlivý, naopak je citlivý k signálům nebezpečí nebo signálům vyvolávajícím úzkost a strach. Jako zátěžovou či stresovou určitou situaci prožíváme, když je ta interpretována jako ohrožující, nebo když bude druhými hodnocena negativně. Stres pak zvyšuje svalové napětí a ovlivňuje vegetativní nervový systém, přičemž se mohou objevit určité somatické symptomy. Jednotlivec je utvářen mnoha faktory, z nichž pouze část je dána osobnostními rysy, proto nemůžeme hledat jednoznačný determinující vztah mezi osobností a symptomy, je ovšem dobré hledět i na tento aspekt osobnosti. (Faleide et al., 2010)

Rodinná psychosomatika vyrostla z hnutí rodinné terapie, a popisuje vliv rodiny na psychosomatické poruchy a nemoci. V rodině pacientů s psychosomatickými potížemi se často objevují určité charakteristické rysy: emočně chudá komunikace, která je předmětně zaměřená, těsné vztahy v rodině s omezenými kontakty s okolím, potlačování emocí (zejména negativních), proplétání rolí a stírání hranic mezi generacemi, rigidita a nepřizpůsobivost rodiny. „Identifikovaný pacient“ je nejvíce citlivý na kompenzační mechanismy rodiny, svou nemocí se pak snaží udržet rodinnou homeostazi. (Baštecký et al., 1993)

Psychosomatikou v širším pojetí se zabývá Stanley Keleman ve své teorii o „anatomii emocí“, která popisuje vliv emocí na morfologii tělesných struktur. Rozlišuje typ rigidní, který je agresivní, dominantní se zaměřením na druhé, typ zbytnělý, který je „nafouklý“ a zaměřen na druhé, typ zkolabovaný, který je rezignovaně odmítající a vzdalující se, a typ tuhý, který se drží zpátky a stahuje se. Terapii pak navrhuje Keleman

na rovině somatické a také psychosociální, kde klade důraz sebereflexi (Keleman, 2010; Keleman, 2013).

1.4. Etiologie psychosomatických poruch a nemocí

Tělesný symptom chápe Poněšický (2011) jako náhradu jednání, který je motivován nevědomým, vytěsněným impulzem. Resomatizace, nebo tzv. konverze, je regresivní návrat k chování na úrovni somatické, nonverbální, který chrání pacienta před konfrontací s nepříjemnými nebo neřešitelnými problémy. Desomatizace je zvědomení neverbálních forem chování pomocí symbolizace a pojmenování, které probíhá v období raného dětství. (Poněšický, 2011)

U lidí trpících psychosomatickými nemocemi můžeme pozorovat jednak nedostatečnou diferenciaci tělesných a duševních reakcí (podobně jako je tomu u novorozenců) s nedostatečným ohraničením vůči okolí, jsou sugestibilní a v jejich vnitřním i interpersonálním životě převládá chaos. Na druhé straně, té početnější, jsou ti, u kterých naopak převládá výrazné oddělení tělesné a duševní oblasti, tedy ti, kteří si nemohou přiznat, že by duševní pochody a životní konflikty mohly ovlivnit jejich stránku fyzickou. (Poněšický, 2014)

Primárním ziskem u psychosomatických nemocí je „komunikace“ na úrovni tělesné, člověk přes nemoc nesrozumitelně a zlomkovitě nasytí frustrovanou potřebu, ale nemusí se obávat o narušení své psychické rovnováhy. (Poněšický, 2010)

Nejčastěji se psychosomatické onemocnění objeví u frustrace určité potřeby, když je v ohrožení psychická rovnováha, při potlačení emocí, a když je dezintegrace mezi tělesným, emočním a kognitivním prožíváním. (Poněšický, 2010) Tělo „řeší“ jinak neřešitelné intrapsychické či interpersonální konflikty, kompenzuje „... *defektní schopnosti vyjadřovat emoční či duševní stavy, se stává prostředkem komunikace, navázání vztahu, proti možnosti rozvázání vztahu, k zvládnutí odloučení, k potlačení citového výrazu, k racionalizaci neúspěchu, k potlačení pocitu méněcennosti, k zabránění hlubší regresi až po vývoj psychózy, k obraně proti stresu, k možnosti stáhnout se do ústraní, k nahrazení nedostatečného sebecítění či chybějícího životního smyslu.*“ (Poněšický, 2012, s. 64)

Psychosomatické pojetí nemoci vychází z modelu multifaktorové teorie patogeneze chorob, a to buď v lineárním kauzálním vztahu, nebo cirkulárním systémovém přístupu. (Baštecký et al., 1993)

Z pohledu bio-psycho-sociálního modelu a teorie multifaktorové patogeneze můžeme k predispozičním faktorům vzniku psychosomatických potíží přiřadit psychoimunologické poměry, orgánovou méněcennost, genetické predispozice, traumata, sociální prostředí. K vyvolávajícím faktorům patří životní změny nebo trauma, zátěžové situace (na úrovni tělesné, psychické i sociální). Udržující faktory jsou pak reakce sociálního okolí, kognitivní přesvědčení pacienta. (Poněšický, 2010)

K psychickým predispozičním faktorům pak můžeme přiřadit osobnostní charakteristiky ve smyslu neuroticismu, depresivity, úzkostnosti, dále negativní sebekoncept ve smyslu nedostatečného pozitivního (narcistického) sebeobsazení a naopak narcistického obsazení nemoci, poruchu ve vnímání interpersonálních vztahů, kdy je okolí vnímáno jako ohrožující a nedostatečně podporující. (Poněšický 2010; Poněšický, 2014)

Faleide et al. (2010, s 25.) navrhuje interfaktoriální model nemoci, kam zahrnuje vlivy rodinné, kognitivní, emocionální, hormonální, nervové, infekční, svalové a vztahující se k povolání.

1.5. Různé úrovně příznaků v psychosomaticce

1. Akutní psychická reakce na stres

Přechodná reakce na psychický nebo fyzický stres, odeznívá během hodin nebo dnů. Projevy jsou na úrovni vegetativních a psychických reakcí. (Knotek, Kolář, 2009)

2. Neurotické poruchy

Déletrvající poruchy psychických funkcí a chování, manifestují se většinou za akutních stresových podmínek. Projevy jsou na úrovni emocí a afektů, myšlenek, činností, somatických projevů (většinou jako konverze). (Knotek, Kolář, 2009)

3. Psychosomatická porucha

Neurotická reakce s převážně funkčními somatickými příznaky. Tyto poruchy mohou narušit funkci orgánu, většinou reverzibilně. (Knotek, Kolář, 2009)

4. Psychosomatické onemocnění orgánů a orgánových systémů

Somatopatologické stavy s podstatným podílem psychických a sociálních vlivů na spuštění a průběh nemoci. (Knotek, Kolář, 2009)

5. Systémová onemocnění

Patologie regulačních a metabolických procesů celého organismu s podílem psychických spouštěčů. Tato onemocnění často postihují osoby perfekcionista se snahou vyhovět okolí, kteří disimulují své potíže. (Knotek, Kolář, 2009)

6. Somatopsychická porucha

Patologická změna na úrovni psychické bez výrazné psychogenní příčiny. (Knotek, Kolář, 2009)

1.6. Rozdělení psychosomatických chorob

1. Poruchy celkového tělesného schématu

Patří sem neorganické tělesné symptomy bez funkčních a somatických příčin (nepovažované za nemoc), podmíněné převážně psychicky a sociálně, při nichž nevznikají chorobné změny struktury ani funkce tkání nebo orgánů. Podle osobního způsobu vnímání se ale mohou tyto poruchy proměnit ve funkční nebo somatoformní poruchy. Tyto potíže se také mohou objevit u depresivní poruchy. (Morschitzky, Sator, 2007)

2. Funkční poruchy (somatoformní a disociativní)

Patří sem primárně neorganické poruchy tělesných funkcí (považované za nemoc), často podmíněné psychicky. Porušen je často vegetativní nervový systém nebo méně často jiná část nervového systému. (Morschitzky, Sator, 2007)

- a) **Somatoformní poruchy** (dříve vegetativní dystonie, vegetativní neuróza) - vyznačuje se diskrepancí mezi objektivním nálezem a subjektivním pocitem, tělesné symptomy jsou bez dostatečných organických příčin (buď objektivní nález není, nebo nález nekoresponduje s tíživostí, rozměry, rozmanitostí, délkou trvání subjektivních potíží), jedná se o typické vzorce chování a kognitivní přesvědčení pacientů. (Morschitzky, Sator, 2007)

- b) *Disociativní poruchy* vedou k dezintegraci vnímání, kontroly tělesných pohybů, vzpomínek na minulost a vědomí vlastní identity (tělesně disociativní poruchy jsou v psychoanalýze označovány jako konverzní poruchy). (Morschitzky, Sator, 2007)

3. Psychosomatické poruchy v užším smyslu

Patří sem organické choroby vyvolané nebo posilované psychosociálními faktory. Jde o poškození orgánů a poruchy tělesných funkcí, které jsou ovlivněny psychickými a sociálními faktory, u nichž organické příčiny samy nemohou procesy dostatečně vysvětlit. (Morschitzky, Sator, 2007)

4. Somatopsychické choroby

Patří sem primárně organické onemocnění s psychosociálními následky. Čím je onemocnění chroničtější, tím víc zesílí aspekty psychické a sociální. (Morschitzky, Sator, 2007)

1.7. Léčba psychosomatických poruch a nemocí

Těžiště psychosomatické nemoci může spočívat pokaždé na jiném aspektu biopsychosociálního komplexu, proto by i léčebné přístupy měly kombinovat ovlivňování na různých úrovních tohoto systému. Mohou se využívat různé přístupy psychoterapie, rodinná terapie, arteterapie (včetně muzikoterapie, dramaterapie, atd.), ergoterapie, psychofarmaka, relaxace, fyzioterapie - individuální nebo skupinový léčebný tělocvik, fyzikální terapie, relaxační cvičení (např. jóga, tai-chi), masáže, pohybová a taneční terapie, hypnóza, biologická zpětná vazba, výživa, různé spirituální nadhledy, změna životosprávy. (Irmiš, 2014; Poněšický, 2014; Poněšický, 2010)

Další specifika léčby psychosomatických poruch a nemocí jsou také ovlivněna tím, z jakého teoretického rámce terapeut vychází, v čem vidí příčinu vzniku poruchy nebo nemoci, z čehož pak vyplývají jeho terapeutické postupy (Baštecký et al., 1993).

V současné době se v oblasti psychoterapie psychosomatických poruch nejvíce využívají koncepty primárně psychoanalytické anebo se zaměřením behaviorálním. (Morschitzky, Sator, 2007)

U **behaviorální terapie** psychosomatických nemocí je prvním krokem naučit se lépe porozumět svým potížím, pak následuje využití svých schopností ke změnám, rozhodnutí o změně svého života a svých postojů, následují opatření nezbytná pro vyléčení nebo zvýšení kvality života. V rámci terapií se využívá psychoedukace, introspekčních a symptomových deníků, kognitivní terapie, tělesné terapie, relaxací, tréninku zvládnání stresu a emočního tréninku, tréninku sociálních kompetencí, rodinné nebo partnerské terapie. (Morschitzky, Sator, 2007)

V **psychoanalyticky orientované terapii** se terapeut snaží o rekonstrukci tzv. vnitřního interpretu reality, snaží se porozumět tomu, jak pacient vnímá své okolí, jak vnímá sebe sama. V terapii je snaha o uvědomění si konfliktu a sebezporozumění, o akceptaci svého „stínu“, čímž může dojít k abreakci. (Poněšický, 2014, Poněšický, 2010)

Při konverzi terapeut musí rozluštit symboliku nemoci, aby pochopil pacientův konflikt. Při somatizaci se přiřazuje určitý afekt k tělesnému symptomu, a až poté se může odhalit pacientův konflikt. (Poněšický, 2010)

U orgánových neuróz se projikuje část vlastní osobnosti do určitého orgánu, nebo je určitý orgán reprezentací vztahové osoby nebo jeho určitého aspektu. Když se aktivuje tato část osobnosti, resp. nastane (vnitřní) konflikt se vztahovou osobou, reaguje na tu situaci daný orgán. Terapie se pak snaží odhalit tyto přesuny a odreagovat afekty. (Poněšický, 2012)

Hypochondrický pacient se izoluje od lidí i od jejich vnitřní reprezentace, přesouvají se, projikují se emočně pudová hnutí (zejména agresivní) na vnitřní orgány, namísto citového obsazení vnitřního světa. Terapie se pak snaží revidovat mezilidské vztahy s odpovídajícím citovým vztahem, narcistickou problematiku, reflektovat emoce, včetně těch agresivních. (Poněšický, 2012)

U masochistických pacientů je přítomno nevědomé přání utrpení či bolesti. Důvodem může být úzký vztah k uspokojení jiných, důležitějších přání či potřeb, vyhýbání se ještě většímu utrpení (tady ale spíš psychického), substituce nebo kompenzace osobnostního deficitu. Léčebným cílem je, aby pacient toleroval závislost a nejistotu ve vztazích, ale na úrovni dospělé, kde se umí ze situace stáhnout a bránit a je schopný měnit své vztahy k lidem. Zhoršení symptomů na začátku terapie můžeme vnímat jako apel o pomoc od terapeuta, který má vyvolat soucit, ochotu k pomoci až odškodnění za předchozí bezpráví. (Poněšický, 2012)

Při konverzi (typicky u hysterie) je vytěsnění obsah nahrazen méně nebezpečnou představou, tento konflikt (mezi id, ego a superego) je vyjádřen symbolicky v symptomu, který reprezentuje vytěsněnou část minulosti či s ní spojené fantazie. Freud hysterii dává do souvislosti s potlačením oidipovského komplexu. V terapii se pak odhalují vytěsněné obsahy prostřednictvím interpretace symboliky symptomu, terapie se snaží o odhalení obrany pacienta a o změnu v jeho představách a chování. (Poněšický, 2012)

Pro alexitymii je charakteristická nedostatečná schopnost citově prožívat a reagovat, konkretistické myšlení (věcnost, nedostatečná schopnost abstrakce a proto závislost na konkrétnu), nedostatek fantazie a schopnosti regrese i introspekce, instrumentální vztahy, nedostatek empatie a hypernormalita (extrémní přizpůsobivost). Příčina je většinou emocionální deprivace v dětství s nedostatečnou diferenciací osobnosti, s tím, že zůstává na úrovni narcistických vztahů. V terapii pak je snaha o to, aby pacient postupně začal vnímat své emoce, objevoval je a naučil se je vyjadřovat. (Poněšický, 2012)

Při potlačení afektu vznikne z důvodu zvýšeného tělesného napětí z potlačení a z důvodu regrese na nižší úroveň silnější tělesná reakce. Když je dítě v afektu omezováno, tak je předpoklad, že i v dospělosti bude v podobných situacích reagovat psychosomaticky. V terapii je snaha po porozumění příznaku v kontextu života jednotlivce. Terapeut se snaží ukázat, kde je u pacienta citový deficit, a nabízí možné afekty (které v rámci protipřenosu za pacienta prožívá), které si pak pacient má „odžít“, a tím se nacvičuje afektivní mezilidské chování. Na základě toho se symptom stane zbytečným a odezní. (Poněšický, 2012)

Psychosomatické potíže se mohou objevit i v případě když se jáské defekty funkcí kompenzují tělesně. Tento případ vychází z paralely mezi tělesnými funkcemi a jáskými funkcemi, s předpokladem jisté vzájemné zastupitelnosti. Následkem jáského defektu vznikne nejistota a úzkost v určité mezilidské situaci, snaha o vyhnutí se dané situaci a reakce těla symptomem. V terapii se pak chybějící jáské funkce „dovyvíjí“, ne na základě práce s nevědomým, ale na základě autentických emočních odpovědí terapeuta. (Poněšický, 2012)

Když se na vzniku psychosomatického onemocnění účastní zejména stres, jde v terapii hlavně pak o to, aby se klient naučil stres vnímat, dále o ovlivnění získaných charakterových rysů, o naučení se adekvátní reakce na stres. (Poněšický, 2012)

1.8. Specifika psychosomatického přístupu

1) I když nemoc vypadá jako organická choroba, je třeba analyzovat i psychické a sociální faktory, abychom zjistili celý rozsah symptomatiky, který je většinou podmíněn multifaktoriálně.

