



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra

Arteterapie

Bakalářská práce

Charakteristika výtvarného projevu u pacientů trpících psychotickým onemocněním

Vypracovala: Petra Barošová
Vedoucí práce: PaedDr. Evžen Perout
České Budějovice 2016

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) 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

Za pomoc, trpělivost a vedení práce děkuji panu PaedDr. Evženu Peroutovi.

Ráda bych také poděkovala klientům, kteří figurují v této práci a kolegům a kolegyním za povzbuzování a podporu.

ABSTRAKT

Bakalářská práce sleduje vývoj a charakteristiku výtvarné tvorby pěti lidí s psychotickým onemocněním v průběhu zhruba tří let, se kterými jsem se setkávala na psychiatrickém oddělení při nemocnici v Táboře.

Bakalářská práce se skládá z teoretické a praktické části. V teoretické části se zabývám psychotickým onemocněním, popisem a shrnutím přístupu k psychicky nemocným. Dále popisuje charakteristiky výtvarné tvorby takto nemocných, náročnost práce s nimi a nároky, které jsou kladeny na arteterapeuta.

V praktické části se věnuji jednotlivým nemocným. Přibližuji jejich příběhy, přístup k nim, všímám si jejich výtvarné produkce, změny a posunu v průběhu naší spolupráce. Uvádím zde pohled na akutní fázi onemocnění i pohled na fázi stabilizace stavu, s ohledem na jejich výtvarnou tvorbu s přihlédnutím práce a působením arteterapeutky.

Klíčová slova: Psychotické poruchy, výtvarná tvorba, arteterapie

ABSTRACT

The bachelor thesis is about the development and characteristics in the art work of five people with psychotic illness in the period of three years. The cases were collected in the psychiatric ward at the hospital in Tábor.

The thesis consists of theoretical and practical parts. The theoretical part collects information about psychotic illnesses and a description of the therapeutic approach to the mentally ill. It also describes the visual artwork characteristics of psychotic individuals, the work with them and the efforts necessary from the art therapists' side.

The practical part describes each patient. Observing the individual stories, approaches used in each case, their artwork, changes and progress in their development. There is a description of approaches used in the acute stage of the disease and after stabilization, the patients features in the artwork and the art therapists influence.

Keywords: Psychotic disorders, artwork, art therapy

OBSAH

1 ÚVOD	7
2 TEORETICKÁ ČÁST	8
2.1 HISTORICKÉ VYMEZENÍ POJMU A POHLED NA PSYCHÓZU	8
2.2 PSYCHOTICKÉ PORUCHY	10
2.2.1 SCHIZOFRENIE.....	11
2.2.2 SCHIZOTYPNÍ PORUCHA.....	14
2.2.3 VLEKLÉ DUŠENÍ PORUCHY S BLUDY.....	14
2.2.4 AKUTNÍ A PŘECHODNÉ PSYCHOTICKÉ PORUCHY.....	15
2.2.5 INDUKOVANÁ PORUCHA S BLUDY.....	15
2.2.6 SCHIZOAFEKTIVNÍ PORUCHY.....	15
2.2.7 JINÉ A NESPECIFIKOVANÉ NEORGANICKÉ PSYCHOTICKÉ PORUCHY.....	16
2.3 PŘÍČINY, PROJEVY, PŘÍZNAKY A PRŮBĚH PSYCHOTICKÉHO ONEMOCNĚNÍ ...16	
2.3.1 PŘÍČINY PSYCHÓZY.....	16
2.3.2 PROJEVY, SYMPTOMY A PŘÍZNAKY PSYCHÓZY.....	17
2.3.3 PRŮBĚH PSYCHÓZY.....	20
2.3.4 TERAPIE.....	23
2.4 FREUD A JUNG O SCHIZOFRENII	24
2.5 VÝTVARNÝ PROJEV U PACIENTŮ S PSYCHOTICKÝM ONEMOCNĚNÍM	25
2.5.1 TYPICKÉ ZNAKY VE VÝTVARNÉ REFLEXI.....	26
2.5.2 HISTORICKÝ VÝVOJ V ZOBRAZOVÁNÍ A POHLED NA PSYCHOTICKÉ ONEMOCNĚNÍ.....	30
2.6 ARTETERAPIE A PSYCHOTERAPIE U NEMOCNÝCH S PSYCHOTICKÝM ONEMOCNĚNÍM	32
2.6.1 ARTETERAPIE.....	32
2.6.2 PSYCHOTERAPIE.....	35
2.7 CHARAKTERISTIKA TERAPEUTICKÉ SKUPINY SCHIZOFRENÍKŮ	37
3 PRAKTICKÁ ČÁST	40
3.1 JAROSLAV	40
3.2 VERONIKA	51

3.3 MARTIN	63
3.4 NIKOLA	72
3.5 LADISLAV	87
DISKUZE	93
ZÁVĚR	95
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	96

1 ÚVOD

Bakalářská práce se věnuje lidem s psychotickým onemocněním a sledováním jejich výtvarné tvorby, ať již v akutní fázi tohoto onemocnění anebo ve fázi vymizení akutních příznaků nemoci. Bakalářská práce se skládá z teoretické a praktické části. V teoretické části se věnuji popisu psychotických poruch, jejich klasifikaci, příčinám, projevům, příznakům, prognóze a terapii tohoto onemocnění. Dále popisuji výtvarný projev, historický vývoj zobrazování a vliv arteterapie a psychoterapie u lidí s psychotickým onemocněním.

V praktické části se věnuji příběhům 5ti nemocných, se kterými jsem se v průběhu tří let nepravidelně scházela. Jednalo se především o setkávání v průběhu jejich hospitalizace na psychiatrickém oddělení v nemocnici v Táboře. V první řadě jsem se snažila s nimi navázat vztah, spolupráci a vybudovat důvěru. Hledala jsem techniky, přístupy, intervence i cíle naší společné práce, které by mohly pomoci, posunout je, ať již výtvarně nebo osobnostně. Mojí snahou v této bakalářské práci je přiblížit „svět“ lidí s psychotickým onemocněním, jejich prožívání a podtrhnout individualitu každého z nich, skrze výtvarnou tvorbu.

V závěrečné části uvádím shrnutí toho, co se mi podařilo i toho čeho jsem nedosáhla. Popisuji zde moji celkovou zkušenost s těmito nemocnými.

2 TEORETICKÁ ČÁST

„Svět psychotiků není neskutečný, je jen jinak skutečný.“ (Syřišťová, 1974, s. 150)

Zakořeněný názor laiků je, že schizofrenní pacienti a jejich svět je nesrozumitelný a nepřístupný a že je s takovými nemocnými obtížné navázat lidský kontakt. (Syřišťová, 1974) Navázání vztahu a kontaktu je sice obtížné, ale ne nemožné. Je třeba se jich nebát a naučit se s nimi vhodně komunikovat. Tím, že se nemocní s psychotickým onemocněním nedokážou přizpůsobit společnosti, tak mu vtiskují pečeť nenormálnosti. Takový nemocný má odlišné chápání světa a většinou se neřídí normami a jejich chování může být nepředvídatelné, ale to neznamená, že je musí laická veřejnost odsouvat a činit z nich sociální invalidy. (Vágnerová, 1999)

Dnes existuje mnoho studijních materiálů a výzkumů, které umožňují přiblížit cestu a lépe pochopit nemocné s psychotickým onemocněním. Rozrůstá se snaha o přiblížení se k takovým nemocným, pro laickou veřejnost, kamarády nemocných i rodinným příslušníkům, pro které jsou organizované různé edukační programy s touto problematikou.

2.1 HISTORICKÉ VYMEZENÍ POJMU A POHLED NA PSYCHÓZU

Předpokládá se, že v prehistorii, tak jako dnes podobně šileli i naši předkové, ovšem v minulosti to bylo považováno za dílo démonů, buď byli posedlí zlými duchy, nebo věřili, že ztratili duši a léčili je šamani. Také Egypťané, Babyloňané i Asyřané považovali duševně nemocné za posedlé zlými duchy. Posedlost se léčila exorcismem, kdy ďáblové se z těla vymítali. (Vacek, 1996)

Ve středověku se psychotici odsuzovali k nejrozmanitějším druhům mučení, v novověku už byly používány rafinovanější tresty a represivní opatření, jako např. Leuret v XIX. století pouštěl svým pacientům ledovou sprchu na hlavu a právě v tu chvíli s nimi navazovat rozhovor a nutil je přiznat, že jejich přesvědčení je blud. Až po počátky XX. století se dívalo na psychotiky jako na nevléčitelně nemocné a schizofrenie byla považována za organickou poruchu. (Syřišťová, 1974)

V minulém století se na kraji velkých měst stavěli kolosální „blázince“, tam zavírali lidi, kteří byli sociálně obtížné. Léčení v té době téměř neexistovalo a v případě, že nemocní neměli žádné příbuzné, tak mohli v takovýchto ústavech setrvat až do smrti. Situace se zlepšila až po druhé světové válce. V té době došlo k posunu v medicíně, už se začali posuzovat i sociální a psychologické okolnosti u nemocných. (Vacek, 1996)

Jedním z prvních kdo se věnoval popisu psychické choroby, resp. schizofrenního onemocnění byl E. Kraepelin, který si pro tuto nemoc propůjčil název od francouzského psychiatra Morela. Ten používal označení pro takto nemocné předčasná demence a Kraepelin použil označení „dementia praecox“. Kraepelin zařadil čtyři formy psychotického onemocnění, které mají jeden podstatný znak- progresivně se vyvíjející demenci v mladém věku. První skupina má ráz jednoduché plíživé demence, Kraepelin hovořil o jednoduché demenci (dementia simplex). Do druhé skupiny zařadil případy podobné prosté demenci napadající výhradně mladistvý věk, vyznačující se navíc pubertálními rysy, klackovitým chováním aj. a nazval tuto formu demence hebefrenie. Vedle těchto dvou forem zařadil v roce 1899 do skupiny svých organických endogenních demencí ještě katatonii. Ještě jednu skupinu psychotických příznaků zařadil Kraepelin a označil ji názvem paranoidní demence. Toto označení se ovšem v průběhu času ukázalo jako nesprávné. (Syřišťová, 1974)