2) Pacient by měl aktivně zvládat reaktivní psychologické a sociální problémy, které se objevují v průběhu nemoci. K tomu jsou zapotřebí psychologické a lékařské kroky a opatření.

3) Pacienti s psychosomatickým onemocněním mají často nepříznivé formy interakce s lékaři a terapeuty. Ti si musí být vědomi své odborné a lidské odpovědnosti, má-li být léčba co nejúspěšnější.

4) U mnoha nemocí se objevují následné stavy, které postiženého psychicky nebo sociálně zatěžují a které musí za podpory lékařů a terapeutů naučit zvládat. (Morschitzky, Sator, 2007, s. 16)

2. TINNITUS

2.1. Tinnitus - definice a etiopatogeneze

Slovem tinnitus (z latinského *tinnere*, zvonit) nebo šelest v uchu označujeme jednostranné nebo oboustranné subjektivně vnímané zvuky v uších bez vnějšího zvukového podnětu. Z hlediska biologického se dělí na objektivní a subjektivní. U objektivních může mít tinnitus příčinu ve vaskulárním systému v okolí ucha, v spazmech středoušních svalů, v poškození sluchového nervu, drah, sluchových center nebo ve vertebrogenních poruchách. Subjektivní šelesty jsou spojeny jednak s přechodnou nedoslýchavostí (tady se objevuje hučení a šumění) a s percepční nedoslýchavostí (pískání, zvonění, syčení). Tento typ šelestů stupňuje ticho a ucpání zvukovodu. (Hybášek, 2016; Morschitzky, Sator, 2007)

Tinnitus může souviset s periferní nebo centrální poruchou sluchu a může být projevem somatoformní poruchy. Často se přidruženě také objevují poruchy spánku, nespavost, deprese, úzkostnost, nervozita, celková podrážděnost, trvalé napětí. (Hybášek, 2016; Morschitzky, Sator, 2007)

Akutní tinnitus (trvajících méně než tři měsíce) je nejčastěji způsoben poruchou prokrvení a poškozením vláskových receptorových buněk. Chronický tinnitus (trvajících více než tři měsíce) pak můžeme dělit na kompenzovaný - když se s ním pacient dobře vyrovnal, a dekompenzovaný, u kterého je nutná terapie k zvládnutí psychosociálních aspektů nemoci.

2.2. Tinnitus z pohledu psychosomatického

Hluk je pro naše tělo zdrojem trvalého stresu na základě vyplavení stresového hormonu, kortizolu, který aktivizuje celý organismus, ale také zužuje cévy, a tím se zhorší prokrvení zejména akrálních, koncových částí těla, také ucha. Hluk také může narušovat spánek a zhoršovat duševní výkonnost a koncentraci. (Morschitzky, Sator, 2007)

U tinnitu můžeme chronický stres a deprese považovat za rozpoutávající nebo zesilující faktory choroby. Cílem terapie je zlepšit kvalitu života, zvládat lépe stres. Morschitzky a Sator (2007) doporučují k tomu využít tzv. multimodální strategie - psychoedukaci, relaxační techniky, odvrácení pozornosti (gestalt terapie), trénink

expoziční, kognitivní terapii, retrainink tinnitu (pomocí „generátoru hluku“). (Morschitzky, Sator, 2007)

Častá vyvolávající situace je déletrvající zatížení aktuální konfliktní situací, zejména v pracovní oblasti nebo partnerských vztazích, o kterých ale není možné otevřeně mluvit. (Tress et al., 2008)

V osobnostních rysech lidí trpících tinnitem můžeme objevit rysy nucenosti, úzkostlivosti, depresivity a sociální nejistoty. U jedné části lidí s tinnitem můžeme pozorovat otevřeně neprožívané přání o uznání, u další části se tinnitus váže s neřešitelnými konflikty s blízkými osobami (partner, méně často rodiče nebo dítě), kde jedinec není schopen vyjádřit své agresivní pocity a impulzy. (Tress et al., 2008)

Poněšický (2014) chápe tinnitus, zejména u lidí s velkým pracovním nasazením, jako ochranu před dalším stresem, před nárokem okolí.

Dahlke (2014b) ve své knize uvažuje o uších jako o orgánu poslušnosti (sluch), který má za úkol naslouchat, poslouchat a být pokorný. Jako příčinu tinnitu pak usuzuje nezvládnutý stres, hluk přijatý nebo obrácen dovnitř, jedná se o metaforické poplašné zvonění, varovné sirény. Lidé s tinnitem stres i agresi převádějí do vlastního nitra, kde se, i když navenek fungují, zcela zabarikádují. Pak je v terapii nutno stres převést navenek a konfrontovat se s ním. Ruch vnějšího světa si člověk zvnitřnil, čímž došlo k tomu, že si svůj vnitřní svět znevýhodnil. Úkolem v terapii pak je „zaposlouchat se“ znovu do svého vlastního nitra. (Dahlke, 2014a,b)

Dahlke (2014a, s 93.) navrhuje v terapii propracovat následující otázky:

- „1. Jak nakládám se stresem, potažmo s požadavky svého okolí, které mě přetěžují?*
- 2. V jaké situaci mě zvuky oslovily poprvé?*
- 3. Co už nechci slyšet, komu nechci naslouchat a koho poslouchat?*
- 4. Jak je tomu s mojí rovnováhou, pevností úsudku, samostatností a schopností sebeprosazení? Mám pevnou půdu pod nohama?*
- 5. Co mi chtějí říct zvuky v mém nitru? Co říká můj vnitřní hlas? Jakou roli hrají v mém životě intuice a introspekce?“*

3. ARTETERAPIE

3.1. Účinné faktory arteterapie při psychosomatických potížích

Účinné faktory využívané v arteterapii jsou následující:

- a) snížení psychického napětí a úzkosti (a následně snížení i napětí svalového) a tím dosažení relaxace, v tvorbě je pak následně možno méně kontroly a více se mohou projevit nevědomé nebo předvědomé obsahy (Rubin, 2005)
- b) tvorba je jednou z cest k externalizaci myšlenek (Rubin, 2005)
- c) obrazy nesou symbolické obsahy, které by se jenom složitě mohly vyjádřit slovy, a proto je formou komunikace mezi pacientem a terapeutem obraz (obraz může pomoci v komunikaci při intenzivních emocích, při potlačovaných nebo preverbálních událostech, při práci se svým *stínem*) (Rubin, 2005)
- d) při projektivně dynamickém typu arteterapie se do obrazu projikují (promítají) „... *emoce, postoje, motivy a zkušenosti, které pak terapeut v klientových artefaktech (společně s klientem) odkrývá a interpretuje. Dynamický akcent ... tkví v tom, že klade důraz na klientovu minulou zkušenost jako zdroj současných problémů či symptomů způsobujících dynamiku současného chování.*“ (Mazehóová et al., 2008a, s. 78)
- e) obraz je metaforická výpověď o psychosomatické kondici klienta, postupně se měnící výtvarný projev může pomoci při vnímání svého (nejen výtvarného) potenciálu (Mazehóová et al., 2008a)
- f) vhled tj. uvědomení si dosud skrytých obsahů nevědomí, které zasahují a ovlivňují prožívání (Mazehóová et al., 2008a)

Tvůrčí procesy využívané během arteterapie usnadňují přístup k afektivnímu prožívání a k nevědomým konfliktům. Ve tvorbě se zviditelňuje, zhmotňuje a neverbálně komunikuje emocionální stav, takže je možné následně jej verbalizovat a dál zpracovávat. V rámci tvorby je umožněno přijetí popíraných potřeb, přání a impulzů, a ty se mohou integrovat do osobnosti jedince. Využitím smyslových podnětů se zpřístupní primární zkušenosti, nevědomé, rané, konfliktní a traumatické zážitky. (Tress et al., 2008)

Arteterapie nabízí příležitost vyjádřit emoční prožitky a postoje jinak než symptomem, somatickým příznakem. To, že arteterapie využívá neverbální techniky, může pro mnohé usnadnit práci s emocemi více než verbální techniky. (Baštecký, 1993)

3.2. Využití arteterapie u psychosomatických poruch a nemocí

Rubinová (1999) uvádí úspěšnost arteterapie u lidí trpících psychosomatickými potížemi, zejména stresové etiologie. Léčivý efekt uvádí v expresi potlačovaných emocí. Dále popisuje využití arteterapie zejména u astmatiků, kokaťavosti, u lidí trpících revmatickou artritidou, u dětí s enkoprézi a enurézí, u psychosomatických potíží gastrointestinálního traktu, zejména u chronických konstipací nebo syndromu dráždivého tračníku. (Rubin, 1999)

Arteterapie u lidí s psychosomatickými potížemi zlepšuje uvědomění si sebe sama, může pomoci v uvědomění si souvislostí mezi somatickými potížemi a afektem, emocí a pomoci v uvědomění si potlačených aspektů sebe sama. Arteterapie by měla integrovat fyzické a afektivní zážitky. (Wadeson et al., 1989)

Lidé trpící psychosomatickými obtížemi často neuznávají možnost spojitosti svých potíží s jinými než fyzickými, fyziologickými příčinami. Jedním z cílů terapie (psycho- nebo arte-) je vhléd pacienta do souvislostí mezi jeho symptomem a emočním prožíváním, životními události. (Wadeson et al, 1989)

Cílem arteterapie u lidí se psychosomatózou je soustředit se na potlačované emoce, které stojí v pozadí symptomu. Arteterapeutický proces má také vliv integrační na základě sensorické zkušenosti a kreativity, což má pozitivní vliv na uvědomění si celistvosti jednotlivce (oproti chápání izolované fyzické, a izolované psychické stránky). (Wadeson et al., 1989)

Při práci s bolestí (bolestivými stavy) Landgarten navrhuje postup, který ovlivňuje postoj k bolesti. Pomocí znázornění bolesti a následně přetvoření určitého aspektu obrázku do nového, více uspokojivého, se symbolicky transformuje bolest. (Wadeson et al., 1989)

Při poruchách příjmu potravy se arteterapie může využít k uvědomění si nevědomých nebo nepřijatých emocí, a arteterapeut zde může také sehrát roli self-

objektu. Lidé s poruchami příjmu potravy mají deformovanou představu o svém těle, tato nereálná představa se může zhmotnit pomocí arteterapie. Již tato externalizace může být nápomocná v další terapii. (Wadeson et al., 1989; Rubin, 2005)

Proces somaticky afektivní arteterapie v prvním kroku vybízí k vyličení somatických potíží. Ve druhé fázi pacient afektivním způsobem používá barvy a formy k vytvoření obrazu z těchto forem a linií. Pacient je následně vybízen k modifikaci, pozměnění tohoto obrazu směrem k více uspokojivé nebo dokončené verzi. Během reflexe pacient objevuje vztah mezi obrazem a svým prožitkem, zkušeností, čímž se reintegruje kognitivní a afektivní prožívání. (Wadeson et al., 1989)

3.3. Využití arteterapie u somatopsychických poruch

Ve psychosomatice (v širším pojetí) lze arteterapie využít jako prostředku vyjádření svých emocí spjatých s nemocí, případně hospitalizací, může napomoci se vyrovnat se somatickými i emočními dopady nemoci. (Wadeson et al., 1989)

Rubin (2005) uvádí využití arteterapie u lidí trpících Alzheimerovou nemocí, juvenilním diabetem, migrénou (i jako pomocník v diagnostice migrény u menších dětí). Arteterapie se tady využívá jako médium k neverbální komunikaci emocí spojených s nemocí, k projekci a verbalizaci myšlenek a afektů spojených s onemocněním, při využití na delší časové ose k pozorování copingových mechanismů vyrovnávání se s nemocí a případným handicapem. (Rubin, 2005)

U onkologicky nemocných lidí se po zjištění diagnózy často objevují úzkosti a deprese. Ale také poté, co se vyléčí, se objeví u dvou třetin z nich pocity strachu z budoucnosti a strachu z rakoviny. Arteterapie může pomoci při onkologických onemocněních ve vyjádření svých zkušeností s nemocí, ale také může zlepšit kvalitu života, psychického i fyzického zdraví, náhledu na budoucnost. (Malchioldi, 2012)

Wadeson (1987) navrhuje u lidí s onkologickým onemocněním vizualizaci karcinomu a práci s imaginací. Tak se v rámci arteterapie pracuje s výtvarným ztvárněním vlastního rakovinového onemocnění, také se ztvárněním procesu léčby (jak bílé krvinky a jiné buňky ničí rakovinové buňky).

3.4. Projektivně dynamický, interpretační arteterapeutický přístup

Dynamicky orientovaný přístup k arteterapii vychází z učení Freudovy psychoanalýzy. Pracuje s topografickým, strukturálním a ontogenetickým modelem psychického aparátu. Tento typ arteterapeutického přístupu klade důraz na minulé zkušenosti klienta, které ovlivňují současnou symptomatiku, problematiku klienta. Tvorbu chápe jako sublimaci, tj. převedení energie potlačené (konfliktní) tendence do společensky přijatelné formy. V tvorbě se pak objeví symboly, které odkazují na nevědomé konflikty, jejichž energie byla tvorbou odreagována. Tyto symboly se následně během interpretace odkrývají, hledají se jejich metaforické obsahy a přeznačují se, tím se zvědomují. (Perout, 2005; Mazehóová et al., 2008a)

Artefakt je místo, kam se projikují (promítají) klientovy emoce, postoje, zkušenosti, motivy, jeho psychosomatická kondice. Tím klient tyto vlastní obsahy prostřednictvím tvorby neverbálně komunikuje a mimo jiné můžeme najít odkazy na psychosomatickou symptomatiku. Prvky, které se na artefaktu objevují (jsou zdůrazněny, ale také ty, které chybí), barevnost, kompozice, proporčnost objektů, to vše nese výpověď o klientovy přítomné i minulé situaci. (Mazehóová et al., 2008; Perout, 2005)

Arteterapeut vede klienta k doplnění deficitů v tvorbě, aby mohl vzniknout „dospělý“ resp. věku odpovídající artefakt jako metafora ke klientově psychosomatické kondici a kompetencím. Z ontogenetického hlediska vývoje kresby je ustrnutí nebo vynechání některé fáze vnímáno jako patologické, tento aspekt se v terapii také ošetřuje. Intervenční přístup může arteterapeut využít v rozpracovaném artefaktu, kdy může ovlivnit jeho konečnou podobu a tím docílit posunu k vyváženějšímu obrazu. Tuto intervenci ovšem klient musí integrovat do svého obrazu, a tím i osobnosti, a tak překonat určité jemu vlastní rigidní vzorce chování. (Perout, 2005; Mazehóová et al., 2008)

Arteterapie jako jedna z expresivních terapií je úzce spjata s emocemi a jejich vyjádřením, komunikací. Jak již bylo psáno výše, řada psychosomatických teorií je spjata s předpokladem poruchy v oblasti emočního prožívání a emocí. Proto je arteterapie vhodným prostředkem v terapii psychosomaticky podmíněných poruch a nemocí.

PRAKTICKÁ (TVŮRČÍ) ČÁST

Cíle práce

Cílem teoretické části práce je shromáždit informace o problematice psychosomatických potíží a nemocí, dále jejich definice, etiologie a patogeneze, možné terapeutické ovlivnění, a to zejména se zaměřením na problematiku tinnitu a teoretické poznatky o využití arteterapie v léčbě psychosomatických poruch.

Praktická část si klade za cíl vytvořit hypotézy a vypracovat metodiku, prostřednictvím níž budou dané hypotézy potvrzeny, nebo vyvráceny.

Hypotézy

1. Ve výtvarné tvorbě jedinců s tinnitem se objevují určité znaky (použitá barevnost, kompozice, výstavba prostoru, zobrazení objektů, ...), které jsou pro ně charakteristické, a proto se budou objevovat ve tvorbě více jedinců obdobně.
2. Tyto nalezené společné znaky odkazují na psychosomatickou etiologii potíží, v našem případě tinnitu.
3. Na základě pokračující arteterapeutické práce dojde ke změně určitých komponent, prvků tvorby, podmíněno metodickým vedením a (arte)psychoterapeutickým charakterem práce.
4. Paralelně se změnou ve tvorbě dojde ke změně v symptomu (tinnitu).

Metodika práce

Praktická část práce je navržena jako kvalitativní výzkum, využívající kazuistické šetření.

Výběr klientů ke kazuistickému šetření probíhalo na základě následujících kritérií:

- 1) přítomnost symptomu ve formě tinnitu (šumění, hučení nebo pískání v uších);
- 2) na základě absolvovaných otorinolaryngologických, neurologických nebo jiných vyšetření u lékařů příslušných odborností nenalezena objektivní příčina symptomu;

- 3) souběžně probíhající fyzioterapeutická péče (prováděna stejnou osobou - autorem);
- 4) dobrovolný informovaný souhlas k účasti na výzkumu bakalářské práce (plné znění informovaného souhlasu: příloha č. 1.)

Sběr dat probíhal formou anamnestického pohovoru s jednotlivými klienty, shromážděním výtvarné produkce a pozorováním během sezení.

Anamnestický pohovor probíhal jako polostrukturovaný pohovor se zaměřením na rodinnou, sociální a pracovní anamnézu. Záznamy byly během a po pohovoru prováděny ručním zapisováním, a následně proběhla organizace dat, jejichž souhrn je součástí kazuistického popisu jednotlivých klientů.

Shromážděna byla výtvarná produkce, která sestávala z nestandardizovaného testu KTC (kvinterno colour test, test preference barev), akvarelových obrazů a koláží. Akvarely a koláže vznikaly vždy na předem dané téma (buď dané jedno téma, nebo měl proband možnost z výběru mezi dvěma tématy). Shromážděna byla tvorba domácích i ateliérových obrazů, resp. tvorby bez (dalšího než základního) metodického vedení a s metodickým vedením během samotné výstavby artefaktu. Test preference barev byl prováděn vždy na začátku každého sezení.

Vymezení prostředí: Sezení proběhla v jednom nestátním zdravotnickém zařízení (se zaměřením na psychosomatiku) v centru Prahy, kde klienti absolvovali i sezení fyzioterapeutické. Frekvence sezení byla dána časovými možnostmi autora a klienta, s přibližnou četností jednou za dva týdny. Na základě platných pravidel zařízení byla sezení kvalifikována jako nadstandardní péče za finanční spoluúčasti klientů, (platby probíhaly přes recepci zařízení, na prvním sezení byl klient seznámen s finanční náročností účasti na sezeních, tento aspekt účasti na výzkumu byl kontraktován zvlášť v rámci dokumentace zařízení).

Prostory, kde sezení proběhla, jsou vybaveny standardně pro praxi fyzioterapeuta na základě platné legislativy. Při využití arteterapeutické práce byly prostory mírně přizpůsobeny úpravami nábytku (natočení, resp. přemístění stolu, židlí).

Vymezení použité techniky kvinterno colour- test preference barev: K využití techniky kvinterno colour byly klientům k dispozici papíry formátu A5, sada pastelek základních barev (12 nebo 24 barev). Zadání techniky znělo: „Namalujte pět barevných

skvrn, koleček, o velikosti pětikorunové mince v rozložení jako „pětka“ na hrací kostce. Použijte libovolný náhodný výběr barev. Barvy užívejte libovolně, i vícekrát. Očíslujte pořadí, v jakém jednotlivá kolečka vznikla.“ Papír se podává klientovi rohem, aby sám tak mohl volit polohu vertikální či horizontální.

Kvinterno colour test nebo test preference barev je projektivní barevný test, jehož východiska jsou jiné barvové testy např. Lüscherův test barev. Interpretace testu bere v úvahu symboliku barev, umístění barev v prostoru, pořadí barev, prioritou je však samotná barevnost. Test vypovídá o schématech řešení konfliktů, o emočních vzorcích, osobnostních vlohách, o vztahových závislostech a komunikačních vzorcích probanda. (Mazehóová et al., 2014)

S artefaktem, který vznikne na základě kvinterno colour testu, se může pracovat obdobně jako s pracemi vzniklými tematicky (tady zejména akvarely a koláže). Slouží jako časově méně náročná forma získání specifických informací o klientovi. (Může tak pomoci zejména v počáteční fázi arteterapeutického procesu.)

Vymezení použité techniky tematických akvarelu: Na tvorbu akvarelových maleb byly klientům k dispozici výkresy formátu A4 a A3, akvarelové barvy s 12 základními barvami a štětce velikosti 18, 20. Obrazy vždy vznikly na některé z následujících třinácti témat: „Adam a Eva“, „Betlém“, „Červená Karkulka“, „Já, partner a jeden z rodičů“, „Ledová královna“, „Loutkové divadlo“, „Matčin svět“, „Matka a dítě“, „Medúza“, „Mořská panna“, „Otcův svět“, „Perníková chaloupka“, „Šípková Růženka“.

Technika akvarelu dovoluje využít v tvorbě prvek náhody, tj. moment, když spolu voda a barva reagují, vytvoří nečekaný efekt, se kterým se nedá dopředu počítat a se kterým se malující člověk musí vyrovnat. Tato náhoda umožňuje promítat do obrazu nevědomé obsahy. Malba akvarelem podněcuje také spontánnější výraz než grafické techniky, kde spíše výstavba obrazu probíhá na racionální, předem promyšlené rovině. (Lhotová, 2010)

Vymezení použité techniky koláže: Na výstavbu koláže se používá jako podklad novinový nebo jiný papír velikosti A3, na který se nalepují objekty a figury vystřižené, nebo vytrhané z časopisů. Koláže se pak mohou dotvořit kresbou či malbou. Koláže vždy

vznikly na některé z následujících čtyř témat: „Adam a Eva“, „Rodinná koláž“, „Studená koláž“, „Šípková Růženka“.

Koláž je vhodnou technikou nejen u lidí, kteří mají pocit, že „neumí malovat“, kde může tato technika povolit bloky vůči výtvarné tvorbě. Na kolážích se také uplatňuje fenomén projekce, a tak se s nimi dá pracovat obdobně jako s malbami. Při tvorbě koláží se ujasňují, zpracovávají a přestrukturují emoce, prožitky a myšlenky kolem daného tématu. (Mazehová et al., 2008b)

„Rozpory obsažené v koláži učí pacienta hledět na sebe a na svět z různých pozic a nutí zpracovat větší počet zkušeností, čímž jej podněcuje ke zvažování různých alternativ.“ (Lhotová, 2010, s. 63)

List obtíží (využití pouze ve třetí kazuistice): klient napíše na list papíru deset somatických obtíží, které ho trápí. Cílem je získání celistvějšího psychosomatického obrazu o klientovi a charakteru jeho potíží. (Blíže je technika popsána v třetí kazuistice.)

KAZUISTIKY

Kazuistika paní A.

Paní A. má 46 let, přichází na terapii s diagnózou tinnitus bilaterálně s cervikogenní spoluúčastí. Potíže začaly po delší nemoci, kdy 2 týdny byla práce neschopná, v čase začátku terapie potíže trvají již 6-7 týdnů. V rámci vyšetření na otorhinolaryngologii ani na neurologii se nenašel objektivní důvod potíží. Hučení v uších pociťuje oboustranně, vpravo trochu víc. Dále si stěžuje na občasné brnění dlaní a bolesti v oblasti kostrče. Klientčíným cílem je snížit hučení v uších.

Původní rodina klientky se skládala z matky, otce, mladší sestry klientky a klientky. Nyní rodiče rozvedeni. Matka žije se svým přítelem mimo Prahu. Matka klientky prodělala četné onkologické nemoci a i v současné době je vážně nemocná, hůře pohyblivá, klientka pociťuje nutkání jí pomoci, částečně jí to znemožňuje vzdálenost daná bydlištěm. V této době se o matku klientky stará matčin přítel. S otcem vztahy udržuje méně intenzivně než s matkou.

Klientka má manžela a jednu dceru ve věku 16 let. Manžel pracuje v zahraničí, chodí domů na „návštěvy“.

Klientka pracuje jako administrativní pracovnice. Práce jí vyhovuje, v zaměstnání nevnímá konflikty.

Během života vážněji nestonala. Trpí alergiemi, má bronchiální astma a prodělala operaci gynekologického rázu (bez komplikací). Mimo porodu dcery také měla jednu interrupci (krátce po porodu).

Průběh terapií: terapie probíhaly s odstupem přibližně jednou za dva týdny. Klientka absolvovala 10 fyzioterapií a 8 arteterapeutických sezení. Během sezení proběhla intervence fyzioterapeutická a následně arteterapeutická (v časovém rozložení 30 min a 30 min). V rámci prvního sezení byl vytvořen kontrakt (zaměřen na fyzioterapeutickou i arteterapeutickou práci) a byl podán informovaný souhlas.

Krátké shrnutí fyzioterapeutické péče: fyzioterapeutická intervence byla zaměřena na úpravu svalové dysbalance v oblasti horní poloviny trupu, krku a obličejové

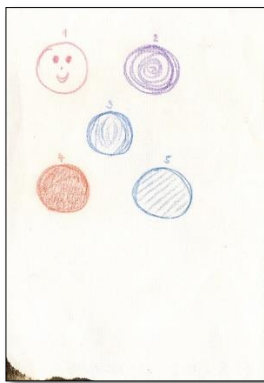
oblasti, na zlepšení držení těla během běžných denních činností a aplikaci ultrazvukové terapie na snížení svalového napětí v oblasti krční.

Další část bude zaměřena proběhlou arteterapeutickou intervencí.

1. sezení:

Klientka si stěžuje na bolesti krční páteře a oboustranné hučení v uších.

Klientka si vybírá mezi zpracováním tématu „Adam a Eva“ nebo „Mořská panna“. Vybírá si téma druhé.



Obr. 1: Kvinterno colour test paní A. z prvního sezení (formát A5)



Obr. 2: „Mořská panna“ paní A. (formát A3)

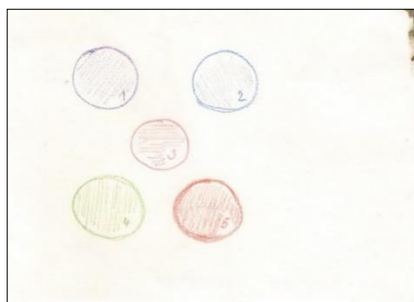
Během malování vypráví o tom, že teď má na návštěvě sestru a její dceru z USA a svého manžela, který pracuje v zahraničí. Vypráví o tom, že naposledy malovala s neteří a před tím se svojí dcerou, když byla ještě malá. Na obrázku popisuje „moře, mořská zvířata, ocas Ariel, černý a modrý oblak a sluníčko, aby tam bylo barevně a veselo“.

Na další sezení jí dávám úkol na doma udělat „Rodinnou koláž“.

2. sezení:

Stěžuje si na hučení uší oboustranně symetricky, nejvíc pozoruje v noci.

Přichází bez koláže, neměla jí čas udělat. Při tematickém akvarelu „Adam a Eva“ začíná vytvořením pozadí, bez postav. Ptám se, jestli bude chtít dokončit téma doma, ale vymlouvá se na čas a navrhuji, že obrázek dokončí na příštím sezení.

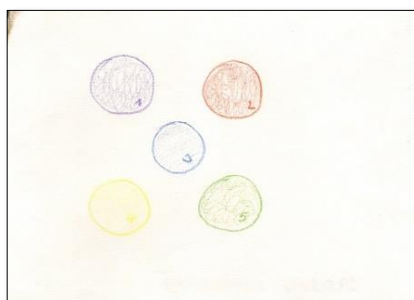


Obr. 3: Kvinterno colour test paní A. z druhého sezení (formát A5)

3. sezení:

Klientka udává zhoršení tinnitu pravého ucha a cítí, že je zalehlé.

Klientka dokončuje akvarel z minulého sezení. Dotvoří Adama a Evu, stromy v pozadí, slunce a zvětší kopeček na pravé straně obrázku.



Obr. 4: Kvinterno colour test paní A. z třetího sezení (formát A5)

Při obsazení postav klientka neví, kdo by jednotlivé postavy mohly být. Navrhuji, ať se nad tím zamyslí doma. (Na příštím sezení obsadí Evu jako její mladší sestru a Adama jako sestřina manžela, dodává, že by to mohli být oni, protože jsou jenom čerství manželé a jsou pořád zamilovaní.)



Obr. 5: „Adam a Eva“ paní A. (formát A3)

4. sezení:

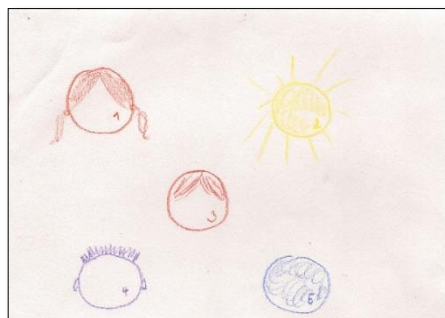
Přichází na sezení po dovolené s dcerou. Stěžuje si na bolesti v oblasti bederní, udává krátkodobé zlepšení tinnitu od minulé terapie.

Po zpracování kvinterního colour testu (oproti minulému „standardnímu“ zpracování, dnes přidává „ozdoby“ ve formě vlasů a paprsků koleček, pouze vpravo dolů je políčko, bez jakékoli přidané ozdoby) zadávám téma „Matka a dítě“.

Klientka spontánně začne mluvit o tom, že se její matka dostala do hospice, z důvodu rakovinového onemocnění, které je těžkého stupně. Mluví o tom, že má strach, jestli není sama také nemocná.

Na obrázku popisuje hřiště s kočárkem, kde by mělo být miminko, matka by měla sedět na lavici. Ani jedna z postav ovšem není na obrázku vidět. Dítě obsazuje jako svoji neteř. Mluví o tom, jak žije její sestra a teta v USA, a o tom, že i ona chtěla jít žít „ven“,

ale bála se. Popisuje vztah se sestrou, kdy v mládí probíhala mezi nimi rivalita, která se vyřešila v období, když se klienta vdala.



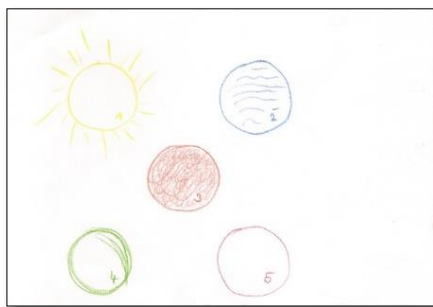
Obr. 6: Kvinterno colour test paní A. ze čtvrtého sezení (formát A5)



Obr. 7: „Matka a dítě“ paní A. (formát A4)

5. sezení:

Od minula beze změny stavu. Klientka začne pracovat na tématu „Otcův svět“. Po rychlém namalování obrázku, říká, že už dál neví, co by dál malovala. Otce popisuje následovně: „vždy poletuje, což je zvláštní“. Obrázek je o koníčcích otce, který sbírá mince (vpravo nahoře) a známky (uprostřed nahoře), rád jezdí na chalupu. Postava otce je vytvořena celá hnědou barvou, kolem něho jsou vnoučata. Klientka se rozovídá o tom, že nedávno s tátou byli nakupovat.



Obr. 8: Kvinterno colour test paní A. z pátého sezení (formát A5)

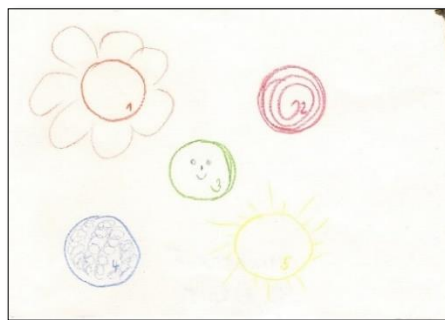


Obr. 9: „Otcův svět“ paní A. (formát A4)

6. sezení:

Klientka nepozoruje žádnou změnu stavu. Při práci na tématu „Matčin svět“ klientka dostane metodické vedení ohledně využívání vody a zapouštění barev do vlhkého podkladu. Také ji upozorňuji na možnost míchání barev, kdy může různé odstíny barev vytvořit vrstvením a nanášením a mícháním barev na papíru.

Během malování se rozovídá o stavu matky, který se zhoršuje, popisuje její zdravotní potíže. Obraz nestihne dokončit, domluvíme se, že ho dokončí na příštím sezení.