Poté se E. Bleur pokusil o zpřístupnění některých projevů psychózy a oproti Kraepelinovi nepředpokládal, že psychotické projevy nepředstavují nezvratnou organickou demenci a že u nemocných jsou rozumové schopnosti zachovány a nenarušeny tak jako je to u organických onemocnění mozku. V roce 1911 Bleur označil nový název schizofrenie (z řeckého schizis – rozštěp, rozpolcení, frén – mysl,duše). Později vídeňský psychiatr E. Stransky charakterizoval schizofrenii jako „intrapsychickou ataxii“, čímž mínil roztříštěnou duševní činnost. (Syřišťová, 1974)

Prvním kdo analyzoval zvláštnosti osobnosti před propuknutím schizofrenní psychózy, byl německý psychiatr E. Kretschmer. Kretschmer věnoval pozornost tzv. schizofrenním reaktivním formám a schizofrenním okrajovým psychózám, které jsou citlivé na psychoterapeutický zásah. Mluvil o schizoidech jako o schizofrenně založených jedincích a že vztah konstitučního typu ke schizofrenii není náhodná. Ve

statistikách bylo uvedeno, že schizofrenní psychóza postihovala nejčastěji schizoidní typ osobnosti, avšak toto onemocnění se mohl vyskytnout i u typů jiných. Schizoidní osoby jsou autisticky uzavřené do sebe, mají sklon k dennímu snění, mají malý smysl pro realitu a nám tím poskytují řadu důležitých terapeutických směrnic. Tato znalost je potřebná k získání dobrého kontaktu s nemocným. (Syřišťová, 1974)

Kretschmer upozorňoval např. na tzv. „Vaterkomplex“, ambivalentní nevyřešený vztah k otcovské autoritě. Mnohé pubertální krize schizoidních jedinců se vztahovali k tomuto komplexu, který se projevoval u schizofreniků jako chorobná přecitlivělost, slepý negativismus až hluboká nenávisť k autoritě. Jako velmi důležité pokládal vyhnutí se autoritativnímu tónu, který připomíná otcovskou autoritu, a tím by se mohl zablokovat léčebný kontakt. (Syřišťová, 1974)

Dnešní nemocní vypadají jinak než zhruba před sto lety, dříve byla mizerná ústavní zařízení, ještě v padesátých letech se vyskytovalo hodně ztuhlých katatoniků, kteří nezměnili polohu dlouhá léta. Dnes jsou schizofrenní příznaky střídmější a vyskytuje se mnohem více forem atypických a přibývá tzv. hraničních forem schizofrenie. (Vacek, 1996) V současné době existuje velká škála moderních neuroleptik a dalších moderních léčebných postupů a nemocní mají větší zázemí a komfort ve zvládnutí nemoci. Nyní se chystá reforma psychiatrické péče, kde se usiluje ve velkých léčebnách o navýšení chronických lůžek a naopak navýšení akutních lůžek při nemocnicích. Hlavně jde o rozšíření denních stacionářů a terénních služeb pro nemocné.

2.2 PSYCHOTICKÉ PORUCHY

Výraz „psychotický“ nepředpokládá psychodynamické mechanismy, termín se užívá k označení přítomnosti halucinací nebo bludů, nebo některých typů jasně abnormálního chování, jako jsou silná vzrušení a zvýšená aktivita, výrazná psychomotorická retardace a katatonii jednání. (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2006)

Psychotické poruchy můžeme rozdělit do několika skupin:

1. Schizofrenie

2. Schizotypální poruchy
3. Duševní poruchy s bludy
4. Akutní a přechodné psychotické poruchy
5. Schizoafektivní poruchy
6. Jiné poruchy

(Praško a kol., 2001, s. 14)

Nejčastější a nejzávažnější je schizofrenie. Je to onemocnění s výraznou poruchou myšlení, vnímání, citů a chování. Vyskytuje se stejně často u mužů i žen, rozdíl je pouze v začátku onemocnění, u žen mezi 25-35 lety a u mužů mezi 15-25 lety. Onemocnění ovlivňuje celý další život nemocného, proto je nutné k onemocnění správně přistupovat. Průběh onemocnění ovlivňuje řada faktorů, např. dobře fungující rodinné zázemí, včasná a dobře vedená léčba medikamenty i psychologická. (Vacek, 1996)

2.2.1 SCHIZOFRENIE

Schizofrenií onemocní zhruba jedno procento a ani žádné hladomory, epidemie ani jiné pohromy tento počet nezvyšují ani nesnižují. (Vacek, 1996) Schizofrenie je charakterizována poruchami myšlení a vnímání a afektivitou, která je nepřiměřená nebo oploštělá. Vědomí a intelektové schopnosti bývají obvykle zachovány. Nemocný má často pocit, že jeho myšlenky, pocity a činy jsou sdíleny jinými lidmi, Mohou se rozvinout bludné interpretace, že nějaké síly ovlivňují pacientovo myšlení a jednání. Běžné jsou sluchové halucinace. Vnímání může být narušeno i jinak, barvy a zvuky se mohou zdát nepřiměřeně živé nebo změněné. (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2006)

Otázkou zůstává, zda je někdo schopný se vžít do nemocného se schizofrenií? Čím to, že někdo slyší růst trávu? Nachází souvislosti, kde nejsou? Lze pochopit a rozluštit jejich rébusy? (Vacek, 1996) Docentka Eva Syřišťová na to odpovídá citátem Ernsta Kretschmera:

„Rozhodně jsou na omylu ti, kteří považují nesrozumitelnost a nepochopitelnost za jedno z hlavních kritérií schizofrenního duševního života. Mnohé vnějškové barokní obsahy a způsoby schizofrenního chování můžeme nazvat nesmyslnými asi s takovým oprávněním jako hieroglyfy Egyptanů, pokud jejich písmo neznáme. Je nutno naučit se

žargonu schizofrenních, pochopit dynamiku jejich symbolů a umět je překládat do mateřské řeči. Pak se nám teprve objasní smysluplné souvislosti a působnost skrytých komplexů.“ (Vacek, 1996, s. 170)

To, co nám povídá schizofrenní člověk, většinou pochopit můžeme, můžou se překrývat normální a scestné výroky vedle sebe. Eugen Bleur mluvil v tomto případě o „dvojném účetnictví“. U některých nemocných se objevuje slovní salát, inkoherentní myšlení nebo magické myšlení. Časté jsou interpolace, zárazy v toku myšlenek. V psychoanalýze se hovoří o jakési regresi, o návratu do vývojového stádia, který jsme již překonali. Psychiatři si to u pacientů vyloží jako návrat z logického do prelogického myšlení. (Vacek, 1996) O dalších příznacích a projevech se budu zmiňovat v následující kapitole.

Mezi příznaky, které jsou pro diagnózu obzvláště důležité a často se vyskytují společně, patří:

- Slyšení vlastních myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek
- Bludy kontrolovanosti, ovlivňování nebo prožitky pasivity, které se jasně vztahují k pohybům těla nebo údů, nebo specifickým myšlenkám, jednání nebo cítění, bludné vnímání,
- Halucinatorní hlasy, které neustále komentují chování pacienta nebo o něm mezi sebou rozmlouvají, nebo jiné typy halucinatorních hlasů, přicházejících z určité části těla,
- Trvalé bludy jiného druhu, které jsou v dané kultuře nepatřičné a nepřijatelné, jako např. náboženská nebo politická identita, nadlidské síly nebo schopnosti (např. schopnost ovlivňovat počasí),
- Přetrvávající halucinace v kterékoli formě, když jsou doprovázeny buď prchavými, nebo neúplně formulovanými bludy bez jasného afektivního obsahu, nebo přetrvávajícími ovládanými představami, nebo když se vyskytují denně po několik týdnů nebo měsíců,

- Zarázy nebo vkládání do toku myšlenek a z nich vyplývající inkoherece nebo irrelevantní řeč nebo neologizmy,
- Katatonní jednání, jako např. vzrušenost, strnulá pozice nebo flexibilitas cerea, negativismus, mutismus stupor),
- „Negativní“ příznaky jako výrazná apatie, chudost řeči, oploštění nebo nepřiléhavost emočních reakcí, sociální stažení. Musí být jasné, že nejde o projevy deprese nebo útlum způsobený neuroleptiky,
- Výrazné a nápadné kvalitativní změny v osobním chování jako je ztráta zájmů, bezcílnost, nečinnost, ztráta vztahu k okolí. (Höschl, 1996, s. 154, Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. Revize, 2006 – 3. Vydání)

K tomu, aby byla stanovena diagnóza schizofrenie, musí být přítomen minimálně jeden velmi jasný příznak (a obvykle dvou nebo více méně jasných), který patří k jakékoli skupině uvedené v seznamu výše, a to po většinu období jednoho měsíce nebo déle. (Höschl, 1996)

Paranoidní schizofrenie

Paranoidní schizofrenie patří k nejobvyklejšímu typu schizofrenie. Převládají zde stálé bludy, které jsou často paranoidní a jsou obvykle doprovázeny halucinacemi a jinými poruchami vnímání. Nejběžnější paranoidní příznaky jsou bludy perzekuční a vztahovačnosti. Afektivita je většinou méně oploštělá než u jiných forem schizofrenie. (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2006) Mezi paranoidní projevy jsou zařazeny i některé plány různých vynálezů, nemocní se honí za přeludy velkých nerozluštěných záhad. (Vinchon, 1931) Paranoidní znamená „ne-rozumný“ (para – vedle, mimo; noos – rozum). Paranoiditou se rozumí bludná, nevyvratitelná vztahovačnost a projevuje se většinou formou bludu pronásledování, stěžování, žárlivosti, ale také přesvědčením o ovlivňování a vkládání myšlenek zvnějšku. (Vodáčková a kol., 2007)

Hebefrenní schizofrenie

Je poměrně vzácná, typické jsou pro ni poruchy chování, které je nezodpovědné, nepředvídatelné, vystupňovaně klackovité. Nálada je nepřiměřená situaci (chichotání,

přihloupilé úsměvy aj.), myšlení je dezorganizované, řeč nesouvislá. Začíná ve věku 15-25let a mívá špatnou prognózu. (Höschl, 1996)

Katatonní schizofrenie

„Je poměrně vzácná, v popředí je psychomotorický rozštěp, poruchy motoriky se projevují od hyperkinéze až ke stuporu, od automatické poslušnosti k negativizmu. Nemocný může setrvávat dlouhou dobu v nepřírozených polohách, do kterých byl uveden.“ (Höschl, 1996, s. 156)

Simplexní schizofrenie

Je to psychóza, která probíhá plíživě, při které se rozvíjí bizarní chování, neschopnost adaptace na sociální prostředí. Bludy a halucinace nejsou přítomné. Nemocný je ponořený do sebe, je bez zájmu, cíle. (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2006)

2.2.2 SCHIZOTYPNÍ PORUCHA

Höschl (1996) uvádí, že je to porucha chování, která připomíná schizofrenii, ale v žádném stádiu se nevyskytují schizofrenní příznaky. Mohou se vyskytnout nepřiměřené nebo omezené emoční reakce, podivné nebo výstřední chování, ochuzený vztah k okolí, vztahovačnost, podezíravost, podezření na paranoidní bludy, obsese s dysmorfobickým sexuálním nebo agresivním obsahem, mohou být somatosenzorické iluze a depersonalizační a derealizační zážitky, myšlení bývá obřadné, metaforické a v řeči nejsou masivní inkoherece. Průběh bývá trvalý, kolísavý, někdy přejde do zřetelné schizofrenie a začátek připomíná spíše poruchu osobnosti.

2.2.3 VLEKLÉ DUŠENÍ PORUCHY S BLUDY

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (2006) patří do této skupiny stavy, u nichž dlouhotrvající bludy tvoří jedinou nebo nejvýznamnější charakteristiku a nemohou se klasifikovat jako organické, schizofrenní nebo afektivní.

Porucha s bludy

V popředí bývá solitární nebo systematizovaný blud, který je často s logickým systémem a může trvat i celý život a jeho obsah může být variabilní. Bludy mohou být persekuční, velikášské, hypochondrické, kverulantské, emulatoční, nebo nemocný může být přesvědčen o znetvoření svého těla apod. Při této poruše není osobnost nemocného výrazně narušena a nebývají zde poruchy vnímání. Začátek bývá plíživý, obvykle se vyskytuje ve středním věku, někdy i v rané dospělosti. K tomu, aby se stanovila diagnóza, musí být blud přítomen minimálně tři měsíce a musí být osobního rázu. Patří sem *paranoia, paranoidní psychóza, paranoidní stav, pozdní parafrenie*. Důležité je pacientovi bludy nevyvracet, nehádat se s ním, nepředstírat, že bludům věříme, poslouchat ho a snažit se mu porozumět, co psychotická produkce může znamenat. Měli bychom projevit pochopení pro jeho obtíže a můžeme mu nabídnout pomoc ke zvládnutí těchto obtíží. (Höschl, 1996)

2.2.4 AKUTNÍ A PŘECHODNÉ PSYCHOTICKÉ PORUCHY

Mezi akutní a přechodné psychotické poruchy patří ty, které mají akutní začátek a objevují se zde typické příznaky pro psychotické onemocnění a je u nich přidružený akutní stres. Přidruženým akutním stresem se míní události zátěžové a ke kterým došlo v časové souvislosti s rozvojem akutních psychotických příznaků, např. úmrtí blízké osoby, ztráta partnera aj. (Höschl, 1996)

2.2.5 INDUKOVANÁ PORUCHA S BLUDY

„Jde o sdílení bludů dvěma či více osobami, z nichž zpravidla pouze jeden je pravým psychotikem. U ostatních lze hovořit o bludu indukovaném. Diagnostikuje se, jestliže 2 nebo více osob sdílejí stejný blud či bludný systém a jedna druhou v této víře podporují, mají-li k sobě neobvykle blízký vztah a existuje-li časový nebo jiný průkaz, že blud byl pasivnímu členu páru indukován kontaktem s členem aktivním. Patří sem folie a deus, indukovaná paranoidní porucha, symbiotická psychóza.“ (Höschl, 1996, s. 177)

2.2.6 SCHIZOAFEKTIVNÍ PORUCHY

Diagnóza pro schizoafektivní poruchy se stanoví pouze, když jsou výrazné jasně schizofrenní i jasně afektivní příznaky a jsou přítomny současně. Patří sem schizoafektivní porucha – manický typ, schizoafektivní porucha – depresivní typ a schizoafektivní porucha – smíšený typ. (Höschl, 1996)

2.2.7 JINÉ A NESPECIFIKOVANÉ NEORGANICKÉ PSYCHOTICKÉ PORUCHY

Autoskopická psychóza

V popředí je halucinace vlastního těla nebo jeho částí, vyskytuje se vzácně a může být psychogenní. (Höschl, 1996)

Capgrasův syndrom

Tzv. syndrom nepoznání. Na rozdíl od autoskopie, kdy halucinovaný dvojník je nemocný sám, pokládá při Capgrasově syndromu nemocný za dvojníka osobu, kterou dobře zná. Jako by lidé v okolí byli zastoupeni jinou osobou. (Höschl, 1996)

PSYCHÓZY KLASIFIKOVANÉ JINDE

Poporodní psychóza

Objevuje se u matky po porodu dítěte a spočívá v těžké depresi a bludech, psychóza se většinou objeví do 3 dnů po porodu. Objevuje se nespavost, neklid, emoční labilita a pokračuje v rozvoji bludů, zmateností a obsesí ve vztahu k dítěti. (Höschl, 1996)

2.3 PŘÍČINY, PROJEVY, PŘÍZNAKY A PRŮBĚH PSYCHOTICKÉHO ONEMOCNĚNÍ

2.3.1 PŘÍČINY PSYCHÓZY

Neexistuje jediná hlavní příčina tohoto onemocnění, ale mnoho dílčích příčin. Velkou úlohu zde hraje dědičnost, nebo některé organické odchylky v mozku, dále mohou být způsobeny vlivy prostředí a událostí, které ho potkaly. Někdy může propuknout schizofrenie v návaznosti na nějakou těžkou ránu osudu, ovšem je možné, že už před ní byl člověk na samé hranici psychózy, která byla latentní, a traumatický

zážitek byl jen poslední kapkou. Udává se, že pokud v rodině někdo onemocní schizofrenií, tak je větší pravděpodobnost k onemocnění. Pokud jeden z rodičů trpí schizofrenií je 10% pravděpodobnost, že jeho dítě také onemocní, pokud jsou nemocní oba rodiče, tak je riziko vyšší 30-40%. Dědí se vloha k onemocnění, nikoliv nemoc sama. (Praško a kol., 2001, Vacek, 1996)

2.3.2 PROJEVY, SYMPTOMY A PŘÍZNAKY PSYCHÓZY

Příznaky schizofrenie můžeme rozdělit na: pozitivní příznaky a negativní příznaky.

Pozitivní příznaky - patří sem halucinace a bludy

- **Bludy**- Blud je mylné přesvědčení, kterému nemocný věří a které má patický vliv na jeho jednání. Mohou mít různý obsah i zaměření, např. blud kontrolování, ovlivňování, pronásledování aj (Vágnerová, 1999) Bludné myšlení je nevýratné a má vliv na jednání postiženého. (Vodáčková a kol., 2007)
- **Halucinace** - Halucinace jsou klamné vjemy, o jejichž reálnosti je subjekt nevýratně přesvědčen. Typické jsou halucinace u paranoidních schizofrenií, nemocní slyší hlasy, které pacientovi něco přikazují, komentují jeho chování nebo mu něco významného sdělují, někdy hlasy nemluví přímo k němu, ale o něm. Halucinace mohou být i čichové, zrakové, tělesné apod. (Vágnerová, 1999) Halucinace se dále můžou dělit na smyslové (elementární a komplexní) a psychické. Při elementárních halucinací nemocný vidí jednoduché fenomény kouře, blesky, jiskření nebo slyší jednotlivé tóny, zvuky apod. U komplexních halucinací slyší nemocný slova, věty, více hlasů, vidí postavy aj. Psychické halucinace se neodehrávají ve smyslech, jsou to zvláštní duševní fenomény. (Vondráček a kol., 1993)

Nemocné mohou halucinace i bludy velmi obtěžovat, někteří si naopak život bez nich nedokážou představit, jsou s nimi „sžití“ a už se nad tím nezastavují, avšak to je u nemocných, kteří se léčí již řadu let, kteří jsou na tyto příznaky navyklí. Naopak u nemocných s první atakou jsou při těchto příznacích vyděšení a velmi úzkostní apod.

Negativní příznaky – patří sem postupné snížení a ochuzení citového prožívání, komunikace je omezená a je snižena mimika obličeje, dále porucha koncentrace pozornosti, oslabení až ztráta vůle a velké potíže s rozhodováním a plánováním. (Praško a kol., 2001) U chronicky nemocných jsou charakteristické negativní příznaky nemoci, jde většinou o sníženou aktivitu, pomalost, emoční plochost, chudost myšlení, ztráta motivace k čemukoliv, izolace od společnosti, úpadek sociálního chování aj. Pro tyto nemocné je třeba zorganizovat denní režim a program. (Vágnerová, 1999)

Objevuje se u nemocných afektivní ambivalence, která se projevuje tak, jako by dvě osoby zaujímaly k jednomu a témuž objektu různý citový vztah anebo může ten samý předmět pochopit a použít odlišným způsobem. Schizofrenikovo afektivní chování se nedá vyjádřit pomocí jednoduchých vzorců, vnější věci už neplatí za takové, jaké byli dříve, objevují se neočekávané výbuchy z nicotných důvodů, setkáváme se s nemožností navázat citový kontakt. Dále jsou zcela běžné neadekvátní projevy, např. nemocný s přátelským úsměvem sděluje nějaké hrůzostrašnosti a zároveň v zápětí reaguje na podanou ruku vztekem. V afektivní sféře se nacházejí nejneobvyklejší změny. (Prinzhorn, 2009) V chování nemocných jsou i změny aktivační úrovně, které se mohou projevit v celkové nečinnosti nebo jen v útlumu projevu, pacientům může chybět schopnost iniciovat jakékoli jednání, mohou být nápadní stuporem nebo mutismem. Někdy je naopak zřejmá tendence k nadměrné aktivitě, např. v oblasti řečové produkce se může objevit echolálie, tj. neúčelné opakování určitých slov. (Vágnerová, 1999)