Obr. 10: Kvinterno colour test paní A. ze šestého sezení (formát A5)

7. sezení:

Stav stagnuje, tinnitus pociťuje na obou stranách v intenzitě 4/10 (0- žádný zvuk, 10- nesnesitelný).

Klientka dokončuje obrázek z minulého sezení. Obrázek popisuje, jak hrad s houbami, postavy v následujícím pořadí: matka, klientka, její sestra a otec. Vzpomíná si, jak chodili v jejím mládí na výlety k hradům a zámkům a do lesa na houby.



Obr. 11: Kvinterno colour test paní A. ze sedmého sezení (formát A5)

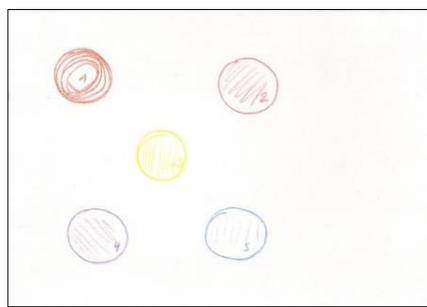


Obr. 12: „Matčin svět“ paní A. (formát A3)

8. sezení

Poslední sezení proběhlo po měsíční pauze (kapacitní důvody zařízení). Klientka udává stálou intenzitu hučení jako na posledním sezení. Během dne vnímá intenzivněji pravé ucho ale v tichu obě stejně. I když potíže trvají pořád, terapie hodnotí pozitivně.

Klientka vytvoří kvinterno colour test. Rozložím dosavadní tvorbu a pomocí diskuze nad tvorbou shrnuji metodicky společnou práci, se snahou podpořit klientku v další tvorbě. Samotnou tvorbu klientka vnímá jako relaxaci, odpočinek, návrat do dětství.



Obr. 13: Kvinterno colour test paní A. z osmého sezení (formát A5)

Charakteristika tvorby: celá tvorba má regresivní charakter, kdy klientka využívá často řazení objektů na základní linku (na obr. 5: „Adam a Eva“ se nachází linka země i linka nebe), převládá umístění objektů v prvním plánu. Objekty na obrázcích jsou řazeny vedle sebe nebo se objevují izolovaně od ostatních, překrývání klientka nevyužívá. Prostorovou hloubku řeší umístěním některých objektů výš, ale často bez kontextu se zbytkem obrázku (např.: levitující stromy na obr. 5: „Adam a Eva“).

Lidské figury jsou zobrazené značně schematicky, plošně. Jediný kontakt mezi nimi se objevuje na obr. 5: „Adam a Eva“, kdy jsou postavy natočeny z profilu a koukají se na sebe, jinak jsou zobrazeny z čelního pohledu, řazené vedle sebe. Často chybí obličejové postavy, nebo jsou postavy „skryté“ na obrázku (dítě v kočárku na obr. 7: „Matka a dítě“)

Z barev převládají modrá, zelená a světle hnědá. Žlutá se objevuje skoro výhradně v podobě slunce (ze začátku s obličejem, pak již bez obličejové a na posledních obrázcích zcela chybí). Černá barva je využita pouze jako kontura. Stíny zcela chybí. Velkou plochu

obrázků zabírá základní bílá barva čtvrtky. Barvy, které zcela chybí, jsou zejména červená a fialová.

Na některých objektech je možné pozorovat nejistou, „roztřesenou“ linku, např.: postavy na obr. 5: „Adam a Eva“, postava otce a domu na obr. 9: „Otcův svět“. Koruny stromů na obr. 5: „Adam a Eva“ jsou vytvořeny pomocí drobných barevných teček (může to být odkaz na nutkavé myšlenky) tím stromy budí dojem, že se kdykoli můžou „rozpadnout“.

V zobrazení moře, nebe a země, se objevují dynamické vlnící se linky (moře na obr. 2: „Mořská panna“, země na obr. 7: „Matka a dítě“, obloha na obr. 5: „Adam a Eva“ a na obr. 12: „Matčín svět“). V zobrazení kopce na obr. 5: „Adam a Eva“ pak vidíme plně roztočené kolo. (Zobrazení spirál se objevuje i u několika kvinterno colour testů, buď je to spirála, nebo spirálovité vybarvení kolečka)

V kvinterno colour testu převládá umístění koleček víc k levé strany čtvrtky, a ze začátku víc nahoru. Postupem sezení se kolečka dostávají víc na spodní hranu čtvrtky a mírně se od sebe roztahují. Při zpracování testu převládá přítomnost bílé, podkladové barvy papíru a kolečka často „zdobí“ klientka obličejem, kytičkami, sluncem, nebo přidává vzory do jednotlivých koleček.

Pracovní hypotézy:

1. Tvorba odkazuje na možnou emoční nezralost, která může být odkaz ve formě regrese, která se vztahuje na životní situaci (těžká nemoc matky), kterou klientka není schopná řešit jiným vzorcem chování.
2. V tvorbě se objevují odkazy na dynamiku psychických procesů, které naznačují subklinicky/ klinicky možnou psychopatologii (např. spirály u kvinterno colour testů nebo roztočení kopec na obr. 5: „Adam a Eva“)
3. Vztah k realitě ontogeneticky odpovídá období egocentrickému dle Kyzoura, schematickému dle Lowenfelda nebo názornému dle Piageta
4. V tvorbě se objevují infantilní rysy, např.: uchopení tématu prvoplánově schematicky, antropomorfismus (při vyobrazení slunce nebo i kvinterno colour testů), výčet stejných prvků (stromy zobrazené dle stejného schématu), difúzní

rozmístění objektů bez vzájemných vztahů, chybí promyšlená kompozice, transparentnost (moře na obr. 2: „Mořská panna“).

5. V tvorbě se objevují prvky organicity, zejména co se týče vedení linky, která je často přerušovaná (viz obr. 5: „Adam a Eva“- postavy), části jednotlivých objektů na sebe nenavazují (viz stromy na obr. 7: „Matka a dítě“ , prostřední postava na obr. 9: „Otcův svět“), neukotvenost jednotlivých předmětů vůči okolí (stromy na obr. 5: „Adam a Eva“, obr. 7: „Matka a dítě, obr. 9: „Otcův svět“)

U paní A. se v rámci terapií pracovalo z velké části prvoprocesově, do terapie nebyly zařazeny prvky art(psycho)terapie, vzhledem k regresivnímu charakteru tvorby a určité osobnostní „křehkosti“ v kontaktu. Klientka nebyla přístupná k tomu chápat obraz jako symbolický prostor a pokusy o interpretace nepřijímala. Terapii také brzdila nemotivovanost k domácí tvorbě, proto velkou část terapie zabíral prostor samotné tvorby. Samotný akt tvorby naopak klientka hodnotila pozitivně a v tom viděla prospěšnost arteterapie.

Opatrnost v terapii byla také podmíněna psychopatologickými prvky tvorby. Při nedostatku praktických zkušeností s touto klientelou autor viděl riziko maleficence direktivnějšího přístupu.

Podmínkou k dosažení výtvarného a terapeutického posunu by bylo pokračování v další terapii s aktivnějším přístupem klientky na základě upevnění terapeutického vztahu. K posunu by mohlo přispět využití techniky koláže (z časových důvodů nebyla tato technika použita u klientky), dále pak studií (stromy, figurativní studie), kde by si klientka mohla „trénovat“ realistické zobrazení objektů.

Kazuistika pána B.

Pán B. má 38 let, přichází na terapii s diagnózou tinnitus vlevo, cervikokraniální syndrom a bolestivý syndrom krční páteře. Potíže začaly před 9 měsíci, v období, které klient popisuje jako stresové (úmrť otce), pociťoval ze začátku napětí v oblasti šíje, a postupně se přidal tinnitus. (Týden před tím, co mu začalo pískat v uších, si mu stěžoval kolega v práci, že mu začalo v uších pískat). Teď tinnitus téměř permanentní, občasné pulzování a změny v intenzitě. Slyší vysoké tóny, pískání intenzity 4/10 (0- žádný zvuk, 10- nesnesitelný zvuk). Klientův cíl je snížení intenzity zvuku (počítá s tím, že to bude trvat i delší dobu), pokračovat v rehabilitaci, kterou již od začátku potíží jednou absolvoval v jiném zařízení.

Otec klienta (hudebník) zemřel nečekaně před 10 měsíci, už delší dobu měl špatnou životosprávu (alkohol, kouření). Ztráta klienta zasáhla, ale dle vlastních slov se snažil emoce utlumit. Matka je zdravá, žije na Slovensku. S otcem žili v jedné domácnosti, ale několik let už spolu nekomunikovali, byli „jako rozvedení“. Klient má mladšího bratra, který trpí depresemi, spolu se moc nestýkají.

Klient žije s manželkou a synem v předškolním věku. Vztahy s manželkou popisuje jako „špatné“. Syna mají oba rádi, a vnímá ho jako jediný důvod, proč jsou s manželkou spolu.

Před krátkou dobou klient měnil zaměstnání, kdy přešel z mezinárodní IT firmy, do menší firmy, která se zabývá hudbou a hudebními nástroji. Klient pracuje jako programátor v dané firmě, ale sám rád skládá hudbu pomocí počítače (na úrovni koníčku). Důvod změny práce byla stresová pracovní pozice u dřívějšího zaměstnavatele, s novou prací je spokojen (pozice, kolektiv).

Klient udává náchylnost horních dýchacích cest k infekci, a citlivou slezinu (lékařem internistou zhodnoceno, že potíže jsou psychosomatické etiologie).

Terapie probíhaly s odstupem jednou za týden až za dva týdny. Klient absolvoval 7 fyzioterapií (z čeho tři - 1., 2. a 5. u jiné fyzioterapeutky) a 4 arteterapeutická sezení. Během společných 4 sezení proběhla intervence fyzioterapeutická a arteterapeutická (v časovém rozložení 30 min a 30 min). V rámci prvního společného sezení byl vytvořen kontrakt (zaměřen na fyzioterapeutickou i arteterapeutickou práci) a byl podán

informovaný souhlas. (Klientovi byla doporučena tato „kombinovaná“ terapie kolegyní fyzioterapeutkou.)

Krátké shrnutí fyzioterapeutické péče: fyzioterapeutická intervence byla zaměřena na úpravu svalové dysbalance v oblasti horní poloviny trupu, krku a obličejové oblasti, na zlepšení držení těla během běžných denních činností, na zvýšení omezené pohyblivosti krční páteře a aplikaci ultrazvukové terapie na snížení svalového napětí v oblasti krční.

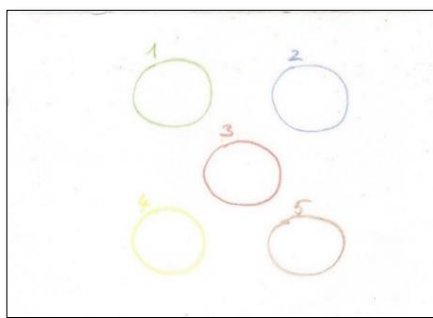
1. sezení

Klient vytvořil kvinterno colour test, následně začal pracovat na téma „Adam a Eva“. Začíná malovat strom, pak figury a následně zelenou zem. V reakci na metodické vedení domaluje horizont a barvy nebe („červánky“). Následně spojí ruce postav, které do té doby byly zobrazeny bez kontaktu (jak říká, uvědomil si, že by to tak mělo být). Během malby se rozovídá o tom, jak rád maluje a kreslí, že ho to baví, ale poslední dobu nemá na to čas. V minulosti absolvoval i několik kurzů kresby.

Když se ptám, co se děje na obrázku popisuje, že Adam a Eva jdou k jablku si ho odtrhnout. Pak se rozovídá o tom, že již 8 let mají problémy s manželkou, komentuje to slovy „ona moc řeší, a já jsem uzavřený“. Manželské problémy se snažili řešit již v manželské poradně, byli tam dvakrát, ale bez většího efektu.

Když se ptám, jestli by to byl jeho ráj, odpovídá, že jeho ráj by byl jako výhled z okna do zahrady, místo kam nemůže jít, je to jeho zavřené, chráněné, bezpečné místo.

Jako úkol na další sezení zadávám zpracování „Rodinné koláže“.



Obr. 14: Kvinterno colour test pána B. z prvního sezení (formát A5)



Obr. 15: „Adam a Eva“ pána B. (formát A3)

2. sezení

Klient přichází na sezení s hotovou koláží na téma „Rodinná koláž“. Požádám ho, aby začal popisovat koláž. On začne vyprávět o synovi, kterému je 5 let, a o problémech kolem jeho početí, kdy se s manželkou několik let snažili, pak nakonec podstoupili asistovanou reprodukci. Popisuje nátlak od manželky, která toto období nesla hůř. Dodává, že ona byla ta, která chtěla víc dětí, pak po narození naopak pociťuje změnu v přístupu manželky a větší orientaci na svojí kariéru.

Vyptávám se na situaci v původní rodině (popis výš). Manželka klienta má rodiče rozvedeny. Manželku charakterizuje jako chladnou, perfekcionistickou, komunikuje s klientem jako s dítětem, je „asexuální“ (popisuje, jak si ještě před manželstvím zaplatil erotickou službu, manželce se přiznal a pak chodili na manželskou poradnu a další potíže, jemu nevyhovující části z intimního života s manželkou). Jako jediné co je spojuje, vnímá syna, pro kterého oba dělají co nejvíc.

Na koláži se mezi rodičovským párem nachází děvče, ptám se jak to, že si tam nedal syna. Klient by chtěl další dítě, dceru, která by „kompenzovala chybějící ženství manželky“.

Stabilní „zázemi“ v životě má v práci, v muzice a v společnosti přátel. Společně nesdílí přátele s manželkou, protože se manželka s jeho kamarády pohádala.

Na další sezení zadávám tematický akvarel „Betlém“ a „Perníková chaloupka“.



Obr. 16: „Rodinná koláž“ pána B. (formát A2-B2)



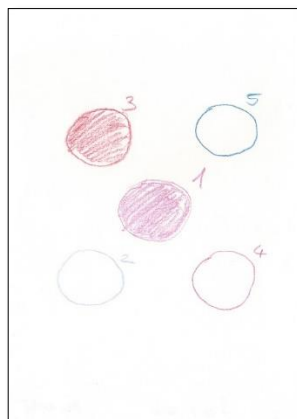
Obr. 17: Kvinterno colour test pána B. z druhého sezení (formát A5)

3. sezení

Klient udává, že se cítí víc uvolněný než před minulou terapií. Udává změnu frekvence pískání. Na sezení přinese obrázek „Perníková chaloupka“ a „Betlém“.

Obrázek „Perníková chaloupka“ popisuje následovně: chaloupka je prázdná, není v ní ani ježibaba, protože je na dovolené. Chaloupka je vytvořena marmeládovou zdí a

borůvkovou střešou. Děti (Jeníček a Mařenka) jsou na cestě a možná přijdou, ale možná taky ne. Pak dodává, že by si tady odpočinul (v chaloupce v lese).