„Již dlouho se v psychopatologii opakuje domněnka, že schizofrenní projevy jsou jenom uvolněním vývojově starých, archaických psychických mechanismů, které byly pozdějším vývojem potlačeny a uloženy v hlubších vrstvách osobnosti. Když dojde k onemocnění, rozruší se nové řídicí mechanismy vědomí a ke slovu se dostanou staré archaické funkce.“ (Pondělíček, 2002, s. 19)

Porucha myšlení

Nemocný trpící schizofrenií nedokáže uvažovat koherentně, typickým příznakem je porucha plynulosti myšlení, jeho roztříštěnost, mohou se objevit zárazy myšlenkové produkce, tj. ulpívání na jedné myšlence nebo naopak chaos různých myšlenek. Také

s tím souvisí i nesprávná orientace v realitě a změně sebehodnocení. Nemocní mají pocit, že nemohou ovládat svoje myšlenky. Často mluví inkoherentně, vytvářejí neologismy nebo komolí výrazy a krajní variantou je slovní salát. (Vágnerová, 1999)

Schizofrenik operuje archaickým magickým myšlením, v jeho symptomu mizí pocit zdání, mizí iluze, schizofrenik např. nemá pocit, jako by měl místo mozku houbu, on tam prostě tu houbu má. Jeho intelektová schopnost je rozrušena otupením vyšších forem pojmového myšlení, které je schopno abstrakce a generalizace, také subjektivizuje svět, neboť předměty dostávají zkreslenou povahu. (Pondělíček, 2002)

S pacientem s akutně psychotickými projevy se navazuje kontakt obtížněji, může reagovat nepřiměřeně situaci a bývá často velmi **úzkostný**.

Úzkost

Na počátku psychických chorob je velmi častá a nepříjemná úzkost, která nemocné velmi obtěžuje a to hlavně na počátku psychózy. Je plíživá, rostoucí, prostupující a rozežírá všechno prožívání, ochromuje jasné myšlení, rozhodování, jednání a zbavuje postupně člověka vlády nad sebou. Nemocný neví co se s ním děje, nerozumí svým pochodům. Úzkost je u psychotiků hrozivější než u neurotiků, psychotický pacient se necítí nemocný, ale nesnesitelně ohrožený. Před nástupem nemoci se cítí schizofrenik úplně sám. (Syřišťová, 1974) Ve fázi velké úzkosti a nepochopitelného chaosu, ve kterém se nemocný nevyzná, tak tomu může podlehnout a může učinit náhlé kroky, buď v zoufalství skočí z mostu apod., nebo se začne bránit a hledá jistoty. Tím, že se nemocný začne léčit, tak se úzkost zmírní a později i vymizí. (Vacek, 1996)

K nejzávažnějším symptomům vedle předchozích uvedených patří **autismus**.

Autismus

Podle mnoha příznivců funguje mozek jako počítač, a z podnětu z okolí i z vlastního těla filtruje jenom některé vzruchy a je-li vzruchů přespříliš, tak hrozí informační chaos a pak zbývá člověku než se stáhnout do schizofrenního autismu a vytvořit si svůj imaginární svět. (Vacek, 1996) Autistickou reakcí může být uzavření se do sebe, vykonstruování si vlastního světa a schizofrenní autismus může být považován za jeden

z důležitých autoregulačních mechanismů, jež udržují osobnost v rovnováze, která jí chrání před rozpadem. Schizofrenní autismus má tedy zřejmě nejen funkci ochrannou, ale i do určité míry a po určitou dobu konstruktivní a kompenzační, na to už upozornil v roce 1914 ve svých přednáškách C. G. Jung. (Syřišťová, 1974)

Autistické stažení je neovlivnitelné, nepřístupné věcnému uvědomění. V momentu kdy uvědomění přístupné je, musí být považováno za prolomové. U autistického stažení nejsou porušeny duševních funkce, jako je vnímání, paměť, logické spojování a právě tato neporušenost je pro něj zásadní. (Prinzhorn, 2009) V chronické fázi choroby bývá s autismem a citovým oploštěním spojena ztráta motivace k čemukoli. (Vágnerová, 1999)

Schizofrenní příznaky se často můžou objevit i při otravách, hlavně po LSD či jiných halucinogenech. (Vacek, 1996)

2.3.3 PRŮBĚH PSYCHÓZY

Průběh onemocnění ovlivňuje řada faktorů, např. dobře fungující rodinné zázemí, včasná a dobře vedená léčba medikamenty i psychologická péče. Proměna vlastní osoby nemocného děsí a vyvolává v něm pocit úzkosti, strachu, protože se cítí ohrožen. Problémem nemocných bývá motivace k léčbě, nemocný nemá náhled na své onemocnění a domnívá se, že léčbu nepotřebuje. Souvisí to i s jejich ambivalencí k lékům. (Vágnerová, 1999)

Psychóza se někdy rozvíjí dlouhou dobu v soukromí, bez lékařské konzultace, jeho okolí ví, že se takový člověk změnil, avšak neví proč a ani ho nenapadne, že by to mohl být signál duševní nemoci. Často se objevují příznaky, které se mohou vyskytnout i za jiných okolností, jako např. úzkost, podrážděnost, únava, nesoustředěnost, nespavost aj. Pacient se této situace bojí, ztrácí jistotu v sobě a uzavírá se a odmítá kontakt se světem, kterému přestal rozumět. Před vypuknutím choroby se mohou objevit i např. zhoršený výkon v různých oblastech, může být citově otupělý nebo se může projevat podivinsky, např. hromadit odpadky apod., často přestává dbát o svou hygienu a zevnějšek. (Vágnerová, 1999) Doposud není vyřešen problém, nakolik se můžou

prodromální příznaky odlišit od schizoidní a paranoidní poruchy osobnosti. (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2006)

Počátek onemocnění může být náhlý nebo plíživý. To jak nemoc postupuje, nastává období, kdy se nemocnému všechno vyjasní a nemocný cítí, že konečně chápe situaci a proto se mu uleví. Průběh nemoci bývá různý, zrovna tak jako jeho prognóza. Obvykle platí, že onemocnění, které má náhlý a bouřlivý počátek mívá i lepší prognózu než varianta onemocnění, které má plíživý začátek. (Vágnerová, 1999) U dlouhodobého průběhu schizofrenie dochází k sociální adaptaci, tak že nemocný dokáže kontrolovat své jednání, nemocný se podle situace chová přizpůsobeně nebo chorobně. (Vodáčková a kol., 2007)

„S. Pfeifer (1995) uvádí, že u 20% nemocných dochází jen k jedné epizodě schizofrenie. U 60% nemocných se onemocnění vrací a po každém novém zhoršení stavu dochází k dalšímu úbytku adaptačních schopností. Takový stav lze označit tzv. „syndrom zlomené pružiny“. U 20% postižených dochází k úplnému rozpadu osobnosti a k následné demenci, nejsou schopni samostatného života, potřebují trvalou péči v ústavním zařízení.“ (Vágnerová, 1999, s. 183)

Cílem léčby je předejít relapsu. Medikamentózní léčba spolu s psychoedukací patří k nejúčinnějším postupům. Potvrzení diagnózy vážného duševního onemocnění, znamená pro rodinu velkou zátěž, se kterou je nutné se vyrovnat. Reakce rodiny má svou vývojovou dynamiku a v průběhu času se mění. Existence psychózy vždy naruší dosavadní rovnováhu rodinného systému a zároveň se mohou otevřít všechny neřešené nebo skryté problémy, které rodina má. (Vágnerová, 1999) Psychoedukace je technika, jejímž úkolem je poskytnout nemocnému a jeho rodině informace o nemoci a o možnostech její léčby. Skládá se z edukace, kognitivní rehabilitace, psychoterapie a nácviku sociálních dovedností. Relaps je návrat akutních pozitivních příznaků, které byly jakoby vyléčené. Podle statistik má schizofrenie vysokou frekvenci relapsů, přibližně 75% pacientů postihne během prvního roku, pokud neužívají léky. (Praško a kol., 2001)

Po návratu z léčení do zaměstnání je to pro ně velmi obtížné, neboť bývají méně výkonní, ztratily své pracovní návyky a jsou hůře adaptabilní, ovšem někdy dochází

k přechodu do plného invalidního důchodu a to znamená pro mnohé pacienty značnou zátěž, protože to je jako signál potvrzení vlastní nemohoucnosti a neschopnosti. (Vágnerová, 1999)

Dnes existuje řada neziskových organizací, např. Fokus aj., které nemocným pomáhají po propuštění z nemocnice nebo nabízejí celodenní stacionáře apod. Zároveň pomáhají nemocným najít chráněné pracovní místo, pomoc v právních i sociálních oblastech.

U mnoha nemocných je velkým problémem důslednost nad užíváním medikace. Po odeznění ataky, řada nemocných ztrácí náhled nad svou nemocí a myslí si, že léky nepotřebují. Mezi vedlejší nežádoucí účinky patří celkový útlum, nadměrné slinění, sucho v ústech, přibírání na váze aj., to některým nemocným vadí a raději si léky vysadí i bez lékaře, který by třeba mohl dávky léku snížit nebo zvolit léky tlumící nežádoucí účinky. Po vysazení neuroleptik nastává k opětovnému nástupu nemoci. Důležité jsou také v tomto případě edukační programy pro nemocné, ale i pro rodinné příslušníky spojené s důležitostí nad užíváním medikace.

Obranné mechanismy

Nejvíce nebezpečná je počáteční fáze psychózy, je zde bezmoc, úzkost, agresivní nepřátelské impulsy proti sobě a světu, bezmoc nad iracionálními silami, kde osobnosti hrozí zánik, začínají nezávisle na vůli jedince pracovat autonomně sebezáchovné mechanismy, směřující k obnovení rovnováhy. Schizofrenie často začíná pocity ztráty nebo ochromení vlastního já, na počátku je intenzivní úzkost, která dlouho přetrvává a může zde být pocit odosobnění určitým obranným mechanismem, který umožňuje zpředměnit bolestné subjektivní prožitky nebo je úplně vyobcovat do neosobního vnějšího světa. V iluzích, bludech a halucinacích se často vytvářejí imaginární podmínky k životu, které osobnost považuje za skutečné. (Syřišťová, 1974)

„Zvláštnost schizofrenních obranných a kompenzačních mechanismů spočívá především v tom, že psychotik vstupuje do svého imaginárního světa, jako by to byl svět reálný.“ (Syřišťová, 1974, s. 8)

2.3.4 TERAPIE

Dříve bylo psychotické onemocnění pokládáno za nemoc s nepříznivými vyhlídkami. Existovalo malé množství léčby a výsledkem toho byli často chronicky duševně nemocní. V posledních desetiletích vznikly nové moderní možnosti léčby a zlepšil se celkový komfort pro nemocné. Léčba se liší podle stavu nemocného. Jde většinou o kombinaci léčby, a to medikamenty, léčba psychologickými prostředky, psychoedukace, rodinná terapie, socioterapeutické metody aj. (Praško a kol., 2001)

- **LÉKY**

ANTIPSYCHOTIKA – Vedou ke zklidnění, zmírnění úzkosti, myšlení se uspořádá, bludy a halucinace odeznívají. Působí především na pozitivní příznaky. Antipsychotika jsou typická a atypická. U typických antipsychotik se mohou objevit nežádoucí účinky, jako jsou pocity ztuhlosti, nechuť k pohybu, snížená gestikulace a mimiky aj. Jejich rysem je blokáda dopaminových a serotoninových receptorů. (Vinař, 1999) Novější atypická antipsychotika působí minimum nežádoucích vedlejších účinků a tím zvyšují kvalitu života nemocných. Případný výskyt nežádoucích účinků obtěžují nemocné a snižují ochotu léky užívat. V akutní fázi nemoci je nutné přikročit k vyšší dávce antipsychotik a většinou se aplikuje injekčně. Při dobré spolupráci nemocného se může dávka zvyšovat postupně a pomalu. V případě, že nemocní nejsou schopni léky užívat nebo na ně zapomínají, přikročí se k podávání depotní injekce, která se aplikuje v rozmezí jednou za 14 dní až za měsíc. (Praško a kol., 2001)

JINÁ LÉČIVA – Využívají se kombinace dalších psychofarmak, jako jsou antidepresiva, benzodiazepiny, stabilizátory nálady (Lithium, Carbamazepin – u nemocných, kteří jsou maničtí, impulsivní nebo agresivní), anticholinergika – jsou podávány ke kontrole nežádoucích účinků antipsychotik. (Siefertová a kol., 2008)

ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIE (EKT) – Vhodné u nemocných, u nichž jsou přítomny afektivní symptomy, agitovanost, sebevražedné tendence, u katatonních schizofrenií, pro terapeuticky rezistentní pacienty aj. (Siefertová a kol., 2008)

- **PSYCHOTERAPEUTICKÉ A PSYCHOSOCIÁLNÍ PŘÍSTUPY**

- ❖ *Psychotherapie*

- ❖ *Psychoedukace* – Cílem je předejít relapsu. Hlavním úkolem je poskytnout nemocným a příbuzným informace o povaze nemoci a možnostech její léčby.
 - ❖ *Trénink kognitivních funkcí a nácvik sociálních dovedností*
 - ❖ *Zaměstnání s podporou a chráněné bydlení*
- (Siefertová a kol., 2008)

2.4 FREUD A JUNG O SCHIZOFRENIÍ

Velmi zajímavý je pohled na pojetí Sigmunda Freuda a Carla Gustava Junga na vznik psychotického onemocnění, jejich přístupy v praxi.

Freud pokládá, že přístup k neurózám může být použitelný jen u některých psychóz. Podle Freuda běží o nevyřešený konflikt mezi libidózními pohnutkami a vědomou kontrolou jako u histerie nebo u neuróz. Dle Freuda panoval názor, že bludy psychotiků nic smysluplného nevyjadřují a že jde jen o nevysvětlitelné produkty šílené duše. Tvrdil, že do nemocných se můžeme vžít a Ti, kterým to nejde, tak nemají jen dost dobré vůle a chybí jim představivost. (Vacek, 1996) Dále poukázal na vývojovou dynamiku psychotických projevů a podtrhl význam nevyřešených konfliktů a frustrace potřeb pro jejich vznik. A také Jung předpokládal, že v důsledku nevyřešeného konfliktu může vést k regresivním projevům. Pojem regrese hraje důležitou roli výkladu schizofrenie. Ale chápe ji jinak než Freud, míní zde zvrát ve vývoji osobnosti a fylogeneticky starým reakčním typům chování. Jung je nazývá archetypy, tzv. archetypické chování lze najít u primitivů i u dětí. (Syřišťová, 1974) *„Roku 1914 poznamenal Jung v jedné ze svých přednášek: „Primitivové mají různá vidění a slyší neznámé hlasy, aniž jsou jejich mentální procesy narušeny. Takové projevy jsou u primitivů naopak někdy nepostradatelné pro jejich fungování společnosti. Proč se nedíváme stejným způsobem na projevy schizofrenní?“ Psychotický proces je Jungem vysvětlován jako drama nevědomých kompenzačních pokusů o uzdravení“* (Syřišťová, 1974, s. 25)

Freud nakonec dochází k názoru, že psychoterapeuticky ovlivnit psychoticky nemocného je obtížné. Naproti tomu Jung klade velký důraz na vytvoření terapeutického vztahu a upozorňuje, že psychoterapie schizofreniků je neobyčejně

náročná a únavná a vyžaduje dobrý zdravotní stav terapeutův. Také J. D. Rosen uvádí odlišný postřeh od Freuda týkajícího se terapeutického vztahu, kdy přenos u psychotiků je mnohem intenzivnější než u neurotiků. Rosen považuje schizofrenii za sen v bdělém stavu, schizofrenik je v zajetí noční můry a je to regresivní stav, který má nemocného chránit před úzkostí. (Syřišťová, 1974) Podle Junga má psychoterapie u schizofreniků svoje místo, umožní individuaci a odstraní z cesty jeho životem překážky, když se to podaří, mohou se objevit jisté žádoucí archetypy v jeho duši. (Vacek, 1996)

Podle Junga je schizofrenní proces procesem kompenzace, v němž se řeší nevyřešený a z vědomí vytěsněný konflikt automaticky na bázi kolektivního podvědomí. Dále poukázal na fakt, že u jedinců, kteří onemocněli schizofrenií, bylo možno už v předchorobí pozorovat zvýšenou citlivost na podněty podprahové intenzity. (Syřišťová, 1974)

I přes řadu výhrad můžeme Freudův a Jungův přínos spatřovat v tom, že oživilí mozaiku psychologicky nepřístupných projevů schizofrenní psychózy, že vytušili jejich spojitost s osobností a její individuální historií. (Syřišťová, 1974) V 50. letech se absolventi analytického výcviku zapojili do lékařského výzkumu etiologie schizofrenie. Mezi nimi byl Murray Bowen, Lyman Wynne a Don Jackson. Studii rozšířili a zahrnuli do ní i pozorování v rámci jednotlivých rodin a předmětem studie byla rodinná komunikace bohatá na popření a deformace a cílem bylo zjistit, do jaké míry může přispět nebo dokonce být příčinou příznaků schizofrenie. (Rubinová, 2008)

2.5 VÝTVARNÝ PROJEV U PACIENTŮ S PSYCHOTICKÝM ONEMOCNĚNÍM

Výtvarné projevy nemocných s psychotickým onemocněním můžeme spatřovat ve velkém rozpětí jejich tvorby. Liší se u nemocných v akutní fázi nemoci, u nemocných kompenzovaných i dlouhodobě stabilizovaných, resp. Chronických s již patrným defektem osobnosti. Výtvarné sdělení nám může přiblížit jejich aktuální stav nálady, emocí a celkové rozpoložení. Zároveň může být varovným signálem pro blížící se relaps nemoci.

H. Prinzhorn tvrdil, že se pacienti se schizofrenií ve svých spontánních projevech snaží interpretovat své nové psychické skutečnosti bludnými konstrukcemi. Výtvarný projev je často jediným dorozumívacím prostředkem, jelikož jejich verbální projev bývá nesrozumitelný a neutříděný. (Šicková-Fabricsi, 2002)

Tvorba psychotického světa, má svůj vlastní smysl, význam, pracuje se snovými obrazy, symboly a autistickým splněním potřeb, má svou zvláštní „logiku“. Schizofrenní projevy se zdají nesrozumitelné a exotické, ale vznikají podle určitých zákonitostí. Ne každý nemocný je schopný zformovat často beztvorou a impulsivně se vynořující invazi prožitků a uvolnit citové napětí. V tvorbě je mnohdy obrovská spontaneita, objevují se často bizarní tvary bez přispění vědomého záměru. Tvoření je často jedinou formou sebevyjádření, ventilem otevírajícím se jinak nesdělitelným prožitkům a uvolňujícím napětí. Tvorba může mít často vysokou uměleckou hodnotu, často se vytváří díla, které by jako zdraví jedinci nevytvořili. (Syřišťová, 1974)

Schizofrenní tvorba je často překvapující, je tvarově zvláštní, ale neorganická a kompozičně nevyvážená, chybí řád a cíl obrazu, známe nemocné, kteří kreslí své obrazy z náhodné skvrny, bez plánu a bez syntézy. U některých nemocných, u nichž je mysl pod maskou rozrušení nebo při občasném záchvatu málo zasažena a nemocný není úplně zachvácen blouzněním, jsou možná téměř normální činnosti, že budou žertem psát nebo hravě kreslit, jak to činí děti a stejně tak jako děti nejprve malují čmáranice. (Pondělíček, I., Praha 2002, Vinchon, 1931)

Nemocní, kteří mají halucinace, tak promítají do vnějšího světa své vnitřní obrazy. Nemocní mají často chorobně esoterické představy, tyto představy jsou nutkavé a tím je umění pod tlakem opakování jistých námětů. V obrázcích kde se objevují jejich halucinatorní a bludné vnímání, často mohou být zařazeny mezi surrealistické výtvořiny. (Pondělíček, 2002)