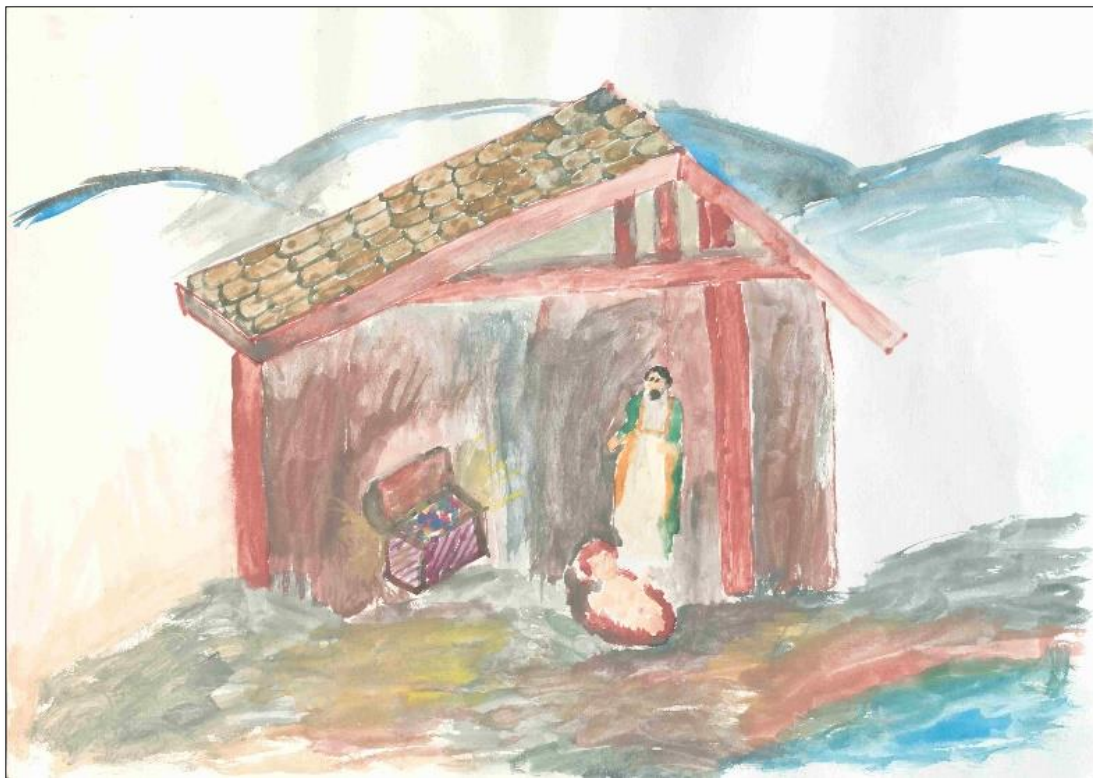
Obr. 18: Kvinterno colour test pána B. z třetího sezení (formát A5)



Obr. 19: „Perníková chaloupka“ pána B. (formát A3)

Obrázek „Betlém“ vytvořil na základě fotky, nestihl, ale vše z fotky namalovat, je tam Josef a Jezulátko. Na dotaz kde je Marie, říká, že si odskočila, že je možná za budovou. Josef hlídá Ježíška, čeká dary a vítá hosty. Dle něj by měl Josef vést a hlídat Ježíška, mít s ním soucit, Marie má s Ježíškem ještě větší pouto než Josef, a Ježíšek by měl být opečováván, měl by se slavit jeho příchod a radovat se z něj. Postavu Josefa obsazuje jako jeho samotného a Ježíšek by mohl být klientův syn. (Tady by bylo zajímavé obsazení naopak Josef- otec klienta a Ježíš- klient a v tomto duchu přemýšlet o projekcích, které k daným postavám klient řekl.)

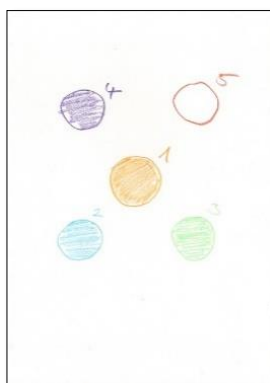
Na vytvoření doma klientovi zadávám tematický akvarel „Otcův svět“ a „Matčin svět“ a „Studenou koláž“. Klient říká, že téma „Matčin svět“ již zpracovávat nemusí, bylo by to stejné jako „Perníková chaloupka“.



Obr. 20: „Betlém“ pána B. (formát A3)

4. sezení

Klient udává tinnitus bez výrazných změn, intenzita přibližně 4/10. Přinese doma zpracované téma „Studená koláž“ a „Otcův svět“.



Obr. 21: Kvinterno colour test pána B. ze čtvrtého sezení (formát A5)

Na koláži obsazuje klient sebe jako běžce a manželku jako baletku, uprostřed mezi nimi jsou ideály, kam by chtěl směřovat. Svoje „ideály“ si poskládal z různých kousků, uprostřed pod hlavou ženy je mužské tělo a naopak, když se na to ptám, komentuje to, tím, aby oba byli propojení. Jako svůj „kompas“ (vpravo dole v rohu) nebo svého pomocníka popisuje svého rozvedeného kamaráda, s kým zvykne diskutovat o manželství a rozvodu. Je to téma, které klienta už delší dobu (na rovině myšlenek) zajímá.

Na koláži se objevují fragmenty obličejů se zdůrazněním očí. Tyto ženské pohledy se dívají přímo z koláže ven, jakoby pozorovaly, hlídaly, kontrolovaly. Mohou odkazovat na problematiku paranoidních tendencí nebo tematiku kontroly, kterou klient vnímá od okolí, nebo naopak, kontrola klienta nad okolím. K tomu tématu se může vázat také kontrola nad emocemi, kterou klient již verbalizoval, a to nejen situačně (ztráta otce), ale také v obecnější rovině vztahů v rodině. Tím, že se to objevuje na „Studené koláži“, klient sděluje „nelibost“ s tímto stavem. Tento konflikt ale řeší symptomem (tinnitem), na který také odkazuje v rámci koláže několikrát, a to odštíženými ušima většiny postav.



Obr. 22: „Studená koláž“ pána B. (formát A3)

Na obrázku „Otcův svět“ klient zobrazil láhve, kouřící cigarety a hudební nástroje v levé straně obrázku jako odkaz na otcův životní styl, který vedl k jeho předčasnému úmrtí. Na pravé straně je chaloupka, kam otec rád chodil, v pozadí je postava s kočárkem, kterou klient obsadil jako jeho samotného, v kočárku je mladší bratr (který je ovšem

mladší jenom o rok a půl, takže se nemůže jednat o reálnou scénu). Uprostřed je nahá ženská postava, kterou klient obsadil jako svoji matku. Když ho upozorním na zvláštnost, že matka je nahá na obrázku, rozpovídá se klient o tom, že otec měl spoustu milenek a během manželství matku několikrát podvedl. Tady pak přidává poznámku o tom, že je po otci, že i on manželku podvedl (viz výše).

Ve vyobrazení matky v podobě nahé ženy, která je bez úst, můžeme najít odkaz jednak na oidipovský konflikt, jednak na ranější orální období. V rámci nedořešeného oidipovského konfliktu pak nedošlo k identifikaci s otcem a zůstává nadměrná vazba na matku, která může být až ve smyslu závislosti na matce. Úmrtím otce se ten jako konkurent již dále ve vztahu s matkou neobjevuje. Tato nová konstelace ve vztahu (v situaci, když klient již je dospělý) mohla být důvodem jeho neurotizace. Situace závislosti na matce nedovoluje klientovi dospět k naplňujícímu vztahu s manželkou (klient očekává, že ta bude suplovat matku).



Obr. 23.: „Otcův svět“ pána B. (formát A3)

Předem kontraktovaný počet sezení klient absolvoval a informuji ho o tom, že je možné v další práci spolu pokračovat. Podporuji ho v tom, aby doma dál tvořil a vrátil se k tvorbě jako ke koníčku, který, jak na začátku uvedl, z časových důvodů nerealizuje. Klient váhavě přislíbí další spolupráci, od té doby se na další terapii nehlásil.

Supervize/ Bálintovská skupina modifikovaná pro arteterapii: v rámci předmětu Bálintovské skupiny modifikované pro arteterapii proběhla jedna supervize práce s klientem. Důvodem supervize byla podobnost v konfliktech řešených klientem a mnou (genderové role, partnerská tematika), které jsem vnímala v terapii jako pro mě omezující (a ovlivňující tím i klienta).

Charakteristika tvorby: Klient pracuje s prostorovou hloubkou využitím lineární perspektivy, kterou ale občas zvládá modifikací úhlu pohledu (jako by se na jeden objekt pohlíželo v stejný moment z více úhlů). Barevnou perspektivu využívá pouze v náznaku, je spíše pro něho charakteristická stejná intenzita barev po celé ploše obrázku.

Barevnost využívá posunutou k narůžovělým a k jedovatějším barvám. Barvy jsou často namíchané do špinavosti. Z barev chybí červená, žlutá (nejedovatá), černá (v stínech), oranžová, zelená (která by nebyla špinavá, nebo jedovatá). (V konečném důsledku jakákoli čistá, ale ne jedovatá barva.)

Lidské figury zobrazuje schematicky, až plošně. Jsou to jenom makety nebo náznak postavy. Chybí jim chodidla a ruce (kromě jedné- jedné ruky Adama a Evy z obr. 15: „Adam a Eva“).

Stromy zobrazuje jehličnany i listnaté. Jehličnany z pravidla s důrazem na špičatost větví a s tmavou, jedovatější zelenou. Listnaté stromy naopak skládá z menších tahů štětce (obr. 15: „Adam a Eva“), nebo až tečkováním (obr. 23: „Otcův svět“).

U domů a jiných staveb se objevuje detailní vyobrazování jednotlivých tašek na střeše (obr. 19: „Perníková chaloupka“, obr. 20: „Betlém“), nebo plotů, kolem domu (obr. 23: „Otcův svět“).

V kompozici převládá výhradně centrální kompozice. Přebývá důraz na první plán, kdy se druhý (obr. 20: „Betlém“) nebo třetí plán zcela vytrácí z obrázku.

V kvinterno colour testech ze začátku převládá bílá barevnost, postupně se přidávají dva odstíny růžovofialové (třetí sezení) a v posledním artefaktu se objevuje již více barev. Kolečka po celé období zůstávají více stažená k sobě, lehce se „otevírá“ prostor mezi kolečky na pravé straně.

Lpění na některých kompozičních řešeních a barevnosti v obrázcích odkazuje na stagnaci stavu a neochotu ke změně (odpor).

Pracovní hypotézy:

1. Nejistota ve vztahu, daná problematikou mužských a ženských rolí.
2. Práce s emocemi kontrolovaná, až manipulativní (kontrola nad sebou, ale i nad okolím)
3. Idealizované vnímání reality, proto problém přijetí reality. Vnímání jenom fragmentů, částí (které vyhovují) celku.
4. Problematika agrese a jejího vyjádření (vůči sobě vs. vůči okolí).
5. Snaha identifikace s otcem, kdy však tato identifikace je ambivalentní v tom, že by se měl identifikovat i se stínem otce (negativní aspekty). Tato slabá identifikace s otcovskou autoritou vede k hledání náhradních osob, s kterými by se mohl klient identifikovat. Klient se ale identifikuje také pomocí symptomu (tinnitus u kolegy a následně u klienta).
6. Odsouvání tématu ztráty otce (v komunikaci, ale také ve vyobrazení, obsazení postavy otce).
7. Produkce odkazuje na nedořešený vztah s matkou, problematiku separace (v komunikaci témata péče, pozornosti, oddalování se - sblížování se). Uspokojení potřeby péče a pozornosti očekává od manželky, u které (dle klienta) chybějící ženské aspekty vnímá kriticky.
8. Tenduje k neurotickým, nutkavým projevům v obrazech.
9. Selektce postiženého orgánu symbolicky odkazuje na osobu / ztrátu osoby otce, ke kterému se klient snaží i profesně přiblížit práci ve firmě, která se zabývá hudbou. Tím se sekundárně „zneschopňuje“, oslabuje ve výkonu profese, co může odkazovat/ vynucovat naléhavost péče, pomoci a porozumění (stejný symptom se jako první objevil u kolegy) od okolí.

Klient byl k verbální i non-verbální části arteterapeutické práce otevřený. I navzdory tomu, že sám na začátku terapie jako zadání formuloval vyrovnání se ze ztrátou otce, v terapiích se tomuto tématu vyhýbal. Skoro jakékoli téma hned sváděl

k problematice manželství (na toto téma vedl rád dlouhé monology, kde dopodrobna rozpitvával určité scény z manželství).

K větší úspěšnosti ve smyslu posunu (výtvarného i terapeutického) by byla potřeba delší spolupráce - proběhla pouze čtyři půlhodinová sezení arteterapie. A také dostat se přes odpor klienta k rodinné konstelaci v původní rodině. Manželskou problematiku tak používal jako náhradní problém, kterým zastíral původní konflikt. Na toto zastírání (vnímání reality) pak odkazuje i samotný symptom tinnitu (klientem vytvořený hluk zastírá, tlumí reální vjemy).

Kazuistika slečny C.

Slečna C. má 28 let, přichází na terapii s diagnózou tinnitus bilaterálně, funkční změny krční a hrudní páteře. Potíže začaly před 10 měsíci, ráno, poté co předchozí večer byla na diskotéce, kde byl veliký hluk. Zpočátku jenom porucha sluchu, následně se objevující tinnitus. Absolvovala audio vyšetření, rentgen páteře - vyšetření nevysvětlila příčinu potíží. Po několika pobytech v barokomoře se sluch vrátil, ani po dalších terapiích v barokomoře se ale tinnitus nelepšil. Na odstranění tinnitu dále podstoupila několik akupunkturálních ošetření, bez efektu. Nyní udává intenzitu tinnitu 3-4/10, horší v tichu před spaním. Občasně se objevující citlivost na hluk (při koncertech). Udává bolesti a ztuhlost v oblasti svalů krku, potíže zhoršuje nedostatečný spánek a stres. Od začátku potíží několikrát prodělala zánět močového měchýře. Klientčíným cílem je minimalizovat intenzitu tinnitu.

Klientka pochází z neúplné rodiny, svého otce nezná. Matka o otci skoro žádné informace neřekla, ani na dotaz klientky (klientka se obává toho, proč matka tají informace o otci, takže se raději na něj již neptá). Vychovávala ji a jejího o dva roky staršího bratra (od jiného otce) pouze matka. Bratr tragicky zemřel, když klientce bylo kolem 17 let (matka poté trpěla depresemi, klientka své emoce potlačila, před matkou neventilovala). S matkou popisuje vztah jako sesterský, svěřuje se jí, řeší s ní stresové situace (popisuje zejména abreakci emocí během rozhovorech s matkou).

Z rodiny má užší vztah s matčinou sestřenicí a její rodinou a babičkou z matčiny strany, která zemřela před měsícem (děda z matčiny strany zemřel, když byla klientka malá, byl těžký alkoholik). Kmotra klientky, s kterou měly dobré vztahy a která byla další (po babičce) z těch, kteří pomáhali její matce při výchově klientky a jejího bratra, umřela před rokem.

Klientka je svobodná, bezdětná, žije sama. Má přítele krátkou dobu (několik měsíců). Partnera vnímá spíše, jako nevyhovujícího, dětinského a neplánuje s ním dlouhodobý vztah.

Klientka vystudovala konzervatoř a následně hudební pedagogiku. Hraje na harfu a flétnu. Má několik žáků, které vyučuje soukromě, jedná se o pár hodin týdně. Dále pracuje jako obchodní zástupce v menší firmě. Pracovní kolektiv, v kterém pracuje, tvoří starší kolega a jejich společný nadřízený. Stěžuje si na vztahy se starším kolegou. Jejich vztahy popisuje jako kamarádké až sourozenecké (jako se starším bratrem), ale poslední

měsíce mají „ponorku“. Se šéfem vychází dobře, on se ale ve firmě osobně moc nezdržuje, komunikují spolu přes telefony a maily.

Během života vážněji nestonala. Klientka je alergička, v minulosti měla méně závažné gynekologické potíže.

Terapie probíhaly s odstupem jednou za týden, s tím, že z deseti sezení proběhlo pět hodinových sezení zaměřených na fyzioterapii a pět hodinových sezení zaměřených na arteterapii. V rámci prvního společného sezení byl vytvořen kontrakt (zaměřen na fyzioterapeutickou i arteterapeutickou práci) a byl podán informovaný souhlas.

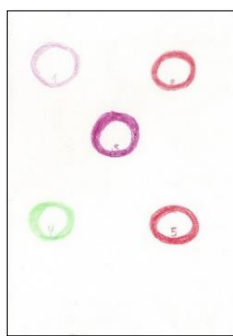
Krátké shrnutí fyzioterapeutické péče: fyzioterapeutická intervence byla zaměřena na úpravu svalové dysbalance v oblasti horní poloviny trupu, krku a obličejové oblasti, na úpravu funkce čelistního kloubu a úpravu asymetrie trupu (ve smyslu lehkého skoliotického zakřivení, zejména dolní poloviny trupu).

1. sezení

Klientka si vybírá z témat „Adam a Eva“ a „Loutkové divadlo“ první. Během malby odebírá anamnézu.