2.5.1 TYPICKÉ ZNAKY VE VÝTVARNÉ REFLEXI

- V akutním stádiu psychózy se v tvorbě nemocných otvírají scény vyjadřující atmosféru strachu, časté jsou výrazné oči uprostřed lidských nebo zvířecích obličejů, nabité úzkostí. Kresby někdy vyjadřují chorobné změny nebo

ohlašují začínající recidivu. Jindy vidíme popraskané nebo zdeformované portréty hlodající neklidem. Zejména mezi autoportréty nebo portréty psychotiků najdeme díla velice expresivní, originální, pronikající pod masky obličejů s citlivou na ostří vystupňovanou jasnozřivostí. Velký důraz je také kladen barvám, v jejich výběru i kombinaci i znakům a rytmu čar. (Syřišťová, 1974)

- Často se objevují magické nebo alegorické vyobrazení, ale i geometricko-lineární kresby, abstraktní symbolické obrazy bludišť a pastí, z nichž není téměř možný únik. Jindy nás pohltí prostor vyplněný až po okraj symbolickými ornamenty, za tímto můžeme tušit strach z prázdnoty. Někdy se objeví monstra, zmrzačené figury, trpasličí postavy s velkými pohlavními orgány, zrudní hlavonožci, lidi nebo zvířata se zmnoženými končetinami nebo hlavami, odrážející akutní fázi roztříštěného prožívání. (Syřišťová, 1974) Nemocní často zobrazují i ilusivní náměty, jsou mystickými nebo erotickými blouznivci, vyobrazují Satana, Pannu Marii nebo představy prazvláštní a obtížně popsitelné. (Vinchon, 1931) Častým zobrazováním jsou církevní témata, jedná se o reminiscence, které nemusíme chápat jako výraz aktivních duševních procesů, připsané texty ukazují na to, že autor o religiózních problémech rozvažuje a pokouší se o vlastní kombinace. Obzvláště časté je míchání náboženských a erotických fantazií. (Prinzhorn, 2009)
- Objevuje se chudoba námětů, strnulé figury, časté symboly smrti, časté jsou náměty sebevraždy, utrpení, obrazy mají nedostatek smyslu, objevují se v nich strnulé tváře, zkroucené části těla geometrické vzory, vpisované texty, postavy poskládané z částí, častá je nevšední barevnost, narušená prostorová organizace, kompozice bývá nevyvážená, dezintegrována, detaily příliš vypracované. Obvyklé jsou deformace, transparentnost, je evidentní regres výtvarného výrazu, návrat zpět k primitivním, infantilním vyjadřovacím prostředkům, symboly připomínající hieroglyfy. Objevují se i

bujné formy, barokní zdobené tvary, groteskní zobrazení, stereotypy, rámování. Výtvary často oscilují mezi dvěma póly, jeden tvoří výrazově bohatá tvorba a druhý chudá až prázdná výtvarná reflexe. (Šicková-Fabrice, 2002)

- Ke specifickým rysům schizofrenní kresby mohou patřit obrazy zastaveného času, mnohdy zvláštní nehybné krajiny s fantastickými tvary, jež připomínají minerálie, kobercové motivy aj. Jindy je v obrázcích nabitý prostor až po samý okraj stereotypně se opakujícími ornamenty, obrazy zániku světa. (Syřišťová a kol., 1989) Dále se mohou objevovat některé symptomy, např. kontaminace nebo slévání, když má zvířecí trup lidskou hlavu a naopak. Velkou skupinu představují neohrabaná znázornění lidí a zvířat, které často nelze odlišit od dětských kreseb. Velmi často se vyskytují sériové kresby s jedním motivem. Často se setkáváme s přebujelým pudem ke zdobení. (Prinzhorn, 2009)

Studují se umělecké projevy duševní poruchy a vliv choroby, která postihne vyvinuté umělce, jednak lehčí duševní poruchy a poruch na uměleckou tvorbu. Ve studiích se můžeme dočíst, že ani těžké duševní poruchy neničí uměleckou schopnost. I při těžkých psychózách zůstává umělecká činnost dlouho uchována, i když jiné duševní schopnosti jsou těžce postiženy. Lehčí duševní poruchy bývají zdrojem umělecké tvorby a někdy jí vtiskují zvláštní ráz, u některých umělců se dokonce zdá, že právě onemocnění jim, dovolí proniknout do hlubin, které by zůstaly nedosažitelnými. Ve výtvarném projevu věnujeme pozornost nejen obsahu nýbrž i formě. Někteří schizofrenici mají pozoruhodnou uměleckou produkci a umělecké projevy ukazují jistou měrou i zvláštní typický charakter, a bývá i nápadná podobnost s výtvary primitivů a dětí. (Vinchon, 1931)

Často nemocní kombinují kreslení a psaní literárních děl či básní. Mohou se zde objevit i neologismy a verše se mohou i několikrát opakovat. (Vinchon, 1931) Může se stát, že nemocní kteří píšou dopisy, nakonec přichystaný papír počmárají zdánlivě nesmyslným způsobem, to můžeme najít i v novinách, časopisech, které nemocní neuspořádaně počmárají. I v této nic neříkající čmáranice lze nalézt výrazovou řeč,

kteřá disponuje velkou škálou nuancí a i tu nejmenší kudrlinku můžeme chápat jako expresivní jednání a interpretova je, i když jen ve velmi malé míře. (Prinzhorn, 2009)

U nemocných si všímáme čmáranic, ty jsou někdy zmatené a ukazují smysl pro ornamentici. V těchto čmáranicích se objevují stylizované tvary a svým opakováním zvyšují dekorativnost. Rozmanitost u schizofreniků je nekonečná, každý kreslí podle svého osobního způsobu, který se většinou podrží po celou dobu činnosti, každý nalezne svůj způsob velmi rychle. Často bylo pozorováno, že někteří nemocní začínali kreslit od náhodné skvrny, od nějakého kazu v papíře, od předešlé čmáranice, pak připojují čáry a ornamenty podle své nálady a někdy jí doplní symetrickými obrázky. (Vinchon, 1931)

U řady výtvarných děl schizofrenici upřednostňují zálibu groteskního zkreslování výjevů okolního světa. Tato radost ze zkreslování skrývá odklon od uchopitelného okolního světa a dále převahu groteskních názorných obrazů, a že tyto obrazy ovládají život představ a vše vedle nich ztrácí sílu. Mohli bychom to dát do spojitosti s pudem hrát si, v němž spatřujeme tendenci veškeré tvorby. (Prinzhorn, 2009)

Rennert (1966) popisuje 14 kriterií, která jsou pro tvorbu osob trpících psychotickou poruchou významná. Důležité je zmínit, že Rennert popisuje níže uvedená kritéria u nemocných, kteří neužívají medikamenty.

1. Vertikální posun úhlu pohledu
2. Barokně zdobené formy (cukrářský styl)
3. Obrazový salát
4. Využití plochy až k okraji papíru ("horror vacui")
5. Vepsání písmen
6. Kombinace heterogenních materiálů
7. Kombinace lidí nebo částí těla s neživými objekty
8. Ornamentální stereotypie
9. Plochu zaplňující iterace figur, symbolů

10. Stereotypní opakování, perseverace
11. Geometrizační a schematizační
12. Nedbání na prostorové vztahy mezi jednotlivými obrazovými prvky
13. Ztráta kompozice
14. Rozpuštění fyziognomie lidí a zvířat

Po užívání medikace (neuroleptik) řada znaků mizí.

2.5.2 HISTORICKÝ VÝVOJ V ZOBRAZOVÁNÍ A POHLED NA PSYCHOTICKÉ ONEMOCNĚNÍ

Již v prehistorii jak bylo zmiňováno v kapitole výše - historické vymezení pojmu bylo zmiňováno, že šleli již naši dávní předkové. Nemocní byli pokládáni, že jsou posedlí zlými duchy a dávali je do spojitosti s ďáblem, ženy byly pokládány za čarodějnice. Čarodějníci nebo čarodějnice byli buď lidé, kteří chtěli vzít ďábla a mazali se delirogení mastí, ženy si vkládali pomětko mezi nohy a masturbovali jím. Alkaloidy Solanceí vyvolávali různé halucinace, ty si potom upravovaly podle zážitků prožité od jiných. Nebo to byli lidé, kteří kradli hostie, svěcenou vodu nebo manipulovali s křížem, pro to, např. aby kráva více dojila apod. Tito lidé byli přivazováni řetězy nebo okovy, někteří přiznali čarodějnictví jen proto, aby je šli z mučidel. Již v té době nemocní kreslili nebo ryli na zdi. Zobrazování patologických stavů a zážitků se objevuje ve výtvarném umění od doby, kdy se tyto stavy vymaňují ze zasetí démonologických výkladů, přibližně od doby Velké francouzské revoluce. (Pondělíček, 2002; Vondráček a kol., 1993)

„Před osvobozujícím činem doktora Pinela, hrdiny psychiatrie, který zbavil nemocné okovů, byla tato témata většinou představována pouze jako magicko-religiozní náměty vymítání ďábla, zázračných uzdravení apod.“ (Pondělíček, 2002, s. 102)

I v dílech známých malířů můžeme nalézt halucinatorní vize a představy nalezneme např. u Bosche, Blakea, Grünewalda, Schongauera, El Greca, Goyi, Chagalla a vlastně

v celé imaginativní větvi fantaskního umění. I známí umělci zpracovávají psychiatrická témata, která je často vtíravé uvnitř duše zužovala. (Pondělíček, 2002) „*Williamu Blakea jeho přátelé přistihli, jak maluje „ducha mouchy“, jehož prý viděl před sebou. Takový byli i Böcklin a Bosch, jehož Lod' bláznů spojuje skutečné a konfabulované právě tak, jak to činí schizofrenici: strom tam vyrůstá z lodi a v jeho koruně roste lidská lebka. Takový byli i Dürer, Ensor, Dalí, který zcela programaticky maluje představy své „paranoie“, planoucí žirafy, akromegalické údy, rozteklé hodinky, předměty prolezlé hmyzem.*“ (Pondělíček, 2002, s. 105) Klademe si otázku, zda byli všichni tito umělci duševně nemocní nebo nenormální? Zdá se, že většina ano, alespoň jejich psychiatrické rozbory jejich života a díla o tom mluví.

Počátky arteterapie schizofrenie sahají až do 18. a 19. století, kdy hlavní myšlenka byla využít výtvarnou produkci k terapeutické práci a zkoumat duševně nemocné. Zkoumalo se to, že duševně nemocní malují jinak než zdraví a že charakter jejich tvorby se mění podle druhu a vývoje nemoci. (Šicková-Fabrici, 2002) Na to navázal psychiatr Hans Prinzhorn, který v roce 1922 vydal studii *Bildneri der Geisteskranken* kde je poprvé rozebírána výtvarná tvořivost duševně nemocných. Jsou zde kresby deseti schizofreniků. Prinzhorn zjišťuje tendenci výtvarného výrazu jejich choroby v součtu dekorativnosti + symboliky. Tyto dvě vlastnosti lidského umění spojují tvorbu schizofreniků jak s uměním pravěku, tak i s manýristickými směry a fantaskní žánry nové doby. (Pondělíček, 2002)

Dalšími významnými průkopnicemi arteterapie je Margaret Naumburgová a Edith Kramerová. Podle Naumburgové je každé individuum ať už je nebo není vzdělané v umění, tak má latentní kapacitu projikovat svůj vnitřní konflikt do vizuálních tvarů. Edith Kramerová je autorkou výrazu „sublimace“ prostřednictvím výtvarného projevu. Její první práci věnovala dětem – *Art as therapy with children* (1972), jejím cílem bylo přes výtvarnou expresi dětí posilnit jejich ego. (Šicková-Fabrici, 2002)

Poprvé po druhé světové válce použil výraz „1'art brut“ – hrubé neškolené umění francouzský malíř Jean Dubuffet. Zastával názor, že západní kultura nemá pravdu, když hodnotí pomatenost duševně nemocných jako negativum. Tvrdil, že přináší mnoho pozitivního a je jí málo. V roce 1975 založil muzeum duševně nemocných v Lausanne.

V téže době rakouský psychiatr Leo Navrátil začal diagnostikovat své pacienty pomocí kreseb a maleb. V psychiatrické léčebně založil Dům umělců – *Gugging*. (Šicková-Fabrici, 2002)

V dnešní době je arteterapie na vzestupu ve všech zemích včetně české a slovenské republiky.

2.6 ARTETERAPIE A PSYCHOTERAPIE U NEMOCNÝCH S PSYCHOTICKÝM ONEMOCNĚNÍM

2.6.1 ARTETERAPIE

Arteterapie u lidí trpících psychotickou poruchou je velmi účinným terapeutickým prvkem. Jsou zde typické charakteristické znaky, které jsou uvedeny v kapitole uvedené výše. Je pozoruhodné sledovat tvorbu těchto nemocných a hledat společné znaky a charakteristiky jejich tvorby.

Arteterapie znamená v podstatě terapii uměním. Je začleňována zhruba od 40. let v různých variantách do komplexní terapie duševně nemocných. Arteterapie s duševně nemocnými patří k nejrozšířenějším a nejatraktivnějším oblastem arteterapie. Obsahová i formální stránka výtvarného projevu nemocných poukazuje velmi specificky na symptomatologii onemocnění. Chronologický sled kreseb ukazuje terapeutovi záznam o vývoji a průběhu choroby. Při arteterapii hodnotíme fakt, že nám zpřístupní komunikaci se schizofreniky jinými prostředky než verbálně. Jejich expresivní tvorba je jedinou formou sebevyjádření a někdy jedinou cestou do složitého autistického světa nemocných a můžou nám zpřístupnit jejich jinak nevysvětlitelné a nevyjádřitelné obsahy jejich prožívání. Jejich kresby vyjadřují chorobné změny nebo mohou ohlašovat začínající psychotický proces nebo jeho recidivu. Nemocným dáváme možnost, aby se svým dílem projevili a tím, že jejich projev či vyjádření přijímáme, tak se stáváme spolutvárci a spoluinterprety jejich tvoření a života. (Šicková-Fabrici, 2002, Syřišťová a kol., 1989)

Spontaneita tvoření u schizofreniků je i tam, kde se zdá, že si nemocný „hraje se tvary, barvami nebo se slovy“, kdy se objevují v jeho tvorbě prvky manýrismu nebo

adaismu nebo zdánlivé racionalizace. Prožitek nemocného si sám nachází výrazový prostředek a není nikdy vypočítaný na vnější efekt. Při arteterapii se může rozvinout umělecká potencialita nebo nadání, pakliže u něho nadání je a jestliže terapeut nebo skupina mohou a jsou schopni jeho originální a autentické sdělení přijmout jako prostředek smysluplné lidské komunikace, jako proces objevování a tvoření. Jde i o mimořádnou toleranci ke sdělení druhého člověka, toto vyjádření ovšem nemusí mít uměleckou hodnotu, ale je nutné umět druhého přijmout s jeho zvláštnostmi i vybočením z obvyklého vnímání světa. (Syřišťová a kol., 1982)

Využívání arteterapie je individuální nebo skupinové. V začátcích terapie se schizofrenními pacienty je vhodná individuální terapie a později se může zařadit do malé skupiny. Důležitá je pochvala výtvořů, která má být upřímná, a ne nevhodně přehnaná. Ve skupině je závislé na úrovni skupiny, někdy nebývá diskuse k obrázkům příliš plodná. Zde se využívá jiná arteterapeutická technika a tou je společná malba, ta nutí členy ke spolupráci a interakci. (Šicková-Fabrici, 2002), (Syřišťová a kol., 1982)

Arteterapie umožňuje nemocným reálný pohled na svou nemoc, poskytuje jim možnosti změny i pohled na léčení. Pomocí arteterapie hledáme cesty, jak pomoci nemocnému. Důležité je budování sebevědomí a podpory spolu s vytvářením důvěryhodného, ale dostatečně odděleného vztahu mezi terapeutem a pacientem.

Arteterapie vyvinula řadu technik využitelných u schizofrenie:

Technika čmárání – uvolňuje zábrany, pacient uvolněně čmárá po papíře a pak se hledá motiv, který se obtáhne či rozvine,

Průzkum různých výtvarných prostředků – přináší nové pocity a tvůrčí zaujetí,

Autoportrét – může diferencovat sebepercepci,

Volná kresba či malba – je zde často vidět odraz pacientových problémů,

Tematická kresba rodiny, zaměstnání, manželství

Malba snů a fantazií – podobně lze malovat i první vzpomínku, sebe jako zvíře aj.

(Syřišťová a kol., 1982)

CÍLE ARTETERAPIE

Vždy volíme cíl s ohledem na daného nemocného. Každý nemocný je individuum a má své zvláštnosti a požadavky. Vždy se snažíme k tomuto přihlížet. Snažíme se podpořit motivaci k malování a zohlednit i jejich možnosti a vést je a pozitivně podporovat. Nezapomínáme nemocné chválit a vždy zohledňujeme přání nemocného. Některým nemocným vyhovuje odborné vedení terapeuta a jiným naopak vadí a nenechají si do procesu tvorby zasahovat. Dále se snažíme vyzdvihnout jejich výjimečné kvality.

„Arteterapie u duševně nemocných dává příležitost sublimace negativních prožitků, umožňuje korekci nepřiměřených, předčasných, zmatených závěrů a událostí ve vlastním životě, které vedou ke zmatenému myšlení a chování, poskytuje reálný pohled na svou nemoc, nabízí vizi změn a chápání událostí i naději na vyléčení.“ (Šicková-Fabrici, 2002, s. 76)

Arteterapie pomáhá nemocným prostřednictvím umělecké tvorby reflektovat svoje problémy (např. hněv, strach aj.) a integrovat je jako součást sebe. Většina nemocných neumí popsat svůj hněv, ale jsou schopni ho komentovat. Arteterapie pomáhá nalézt cestu k nápravě, ke konkrétnímu řešení. Výtvarná reflexe může lépe vyjádřit pocity pacienta a jeho aktuální stav. S tímto ohledem je na arteterapeuta kladeno mnoho požadavků. Terapeut musí být empatický, musí pohotově reagovat, protože chování těchto pacientů je bizarní, tak jako jsou bizarní i jejich výtvarné reflexe. (Šicková-Fabrici, 2002)

Hlavním cílem v arteterapii se schizofrenními pacienty je možnost sebevyjádření a nalezení společné „řeči“, rezonance s druhými lidmi. Dále to může být nejméně násilná příprava k rozvíjení sociálního kontaktu. Ve skupině není vhodné analyzovat skryté symbolické významy jejich kreseb. (Syřišťová a kol., 1989)

2.6.2 PSYCHOTERAPIE

Pro psychoterapii schizofreniků platí zásady, které Kretschmer prosazuje u tzv. schizoidních neuróz. Máme-li před sebou schizoidní osobnost, tak musíme být velmi opatrní, abychom hloubkovou analýzou nevyvolali skryté schizofrenní mechanismy.

Není řídkým zjevem, že schizofrenik své životní problémy řeší ve dvou liniích, v autistickém snovém světě a v nově vybudované realitě. V terapii s psychotickými pacienty si klademe otázku, do jaké míry je vhodné rozbít jejich imaginární svět. Je to vhodné jen potud, dokud tím nemocný netrpí víc než svými iluzemi a bludy. Zpočátku terapie respektujeme pacientovu úzkost z reality a nemůžeme nemocnému rozbít jeho imaginární svět, dokud mu není za to co nabídnout ve skutečnosti. V terapii není možné psychotikům bludy rozbít a vyvracet, avšak se můžeme snažit naučit je být vůči nim imunní. (Syřišťová, 1974)

Nejprve je nutné překonat pacientův hluboký pocit osamocení. Psychotik nemá žádné opěrné body v realitě na rozdíl od neurotika. Je proto nutné vytvořit vztah, kde ho terapeut přijímá a objevuje jeho lidskou hodnotu, jakkoli překrytou psychózou. Ve fázi úzkosti, je nutno dát nemocnému prožít pocit lidské blízkosti, bezpečí a přijetí, jež znamenají mnohdy obrat v prožívání sociální izolace. Terapeut by měl umět vstoupit do pacientova imaginárního světa jako „jeho“ člověk, jeho spojenec, jinak terapeutické působení zůstává bez odezvy. Dále je nutné naučit se pohybovat ve dvou rovinách, na úrovni normálního reagování a v rovině pacientova patologického uvažování. K psychoterapeutickému problému patří najít hranici uprostřed složité, rozpadající sféry schizofrenikova prožívání, myšlení i komunikace. Předpokladem úspěchu je vytvoření nosného terapeutického vztahu. (Bouček, 2002)