Po dokončení obrazu klientku napadá, že mohla namalovat jablko jako zelené. Na obrázku jde Eva pro jablko, Adam ještě může zasáhnout. Dvě postavy na obrázku jakoby projíždí vedle sebe, bez jakéhokoli kontaktu nebo interakce. Klientka to komentuje tak, že původně měla být postava Evy Adamem, ale během malby změnila záměr.

Otázky pro klientku na zamyšlení: Proč/ v čem je dobré mít Adama a Evu v zimě, chladu? Proč nevidíme Evě do obličeje? Dále klientka dostává za úkol doma vytvořit „Rodinnou koláž“.



Obr. 24: Kvinterno colour test slečny C. z prvního sezení (formát A5)

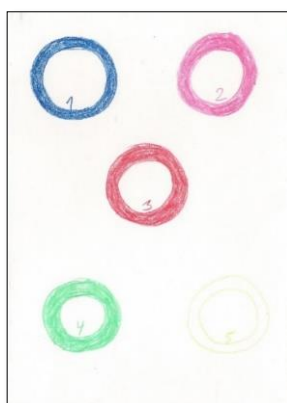


Obr. 25: „Adam a Eva“ slečny C. (formát A3)

2. sezení

Od minulého sezení arteterapeutického se objevily bolesti pravé čelisti, velké intenzity, od brady až k uchu. Nyní bolesti čelisti mírnější, ustupují, tinnitus beze změny.

Na sezení přináší „Rodinnou koláž“. Po krátké diskuzi nad obrázkem klientka udává, že zadání „nepochopila“, protože nevytvořila koláž své rodiny, ale její „představu rodiny“. Nechám, aby klientka popsala svůj původní záměr a příběh ke koláži, následně pak s ní pracujeme jako s koláží „Rodinnou“ vztaženou na její rodinu.



Obr. 26: Kvinterno colour test slečny C. z druhého sezení (formát A5)



Obr. 27: „Rodinná koláž - představa rodiny“ slečny C. (formát A3)

Na obrázku popisuje klientka rodinnou oslavu, kde je všeho dost (stůl vpravo dolů) - důraz klade na přítomnost alkoholu. Samu sebe obsadila do dvou pozic, jako postavu blondýnky, která sedí uprostřed obrázku a jako muzikantku, která hraje pro zbytek rodiny, vpravo nahoře v rohu. Vedle sebe vpravo nahoru obsadila muže jako přítele své matky. Matka klientky se nachází pod přikreslenýma nohama muzikanta s kytarou. Kolem stolu pak obsazuje sestřenici, bratrance a jejich partnery, kamarádky. Jediná neobsazená postava zůstává mladší mužská postava ze skupiny tří postav kolem matky (možný odkaz na bratra klientky).

Na koláži jsou jednotlivé postavy umístěny izolovaně, nebo vedle sebe, ale bez větší interakce, resp. kde interakce je, tam je skupinka osob vystřižená v celku. Osoby se navzájem nevnímají, neslyší (možný odkaz na symptom).

To, že klientka sebe obsadila v dvou pozicích, může odkazovat na okruh konfliktů ohledně vlastní identity řešených ontogeneticky v období puberty. Na nezralost v emoční rovině může odkazovat i barva pozadí, která je až fluorescentně světle zelená (vytvořená zvýrazňovačem - i symbolicky zvýraznění, zdůraznění tematiky). Jednotlivé postavy jsou na tomto pozadí zejména v černém (další možný odkaz na období puberty) nebo bílém a šedém oblečení.

Dvě podoby, se kterými se klientka identifikuje na obrázku, mohou odkazovat na rozpor mezi přáním a realitou. Vzhledem k věku a vzhledu by klientka byla blíže k ženě v pravém horním rohu, a tím atributy postavy (zralost - osoba starší než je klientka teď, sebevědomí) blondýnky na koláži by mohly odkazovat k jejímu přání.

Zajímavý objekt v podobě grilu, který je umístěn vlevo v dolním rohu, který by (na můj dotaz) přivlastňovala sedící blondýně uprostřed obrázku (kterou obsadila jako sebe). Tento objekt, který má dvě velké uši, jakoby napadal, chtěl požrat skupinu kolem stolu.

V druhé části sezení si klientka vybírá mezi tématy „Perníková chaloupka“ a „Šípková Růženka“ první. Během práce ji dávám metodické instrukce ohledně použití vody, barevné a vzdušné perspektivy.

K obrázku vypráví verzi pohádky, v které se děti ztratí, Jeníček vyřeší situaci a zachraňuje Mařenku. Na obrázku je pohádka ve fázi, kdy děti i ježibaba jsou uvnitř chaloupky, ale ještě jedí perníky a myslí si, že jsou v bezpečí.

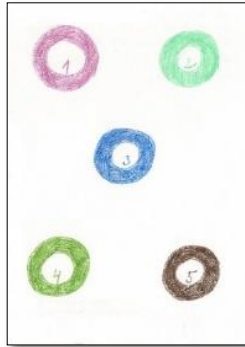


Obr. 28: „Perníková chaloupka“ slečny C. (formát A3)

Na další sezení zadávám klientce k domácímu vypracování témata „Loutkové divadlo“ a „Šípková Růženka“.

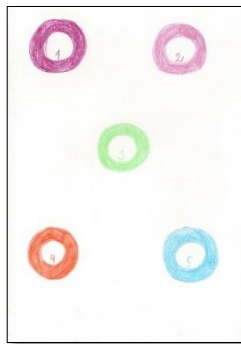
3. sezení

Na dalším sezení, kdy jsme měli domluvenou fyzioterapii, klientka přichází s tím, že se cítí špatně, protože se chce rozejít s přítelem. Doma jí napadlo, že si udělá kvinterno colour test, ale zapomněla. Nabízím jí, aby si ho namalovala na sezení s tím, že na příštím arte sezení bychom se víc mohly zabývat tímto tématem. Co se týče tinnitu, udává zlepšení (3/10), i když je unavená a je ve stresu (což jí běžně potíže zhoršuje).



Obr. 29: Kvinterno colour test slečny C. ze sezení fyzioterapeutického (formát A5)

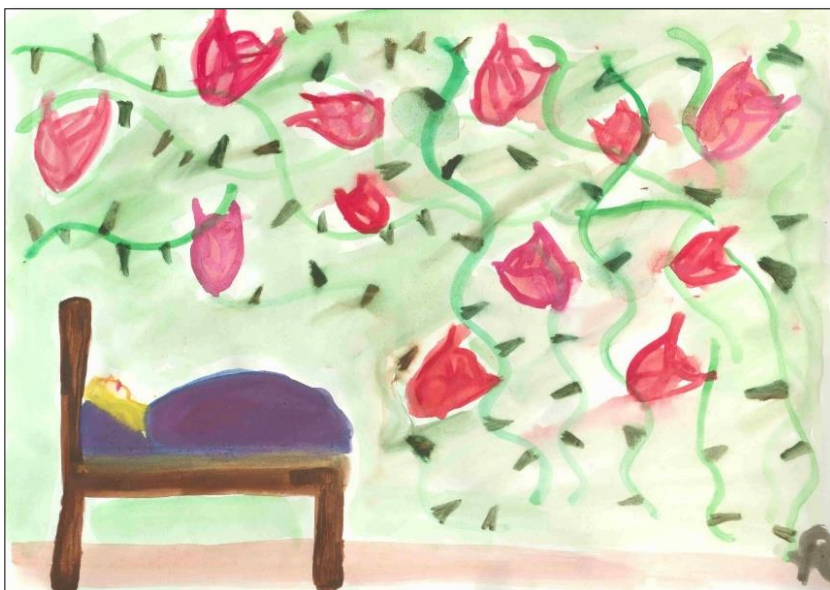
Na třetí arteterapeutické sezení klientka přichází s tím, že se s přítelem zatím nerozešla, protože ten má teď ve škole stresové období, a počká si na to, aby skončil školu. Co se týče tinnitu, udává zhoršení intenzity oproti minulé terapii.



Obr. 30: Kvinterno colour test slečny C. z třetího sezení (formát A5)

Klientka sebou přináší obrázek „Šípková Růženka“ a „Loutkové divadlo“.

Obrázek „Šípková Růženka“ popisuje klientka následovně: Růženka spí a čeká na prince, který už je na cestě. Šípkové Růžence odhaduje kolem 20 let (klientka kolem 20 let byla po dlouhém a dobrém partnerském vztahu). Kolem jsou růže s velkými ostny, které dle klientky „jsou důležité“. Klientka vypráví verzi příběhu, kde se Růženka píchne o trn v zahradě (ovšem na obrázku je v místnosti a v posteli). Růženka je přikrytá fialovou přikrývkou, pod ní má růžové šaty.



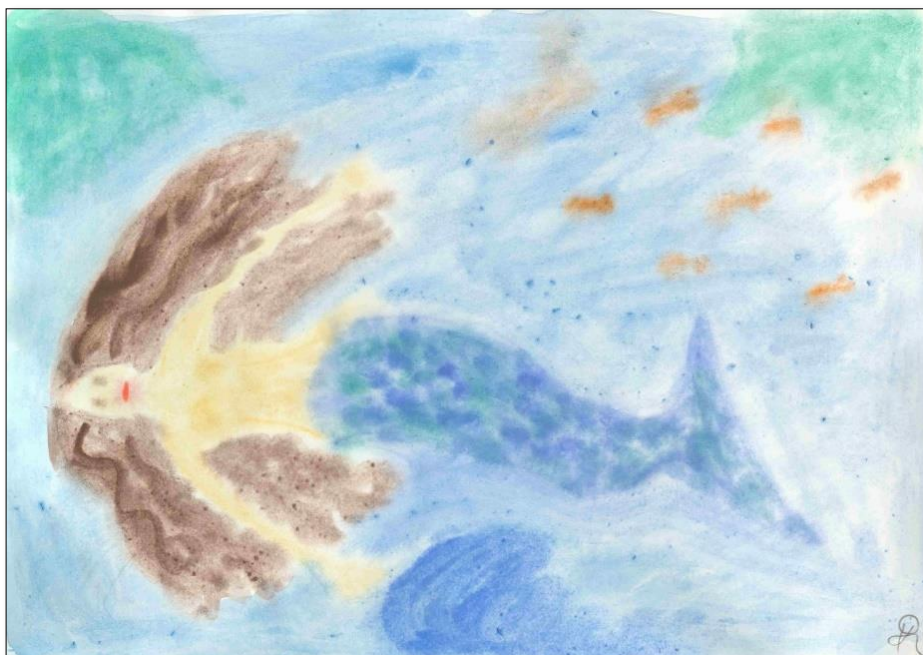
Obr. 31: „Šípková Růženka“ slečny C. (formát A3)

Na obrázku „Loutkové divadlo“ je vyobrazen šašek, král a princezna, nad nimi průhledné ruce loutkaře. Pohádka, kterou loutkař hrá, je „o princezně, které vzal král korunku a šašek se ho snaží rozveselit, na konec vše dobře dopadne“. Klientka obsazuje šaška jako jednu její kamarádku, krále jako matku klientky a princeznu jako ji samotnou, loutkařem by pak byl její šéf.



Obr. 32: „Loutkové divadlo“ slečny C. (formát A3)

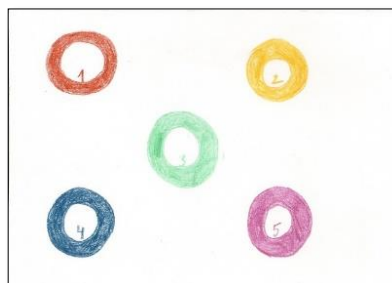
V druhé části sezení klientka maluje obrázek na téma „Mořská panna“. V rámci metodických instrukcí jí znova vysvětlují funkci vody, vzdušné, barevné a lineární perspektivy. Klientka jako téma na domácí zpracování dostává „Studenou koláž“.



Obr. 33: „Mořská panna“ slečny C. (formát A3)

4. sezení

Klientka na další fyzioterapii přichází s tím, že se s přítelem rozešla. Cítí uvolnění krční páteře, tenzi v oblasti čelisti, tinnitus beze změny.



Obr. 34: Kvinterno colour test slečny C. z fyzioterapie po rozchodu s přítelem (formát A5)

Na čtvrtém sezení arteterapeutickém klientka udává zlepšení tinnitu. Na sezení přichází s vypracovanou „Studenou koláží“.

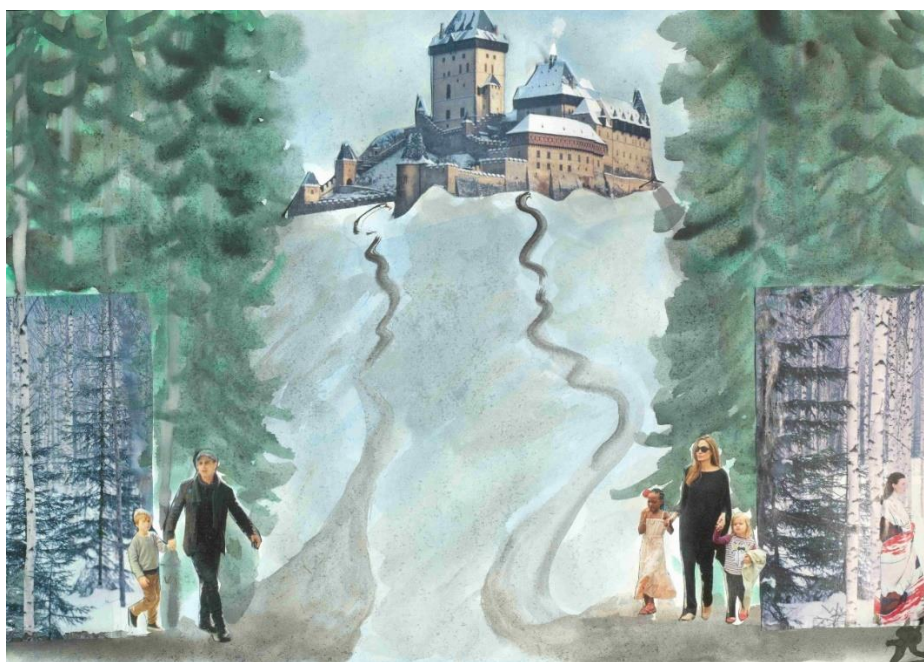


Obr. 35: Kvinterno colour test slečny C. ze čtvrtého sezení (formát A5)

O koláži vypráví, že je o rozchodu s přítelem. Na hoře je zámek, kam oba směřují (postava muže vlevo a ženy s dětmi vpravo), ale každý jde zvlášť a v zámku se uvidí, jestli budou spolu, nebo ne. Ženská postava vpravo v rohu je pokušitelka, nebo poradce. Na dotaz co, je v lese, klientka odpoví, že chaos, je tam to, co by se v zámku mělo rozřešit.

„Chaos“, který přisuzuje muži v podobě otázek je „jestli ho (žena) akceptuje“, a „jestli bude mít děti“. U ženské postavy jde o otázky, „jestli je dobrý manžel, muž“. Při obsazování se klientka obsadí v pozici muže a přítele naopak ženy (s dětmi). Jako výhody mužského pohlaví vidí v samostatnosti a že se muž nemusí odvděčit. Nevýhody ženské role vidí v tom, že se musí starat (o muže), výhody naopak v tom, že se jí přizpůsobuje (partner).

Na konci sezení zadávám na domácí rozpracování témata „Matčin svět“, „Ledová královna“ a „Já, partner a jeden z rodičů“. Klientce dále navrhu, že jestli bude mít chuť, může udělat novou „Rodinnou koláž“ (předtím „nepochopila“ instrukci).

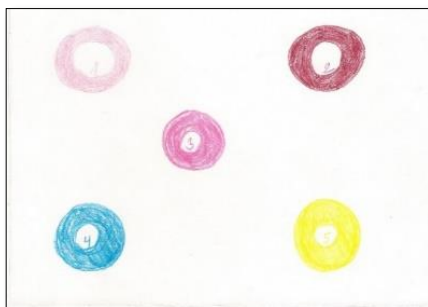


Obr. 36: „Studená koláž“ slečny C. (formát A3)

5. sezení

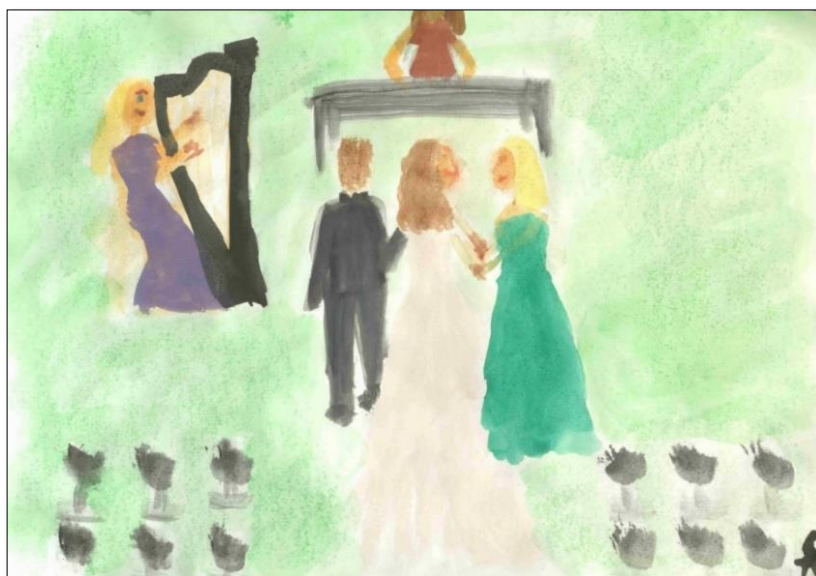
Klientka na poslední plánované sezení přichází se zhoršením potíží, udává intenzitu tinnitu 5/10. Říká, že nechápe proč, nevnímá žádnou stresovou událost, která by mohla potíže dle ní zhoršit (je to poslední plánovaná terapie, která by znamenala loučení

se, konec terapeutického vztahu). Na začátku terapie klientku obeznámím s podmínkami další spolupráce, které přijímá, a domluvíme se na pokračování v terapiích.



Obr. 37: Kvintetno colour test slečny C. z pátého sezení (formát A5)

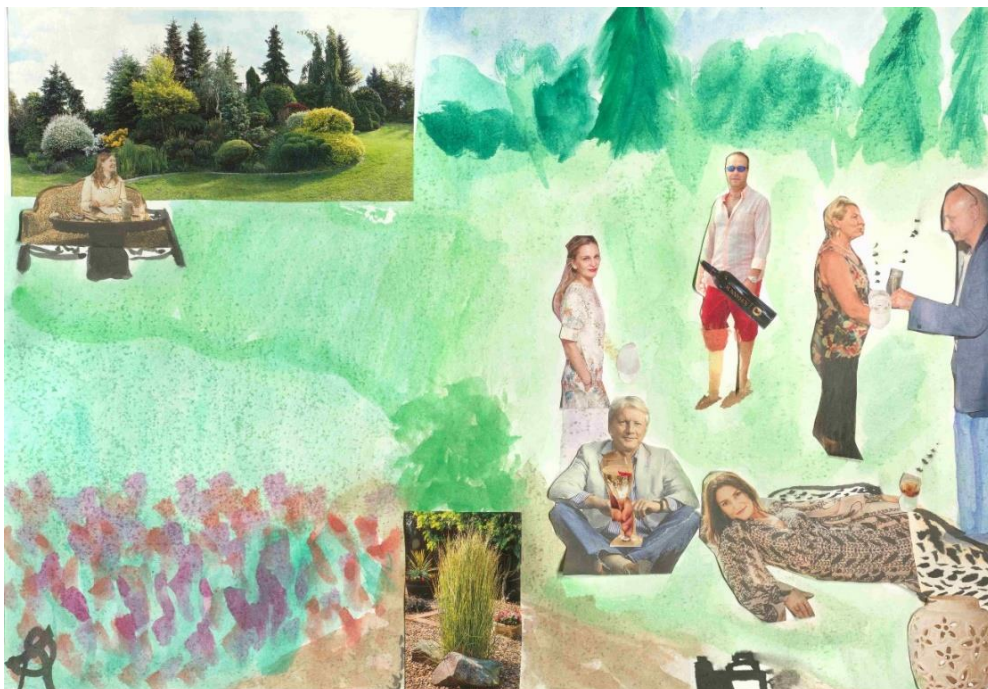
Klientka obrázek „Já, partner a jeden z rodičů“ komentuje jako „planetu opic“. Není spokojená s provedením postav, které jsou z profilu. Uprostřed v bílém šatu je ona, vedle ní zprava její matka, zleva ženich, na harfu hraje její kamarádka, a nahoře osoba, která se do formátu nevešla, je oddávající. Vpředu černé objekty jsou hlavy dalších členů rodiny. Záměr klientky byl, ten, že vyobrazí, jak ji její matka odvádí k oltáři a ještě jí něco říká, ženich stojí vedle ní a čeká na ni, s tím, že jí nastavuje ruku.



Obr. 38: „Já, partner a jeden z rodičů“ slečny C. (formát A3)

„Rodinná koláž“ zobrazuje rodinnou oslavu, přesněji scénu focení se v zahradě. Vlevo nahoře je sestřenice matky klientky, vpravo dole ležící postava je klientka. Z levé strany je muž matčiny sestřenice a z pravé strany matčin přítel, starší ženská postava je klientčina matka, zleva vedle ní bratranec a zleva vedle neho jeho přítelkyně. Všichni

mají v rukou sklenici s alkoholem nebo lahev. Černý „popel“ nad třemi skleničkami (klientky, matky klientky a přítele matky) mají zobrazit bublinky z pití.



Obr. 39: „Rodinná koláž“ slečny C. (formát A3)

Na obrázku „Matčín svět“ je zobrazena scéna u chaloupky, kde klientka leží uprostřed obrazu na jeho spodní linii (na obrázku se sama sobě líbí, protože si namalovala „dobrou postavu“), klientčina matka je vpravo, obklopená květinami, a vlevo přítel klientčiny matky (o 12 let mladší než matka), dále kolem pobíhají psi. Na můj dotaz klientka jako pozitivní stránky matčina přítele udává, že je pozorný a pomáhá matce. Naopak jako negativa popisuje neschopnost a nesamostatnost, že mu její matka nahrazuje vlastní. Tento vztah dává klientka do paralely s vlastním předchozím vztahem.



Obr. 40: „Matčín svět“ slečny C. (formát A3)

Zvláštním prvkem celého obrázku je antropomorfní dům, celou svou šíří blokující další plány, ale částečně splývající s oblohou (dáno volbou barvy). Pomocí obráceného použití perspektivy, působí schody (klientka je takto označila), které jsou před domem, spíše jako ukončení v komiksech používajících bubliny, kde jsou zobrazeny myšlenky jednotlivých postav. Tady by to vypadalo, že klientka si sama vytváří blok v dalším výhledu pomocí domu (bráno symbolicky).

Figura „Ledové královny“ je kompozičně nejvýraznější, v pozadí jsou pouze naznačené rampouchy, které jsou v jeskyni, kde se postava nachází. Postavu klientka popisuje jako zlou, která chce zničit celý svět, zmrazit ho.

Obrázek by výtvarným ztvárněním odpovídal období schematickému (malování princezen). Barevnost obrázku by mohla odkazovat k deprivacnímu potenciálu mateřské autority.



Obr. 41: „Ledová královna“ slečny C. (formát A3)

List obtíží: V další části sezení klientka vytvořila list obtíží (viz. příloha č. 2). Klientka dále dostala instrukci, aby si vybrala jednu obtíž z listu, a aby bez rozmýšlení rozmístila 10 figur (kaštanů) na místa v rámci své výtvarné produkce, které si myslí, že s danou obtíží souvisí.



Obr. 42: Rozložení 10 figur na produkci (obrázek „Adam a Eva“, „Mořská panna“, „Studená koláž“, „Ledová královna“, „Já, partner a jeden z rodičů“, 5 kvinterno colour testů: 1. barva - červená, 2.- 4. barva - tmavě modrá, 5. barva - světle modrá)

Klientka si z listu obtíží vybrala záněty močového měchýře a rozložila figurky na dvě mužské postavy (v oblasti pánve), a to na Adama a posatvu ženicha, dále kolem (do

modrého pozadí) ženských postav Mořské panny a Ledové královny, na „Studenou koláž“ také do modré (světle) oblasti, a na kvinterno colour testech na modrá kolečka a na jedno červené kolečko. Svůj výběr odůvodnila tím, že chlad a zima jí zhoršují potíže, také své potíže dává do souvislosti s problémy s mužstvem a mužským pohlavím (partnerství), a červenou barvu jako symbol „ženských věcí“.

Charakteristika tvorby:

Klientka zobrazení prostoru kompozičně řeší vysoko postaveným horizontem, nebo výhled „zazdí“ objektem (chaloupka- obr. 40: „Matčin svět“, obr. 28: „Perníková chaloupka“, pásem rostlin obr. 31: „Šípková Růženka“, obr. 39: „Rodinná koláž“ - 2. verze) nebo obrázek řeší výrazným prvním plánem, kde pak pro prostor není místo (obr. 33: „Mořská panna“, obr. 41: „Ledová královna“). Objekty působí plošně, bez objemu. Kompozice často působí dojmem nedostatečné velikosti formátu (obr. 28: „Perníková chaloupka“, obr. 38: „Já, partner a jeden z rodičů“).

Klientka preferuje spíš chladnou barevnost, s nadmírou světle modré anebo zelené barvy. Dále často používá světle hnědou až oranžovou, a fialovou barvu. Červenou barvu nahrazuje oranžovou, růžovou anebo ružovofialovou barvou, černá i žlutá barva se objevují izolovaně.

Lidské postavy zobrazuje plošně, střídá en face zobrazení a profily. Objevují se i schematicky pojaté postavy nebo postavy neidentifikovatelného pohlaví (obr. 31: „Šípková Růženka“, obr. 32: „Loutkové divadlo“, obr. 33: „Mořská panna“).

Stromy jsou zobrazeny buď holé (obr. 25: „Adam a Eva“), nebo v schematické houštině (obr. 36: „Studená koláž“, obr. 39: „Rodinná koláž“ - 2. verze). Při vyobrazení růží klade důraz na zvýraznění trnů a pupenů.

Zajímavá je schematizace rampouchů, na obr. 41: „Ledová královna“, které připomínají ostré kopce nebo zuby z tlamy zvířete. Také schematizace davu na obr. 38: „Já, partner a jeden z rodičů“ v nejasné černé fleky.

U témat obr. 28: „Perníková chaloupka“ a obr. 31: „Šípková Růženka“ klientka lpí na některých detailech (perníky, trny) a několikrát vedle sebe vykresluje stejný motiv.

Při zpracování koláží klientka „nepochopí“ instrukce (obr. 27: „Rodinná koláž“), nebo je nedodrží (přemíra malby nad samotnou technikou koláže). „Nenalézá“ vhodné objekty k výstavbě obrazů, raději si obraz sama dotváří a doplňuje pouze vystřižené figury. Tím vytváří artefakt na pomezí mezi malbou a koláží, kdy kritické momenty ve výstavbě obrazu (lidská postava) řeší náhradním způsobem (výstřižkem). Tím efektu dosáhne bez větší námahy.

V provedení kvinterno colour testů se objevuje barevné rámování bílého středu (který se ke konci zmenšuje, čímž převládá postupně více barva). Nejčastější barva je růžová a fialová, dále modrá a zelená, občas hnědá, a ke konci se objevuje i žlutá. Formát klientka střídá. Rozložení koleček je mírně blíže k hornímu kraji papíru.

Pracovní hypotézy:

1. Chybí vymezení se vůči mužské autoritě, nebo je emočně nezralé (dané rodinnou konstelací), což pak ovlivňuje partnerské vztahy a vnímání mužských a ženských rolí.
2. Nejistá perspektiva budoucnosti, daná neukotveností v realitě, i ve vztazích.
3. Vztah k realitě charakterizován převahou iluzí (iluzivnost, ale bez zvládnutí perspektivy v tvorbě).
4. Nejisté vymezení v ženských a mužských rolích, dané i rodinnou konstelací (matka v původní rodině musí zastávat obě role).
5. Tvorba odkazuje na deficit ve zpracování agresivních tendencí.
6. Blok v emocích po ztrátě blízké osoby v minulosti a následná „retraumatizace“ v blízké minulosti ztrátou dalších blízkých osob (kumulace v posledním roce).
7. Tendence k neurotickým, nutkavým projevům ve tvorbě.
8. Odkaz na pubertální období (v kontaktu i v tvorbě). V tomto období začínala u klientky profesní orientace na oblast hudební produkce. Tinnitus jako symptom může odkazovat na nedořešení konfliktů této životní etapy a nutnost návratu nim.

V dalších terapiích by bylo cílem klientku směřovat k tvorbě kvalitou odpovídající obr. 36: „Studená koláž“, s tím, aby se však v kompozici vyvarovala zarděným výhledům (tento posun, by byl symbolicky důležitým).

Diskuze

První částí diskuze se vrátí k hypotézám, a na základě výše popsaných zjištění zhodnotí jejich správnost a platnost (i když na základě omezeného vzorku nemůžeme předpokládat jejich širokou a obecnou správnost nebo nesprávnost). Druhá část bude pojednávat o úskalích a dalších zjištěních praktické části práce.

Hypotéza 1.: Ve výtvarné tvorbě jedinců s tinnitem se objevují určité znaky (použitá barevnost, kompozice, výstavba prostoru, zobrazení objektů, ...), které jsou pro ně charakteristické, a proto se budou objevovat ve tvorbě více jedinců obdobně.

Při pohledu na výše uvedenou produkci tří klientů je největší podobnost v provedení kvinterno colour testu, kdy je nejčastější použitou barvou bílá, dále růžová nebo růzovofialová, resp. se objevují „nestandardní“ řešení v podobě vykreslování a tlustého rámování jednotlivých koleček.

Aby se vyloučila možnost špatného zadávání testu, několikrát (vždy stejným způsobem dle výše popsaného zadání) bylo provedeno zadání testu kontrolním skupinám (bez psychosomatických potíží), kde se výše popsané fenomény v provedení neobjevily.

Častá je také slabá intenzita použitých barev nebo ponechání bílé barvy papíru. Převaha bílé barvy může poukázat na manipulační tendence, kdy se pomocí symptomu manipuluje s okolím. Také by to mohlo být odkazem na alexitymické rysy, na což by také poukázala úzká škála využívaných barev.

Koncentrace objektů v prvním plánu s chybějícím druhým nebo třetím plánem. Koncentrace na téma, bez širších kontextů. Vystavování idejí, nastavování objektů, často bez vzájemných vztahů.

V produkci chybí červená, která je nahrazována růžovou nebo oranžovou. Černá je použita buď izolovaně, nebo se ní špiní do šedivé ostatní barvy. Hnědá a žlutá je použita v tónech světlých až průhledných, nebo špinavých. Převažuje použití chladných barev, jako (světle nebo jedovatě) zelená a modrá, dále růžová a fialová.

V produkci se objevují odkazy na potlačené agresivní tendence, které mohou směřovat proti okolí nebo proti subjektu. Při nemožnosti vyjádřit tyto tendence proti okolí se může směřování této energie projevit vůči subjektu, a tím posílit vznik symptomu.

Hypotéza 2.: Tyto nalezené společné znaky odkazují na psychosomatickou etiologii potíží, v našem případě tinnitu.

Kromě výše popsaných společných znaků ve výtvarné tvorbě se objevilo i několik podobných životních situací (z minulosti i v přítomnosti) u klientů.

U všech klientů je přítomný ambivalentní vztah k matce v podobě snahy se od ní vzdálit, ale zároveň přiblížit (problematika separace). Objevuje se u nich přání o bližší a intenzivnější vztah, ale také se od nich fyzicky vzdalují o několik set kilometrů (až do jiného státu).

Klienti pocházejí z neúplných, rozvedených, nebo (na ně) rozvedeně působících rodin. Tato zkušenost u dvou z klientů se promítá do jejich partnerského vztahu v intenzivní, opakující a vracející se řešení partnerské problematiky a nespokojenosti s partnerem.

U dvou klientů se objevily v rodině (u otcovských osob) problémy s alkoholem. Tyto problémy nepopisují jako invazivní pro vlastní osobnost, ale na několika obrázcích se u nich objevují odkazy na alkohol a pití alkoholu.

U dvou klientů se symptom objevil po úmrtí blízké osoby v rodině. U třetí klientky se objevil symptom v období těžké nemoci blízké osoby, která je provázaná strachem ze ztráty. U všech klientů se objevují nebo tato událost vyvolala hypochondrické obavy o svoje zdravý.

Dva ze tří klientů se intenzivně zabývají hudbou ve smyslu tvorby vlastní hudby, resp. výuky hudby. Je to jejich koníček a z části oblast výdělku. Tinnitus je v běžném životě omezuje více než běžnou populaci. Toto může být důvodem, systémového výběru potíží, důvodem proč se psychosomatické procesy odráží na sluchu a uších.

Hypotéza 3.: Na základě pokračující arteterapeutické práce dojde ke změně určitých komponent, prvků tvorby, podmíněno metodickým vedením a (arte)psychoterapeutickým charakterem práce.

Vzhledem k poměrně krátké spolupráci s jednotlivými klienty k výraznějšímu posunu v tvorbě nedošlo.

U paní A. se v rámci terapií pracovalo pouze prvoprocesově, tj. *art as therapy*, do terapie nebyly zařazeny prvky art(psycho)terapie, vzhledem k regresivnímu charakteru tvorby a určité osobnostní „křehkosti“ v kontaktu.

Hypotéza 4.: Paralelně se změnou ve tvorbě dojde ke změně v symptomu (tinnitu).

Během terapií došlo ke kolísání (směrem pozitivním i negativním) projevů symptomu, což dva ze tří klientů hodnotili pozitivně, oproti předchozí stálosti projevů. Nedá se ale říct, že absolvováním arteterapie by došlo k jednoznačnému pozitivnímu ovlivnění potíží. Tento fakt je dán charakterem terapie, počtem absolvovaných terapií a časem, který byli klienti v terapii (1- 3 měsíce).

Souběžnost terapií fyzioterapeutického a arteterapeutického charakteru je ve smyslu multifaktoriální teorie *lege artis*. Co přináší etické dilema, je ale poskytovat tuto péči jednou osobou, tj. přítomnost doteku v (psycho)terapeutickém vztahu. Dotek je u mnoha psychoterapeutických škol „zakázán“, ale najdeme i několik škol, které s dotekem přímo pracují (např.: Wilhelm Reich a jeho vegetoterapie, Pесо-Boyden psychomotorická terapie). Odůvodněním proti použití doteku v terapii bývá jeho možný sexuální charakter nebo interpretace.

Již v rámci získání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání fyzioterapeut se tento aspekt doteku ošetřuje. Během výuky a získání dalších kvalifikací probíhá neustálá edukace a kontrola vhodného využití doteku a vědomé cílení každého kontaktu s tělem pacienta. (Na pracovišti, kde byla praktická část práce provedena, se pravidelně uskutečňují kazuistická setkání a supervize, kde je možnost mimo jiné řešit i výše popsané aspekty vztahu s klienty a vhodně ošetřit určité situace.)

Během práce se (minimálně z pohledu terapeuta) osvědčilo oddělení terapií na setkání čistě arteterapeutické a čistě fyzioterapeutické, než absolvování obou typů terapie v rámci jednoho sezení.

Dalším úskalím v práci s lidmi se psychosomatickým onemocněním je motivace k arte(psycho)terapii, která je založena (jak bylo psáno již v úvodu) na dualismu vnímání své osoby ze stránky biologické a psychické. Dle vlastních zkušeností je ochota k absolvování i arteterapeutických sezení (mimo fyzioterapeutických) kolem 10 - 15% u lidí s tinnitem, i když již absolvovali několik předchozích vyšetření, a často i předchozí fyzioterapie bez efektu.

Ovšem i klienti, kteří souhlasí s arteterapeutickou intervencí, v průběhu terapie pak mohou být rezistentní arteterapeutovým snahám o náhled a posun v terapii. Tady jde zejména o primární zisk ze symptomu, kdy je pro klienta jednodušší manipulace (s okolím i terapeutem) přes symptom než změna k vyspělejší formám řešení konfliktů. Tato situace komplikuje terapii, zejména když není terapeutem rozpoznána a vhodně pojmenována, tím si i klient může uvědomit tyto své (do té doby zejména) nevědomé tendence k odporu v terapii.

Klienti kromě tinnitu také prodělali epizody akutních nebo chronických bolestí zad (zejména krční oblasti). Jak to uvádí Poněšický (2012), u bolestí zad je často příčinou vnitřní konflikt mezi pocíťovanou agresí, zlostí a nespokojeností, a jak tyto afekty ventilovat, projevovat. Tento vnitřní konflikt má vliv na svalové napětí, které se zvyšuje. Jako vhodnou terapii doporučuje hlubině orientovanou terapii, protože absolvováním relaxačních procedur se tento konflikt ještě prohlubuje. Behaviorální psychoterapií se klient učí relaxovat sám, tj. potlačovat, co může posilovat jeho neurotickou úzkost.

Z pohledu bioenergetiky zvýšené napětí v oblasti krku a obličeje je způsoben kontrolou agresivních impulzů. V oblasti obličeje jde o kontrolu impulzu kousnout a sát, v oblasti svalů krku o kontrolu impulzu udeřit (napadnout druhého). (Lowen, 2009)

Ve výtvarném projevu klientů se objevily znaky odkazující na možnou etiologii potíží v kontextu alexitymie, a/nebo potlačených agresivních afektů. V oblasti verbálního projevu se objevily odkazy na stresovou etiologii spjatou s potlačenými emocí a hypochondrickými sklony.

ZÁVĚR

Práce dokládá jeden z možných přístupů arteterapeuta k léčbě psychosomatických potíží, a to projektivně dynamický, tzv. „rožnovskou arteterapii“. V rámci teoretické i praktické části práce byla dokázána vhodnost použití arteterapie u této klientely, které ovšem má své omezení (časová náročnost terapie, motivace klienta, vzdělání terapeuta v dané oblasti, atd.).

Práce shrnuje údaje kazuistického šetření. Na dané téma v současné době není dostatečné množství vědecké literatury a publikací. Proto práce může sloužit jako podnět pro další bádání v této oblasti. V budoucnu by bylo možné pracovat s větším vzorkem probandů, kdy by se mohly ještě víc specifikovat obecně platné společné znaky od individuálního stylu jedinců.

SEZNAM LITERATURY

1. BAŠTECKÝ, Jaroslav et al. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada, 1993. 363 s. (s. 21-67, 147-148). ISBN 80-7169-031-7.
2. DAHLKE, Rüdiger. *Nemoc jako řeč duše: [význam a naděje chorobopisů]*. 1. vyd. Brno: CPress, 2014a. 264 s. (s. 90-93) ISBN 978-80-264-0368-5.
3. DAHLKE, Rüdiger. *Nemoc jako symbol: [příručka pro výklad příznaků psychosomatických chorob a jejich řešení]*. 1. vyd. Brno: CPress, 2014b. 320 s. (s. 49, 268-269). ISBN 978-80-264-0369-2.
4. DANZER, Gerhard. *Psychosomatika: Celostný pohled na zdraví těla i duše*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 248 s. (s. 13-45, 62-83) ISBN 80-7178-456-7
5. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
6. HYBÁŠEK, Ivan. *eOtorinolaryngologie. 02 Symptomatologie*. 16. verze. 2016. [citováno 05.08.2016] ISSN 1803-280X.
7. dostupné z: <http://mefanet.lfhk.cuni.cz/clanky.php?aid=18>
8. CHVÁLA, Vladislav. Je termín „psychosomatika“ ještě k něčemu dobrý? *Psychosom: časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu*. Liberec: Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny v Liberci. 2003A. č. 1. s. 5-7. ISSN 2336-7741.
9. CHVÁLA, Vladislav. Somato- psychický problém. *Psychosom: časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu*. Liberec: Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny v Liberci. 2003B. č. 2. s. 25- 31. ISSN 2336-7741.
10. IRMIŠ, Felix. *Stres mezi lékařem, pacientem a zdravou osobou: příklady, příčiny, psychosomatika, etika*. 1. vyd. Praha: Galén, 2014. 139 s. (s. 74-77). ISBN 978-80-7492-130-8.
11. FALEIDE, Asbjørn O., LIAN, Lilleba B. a FALEIDE, Eyolf Klæboe. *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 240 s. (s. 17- 55, 61-68, 207-219). ISBN 978-80-247-2864-3.
12. KELEMAN, Stanley. *Anatomie emocí: struktury lidské zkušenosti*. 2. vyd. Praha: Portál, 2013. 212 s. (s. 143- 196). ISBN 978-80-262-0455-8.
13. KELEMAN, Stanley. *Ztělesněná zkušenost: procesuální práce s tělem*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 112 s. (s. 35-44). ISBN 978-80-7367-664-3.

14. KNOTEK, Petr. KOLÁŘ, Pavel. Léčebná rehabilitace u psychosomatických onemocnění. In: KOLÁŘ, Pavel et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 713 s. (s. 649-661) ISBN 978-80-7262-657-1.
15. LHOTOVÁ, Marie. *Proměny výtvarné tvorby v arteterapii*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2010. 199 s. (s. 56-67), [15] s. obr. barev. příl. ISBN 978-80-7394-209-0.
16. LOWEN, Alexander. *Bioenergetika: terapie duše pomocí práce s tělem*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. 273 s. (s. 7-10). ISBN 978-80-7367-189-1.
17. MALCHIODI, Cathy A. *Art Therapy and Health Care*. Guilford Press, 2012. 388 s. (s. 123-135). [citováno 16.10.2016] ISBN 978-1-4625-0716-0.
dostupné z:
https://books.google.cz/books?id=cvby43NaeNcC&printsec=frontcover&hl=sk&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
18. MAZEHOVÁ, Yvona. KOUŘILOVÁ, Jana. STUHLÍKOVÁ, Iva. Psychosomatické souvislosti arteterapie a tělesnění. In: *Psychosomatické disciplíny v přípravě pedagogů: východiska a první zkušenosti*. 1. vyd. Brno: Paido, 2008a. 147 s. (s. 77- 82). ISBN 978-80-7315-184-3.
19. MAZEHOVÁ, Yvona. KOUŘILOVÁ, Jana. STUHLÍKOVÁ, Iva. Výtvarná projekce jako projev psychosomatické kondice- práce s kolážemi při pregraduální přípravě budoucích učitelů. In: *Psychosomatické disciplíny v přípravě pedagogů: východiska a první zkušenosti*. 1. vyd. Brno: Paido, 2008b. 147 s. (s. 83- 97). ISBN 978-80-7315-184-3.
20. MAZEHOVÁ, Yvona. STUHLÍKOVÁ, Iva. KOUŘILOVÁ, Jana. ŠALINA, Olga. KUVŠINA, Olejsa. VETTEROVÁ, Eva. Sebepojetí, sebeprožívání a specifické způsoby reagování na aktuální životní situaci v průběhu simulovaného letu na Mars. In: ŠOLCOVÁ, Iva, STUHLÍKOVÁ, Iva a GUŠČIN, Vadim Igorevič. *Mars-500: fakta a postřehy ze simulovaného letu na rudou planetu*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2014. 359 s. (s. 183-196) ISBN 978-80-200-2437-4.
21. MORSCHITZKY, Hans a SATOR, Sigrid. *Když duše mluví řečí těla: stručný přehled psychosomatiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 181 s. (s. 8, 12-28, 116-123). ISBN 978-80-7367-218-8.
22. PEROUT, Evžen. *Arteterapie se zrakově postiženými*. 1. vyd. Praha: Okamžik, 2005. 101 s. (s. 25- 34), [45] s. obr. příl. ISBN 80-903247-9-7.

23. PONĚŠICKÝ, Jan. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. 3. vyd. Praha: Triton, 2012. 220 s. (s. 62-111, 172-176). ISBN 978-80-7387-547-3.
24. PONĚŠICKÝ, Jan. *Psychosomatické lékařství*. 1. vyd. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií, 2010. 68 s. (s. 3-20, 25-31, 61-63). ISBN 978-80-904541-8-7.
25. PONĚŠICKÝ, Jan. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky: souvislosti mezi zvládnutím životních problémů, tělesným zdravím a nemocí*. 2., dopl. vyd. Praha: Triton, 2014. 167 s. (s. 13-44, 155-160). ISBN 978-80-7387-804-7.
26. PONĚŠICKÝ, Jan. *Zásady prevence a psychoterapie neurotických a psychosomatických onemocnění: specifita nespecifických účinných faktorů v psychoterapii*. 1. vyd. Praha: Triton, 2011. 116 s. (s. 45-51). ISBN 978-80-7387-518-3.
27. RUBIN, Judith Aron. *ART THERAPY: An Introduction*. Philadelphia: BRUNNER/MAZEL, 1999. 372 s. (s. 271-272) [citováno 2016-09-23]. ISBN 0-87630-897-3.
dostupné z:
https://books.google.cz/books?id=JRRZqETdwMEC&printsec=frontcover&hl=s&k&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
28. RUBIN, Judith Aron. *Artful therapy* [online]. Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons, 2005. 338 s. (s. 14-17, 20-32). [citováno 2016-10-16]. ISBN 9780471677949.
dostupné z: <http://site.ebrary.com/lib/natl/Doc?id=10114183>.
29. SPOLEČNOST PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY. *Informace pro zdravotníky i pacienty*. 2015. 5 s. (s. 1-2) [citováno 02.08.2016].
dostupné z:
<http://www.psychosomatika-cls.cz/wp-content/uploads/2015/02/Psychosomatika-info.pdf>
30. TRESS, Wolfgang. KRUSSE, Johannes. OTT, Jürgen. *Základní psychosomatická péče*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 394 s. (s. 174-176, 357-364) ISBN 978-80-7367-309-3.
31. WADESON, Harriet. DURKIN, Jean. PERACH, Dorine. *Advances in Art Therapy*. New York: Wiley, 1989. 461 s. (148-180 s.) ISBN 0-471-62894-8.
32. WADESON, Harriet. *The dynamics of art psychotherapy*. New York: Wiley, 1987. 319 s. (s. 185-190). ISBN 0-471-83137-9.

PŘÍLOHY

Informovaný souhlas

Žádám Vás o souhlas s účastí na případové studii s názvem *Charakteristické rysy ve výtvarné produkci jedinců s tinnitem*. Osobní data (jméno a příjmení, datum narození, bydliště) v této studii nebudou uvedena.

Bakalářská práce se bude zabývat tematikou psychosomatických potíží u lidí trpících tinnitem, u kterých nebyly zjištěny strukturální léze způsobující tento stav. Praktická část práce bude zpracovávat kazuistiky, kde také bude shromážděna analyzovaná výtvarná tvorba a bude popsán efekt arteterapeutických vstupů. Na základě shromážděných dat se budou hledat společné charakteristické prvky ve výtvarné produkci u lidí s tinnitem.

Čeká Vás odebrání anamnézy, zpracování zadaných témat výtvarnými technikami, zejména akvarelem a koláží. Témata budete zpracovávat jak samostatně, tak pod metodickým vedením. Následně proběhne analýza a interpretace tvorby, kdy se díla budou dávat do souvislostí se životními situacemi.

Svým podpisem potvrzuji, že jsem byl/a dostačujícím způsobem informován/a o významu a rozsahu experimentu. Přečetl/a jsem si a pochopil/a jsem text informovaného souhlasu, na všechny mé otázky bylo odpověděno srozumitelně a v mnou žádaném rozsahu. Beru na vědomí, že moje data budou zpracována anonymně a údaje o mé osobě budou důvěrně uchovány. Současně si vyhrazuji právo kdykoli zrušit svůj souhlas, aniž by mi z toho vznikly jakékoli postihy.

.....
podpis

Příloha č. 1. Informovaný souhlas k účasti na výzkumné části bakalářské práce

1. Bolesti krční páteře (vpravo)
2. Záněty močového měchýře
3. Kolísavá váha
4. Deprese
5. Bolesti kolen
6. Časté modřiny
7. Změny nálad
8. Pískání v uších
9. Nestoprocenost sluchu
10. Potíže s čelistním kloubem, zatínání čelisti (bruxizmus)

Příloha č. 2. List obtíží slečny C.