Snažíme se o vytvoření vztahu mezi terapeutem a pacientem, to předpokládá schopnost terapeuta neodrážet pacientovy hostilní reakce, jednak schopnost vyvést ho opatrně z jeho počáteční abnormní citové závislosti na terapeutovi a snažíme se zaměřit na další cíle a objekty, které jsou významné pro saturaci pacientových potřeb. Včasné psychoterapeutické zásahy ve smyslu zneškodnění agresivních pohnutek a „opouzďení“ bludů, tvoří nezbytnou součást léčby, zamezuje „zhoubnému bujení“ paranoidního systému a pomáhá nemocnému návrat do společnosti. (Bouček, 2002, Syřišťová, 1974)

K dalším z nesnadných terapeutických úkolů patří vyznat se ve složitém a komplikovaném schizofrenním obrazu reality, abychom v něm mohli vytvářet strukturu a navázat styk s nemocným, jestliže se nám nepodaří zejména zpočátku zasáhnout tyto

nejjemnější varianty jejich psychického života, nepodaří se je ovlivnit vůbec. Schizofrenikovo chování někdy může v terapeutovi vyvolat úzkost, neuspokojení z marného snažení, terapeut se může cítit bezmocný a není schopen dále tolerovat jeho prověřování a agresi. Dávka úzkosti ovšem podle některých autorů není na škodu, dokáže se lépe vcítit do pocitu nemocného. Jestliže u terapeuta vznikají zpětné agresivní tendence vůči pacientovi, které není schopen odstranit, je aby se dokázal nemocného včas vzdát a předal ho jinému terapeutovi. (Syřišťová, 1974)

Jestliže se podaří získat pacientovu důvěru, bývá psychotikova závislost na terapeutovi intenzivní, může se na něj upnout, avšak terapeut nesmí přijmout na sebe tuto úlohu, která by udržovala pacienta v patologické bezmocné závislosti a zbavovala ho možnosti samostatného vývoje. (Bouček, 2002)

Člověk se schizofrenií zpravidla v sobě nenachází oporu, má potíže mluvit s druhými aj. a psychoterapie mu poskytuje určitý ochraňující prostor, ve kterém se může projevit, co ho trápí. Terapeut mu pomáhá porozumět souvislostem a hledají jak zpracovat to, co bylo odsunuté v době akutních příznaků. Těžiště může být v rozhovoru, umělecké práci, nácviku dovedností aj. Terapeut pomáhá nemocnému porozumět tomu, co se děje, oddělit zdravé prožívání od nemocného, zmírnit patologické prožitky, obnovit žebříček hodnot, znovu nalézt důvěru v sebe i svět kolem, vytvořit pocit bezpečí a najít cestu jak překonat současné problémy. (Praško a kol., 2001)

Psychoterapie může trvat i několik let, může probíhat individuálně nebo ve skupině. Vždy se musí přizpůsobit potřebám pacienta. Vhodná je i kognitivně-behaviorální terapie, ta je zaměřená na celkové přijetí nemoci, odstranění úzkostného způsobu myšlení, relaxaci, učí je zbavovat se zbytkových příznaků a trénuje dovednosti potřebné pro sebeobstarání. Soustředí se zejména na nemocné s dlouhodobým onemocněním. Základními postupy kognitivně-behaviorální terapie jsou např. porozumění psychóze a jejím příznakům, účelové plánování aktivity, nácvik komunikace a sociálních dovedností, řešení problémů v životě aj. Velmi důležitá je rodinná terapie. Pro nemocné je potřebné, aby bylo v rodině příznivé klima bez výčitek a hádek. Rodinná terapie se snaží pomoci zklidnit vztahy v rodině a nalézá rovnováhu

pro všechny členy rodiny. Významné jsou i edukační kursy pro rodiny. (Praško a kol., 2001)

Aktivita terapeuta se mění v závislosti na fázích terapeutického procesu:

Iniciální fáze - klade požadavek na aktivitu terapeuta, to směřuje k navázání vztahu. Většinou se jedná o jednosměrnou komunikaci, terapeut k pacientovi,

Druhá fáze - zde přebírá interakční rovinu pacient, terapeutické usměrnění zůstává nadále na terapeutovi,

Třetí fáze – úkolem terapeuta je uvolnění jednosměrné emocionální závislosti, interakční aktivita je vyvážená oběma směry, aktivita terapeuta směřuje k osamostatnění pacienta,

Čtvrtá fáze – terapeut přebírá podpůrnou funkci při orientaci v reálném sociálním prostředí. (Syřišťová a kol., 1982)

Naše projevy a jednání by měly být pro pacienta srozumitelné, pacient má mít pocit, že je pochopen. Pro schizofreniky je mnohdy velmi významný faktor metakomunikace (intonace, zabarvení hlasu, mimika, gotika apod.). (Syřišťová a kol., 1982)

2.7 CHARAKTERISTIKA TERAPEUTICKÉ SKUPINY SCHIZOFRENIKŮ

Je to práce s lidmi, kteří mají specifické problémy a strukturu osobnosti, to vnáší do skupiny zvláštní situaci a vyžaduje přiměřenou terapeutickou odpověď.

Charakteristika:

Komunikace

Komunikace je většinou ve skupině rozložená nerovnoměrně, komunikace se často účastní jen menšina pacientů. Terapeut využívá svou komunikační aktivitu jako podporu komunikačních výměn ve skupině. (Syřišťová a kol., 1989)

Vztahy

Uvádí se, že schizofrenní pacient si ve skupině většinou získá vztah pouze k jednomu či dvěma dalším členům, proto terapeut musí podporovat rozvoj vzájemných vztahů prostřednictvím komunikace. Vztahy ve skupině jsou zdrojem emočního uspokojení a často zajišťují jedinou sociální zkušenost pacientů. (Syřišťová a kol., 1989)

Skupinová koheze

Skupinová koheze se objevuje u schizofreniků za 3-4x delší dobu než u skupin neurotiků a nemůžeme počítat, že by se vytvořila spontánně. (Syřišťová a kol., 1989)

Řešení problémů ve skupině

Zvládání stresu a řešit problémy, které ve skupině vyvstanou je obtížné pro sníženou úroveň testování reality a nízkou kohezi. Psychotici zacházejí s rozrušujícími podněty nerealisticky a často používají nezralé obranné mechanismy. Úkolem terapeuta je zlepšit testování reality a zvládat stres zralejšími způsoby. (Syřišťová a kol., 1989)

Psychotické fantazie a emoce ve skupině

Tím, že pacient sdělí obsah své psychotické zkušenosti, je pro pacienta významný krok z izolace a umožňuje mu lepší orientaci ve vnitřním světě. Ve skupině by měla být akceptující atmosféra, kterou pacienti potřebují pro podporu ve vyjádření pocitů osamělosti, beznaděje aj. a terapeut pomáhá překonat obtíže s vyjádřením těchto prožitků. (Syřišťová a kol., 1989)

Vyjádření terapeutické zkušenosti

„Konfrontace a korektivní zpětné vazby nepředstavují pro psychotické pacienty ve skupině primární zdroj terapeutické zkušenosti, protože slabé schizofrenní Já se zpočátku nedokáže s nimi vypořádat a užítkovat je.“ (Syřišťová a kol., 1989, s. 97)
Pacienti potřebují podporu a akceptování, aby byli schopni překonat nedůvěru a strach z lidské blízkosti, komunikovat a sdílet své myšlenky. Po delší době se jeho Já stane pevnějším a může se projevit účinnosti korektivní zkušenosti, interpersonálního náhledu apod. (Syřišťová a kol., 1989)

Psychofarmaka ve skupině

Pacienti se především léčí neuroleptiky a jejich vliv je významný, protože umožňují mnoha pacientům účast v psychoterapii. Usnadňují navázání a rozvoj vztahů, ale na druhé straně zejména ve vyšších dávkách mohou neuroleptika negativně ovlivňovat pozornost, emoční participaci aj. (Syřišťová a kol., 1989)

3 PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části jsem se zabývala pěti nemocnými s psychotickým onemocněním a popisovala moji spolupráci, cíle a intervence spolu s jejich výtvarným projevem. Snažila jsem se hledat charakteristiky tvorby nemocných s paranoidní schizofrenií. S nemocnými jsem se setkávala na psychiatrickém oddělení v nemocnici v Táboře. V průběhu mého působení jsem konzultovala moje snahy, postupy a případné zhoršení stavu, které se mohlo odrazit v jejich tvorbě s psychiatrem a psychologem. Dvakrát týdně jsme měli supervizi, kde jsme probírali a sdělovali naše přístupy, to co by se mělo změnit, to co se nám povedlo i to, co nám bylo nepříjemné a nevedlo se nám.

3.1 Jaroslav (59 let)

První kontakt na psychiatrii měl již v 18ti letech, poté opakované pobyty pro paranoidní schizofrenii. Jeho výtvarnou tvorbu jsem sledovala po dobu jeho dvou posledních hospitalizací na psychiatrickém oddělení v nemocnici v Táboře a asi půl roku po jeho poslední hospitalizaci., kdy za mnou přicházel se svými obrázky, které maloval doma.

Osobní anamnéza: Prenatální, porodní a poporodní vývoj byl snad v normě. Ve věku 3-11let prodělal běžné dětské nemoci. Vyrůstal v úplné rodině. Adaptace na kolektiv byla dobrá, s vrstevníky vycházel bez obtíží. Adolescence bez obtíží.

Pracovní a sociální anamnéza: Základní školu absolvoval bez obtíží, prospěch měl dobrý. Poté studoval SOŠ výtvarné v oboru propagační výtvarník. Nyní má PID z psychiatrické indikace pro paranoidní schizofrenii. Dříve pracoval jako návrhář. Bydlí sám v RD. Existenční problémy nemá.

Rodinná anamnéza: Otec zemřel v 71 letech na CMP. Matka zemřela v 82 letech na karcinom tlustého střeva. Má 1 sourozence, vychází spolu dobře. Je svobodný, bezdětný. Z rodiny se nikdo na psychiatrii neléčil.

Hospitalizace r 2014

Jaroslav byl přijat pro dekompenzaci stavu. Nadužíval některé léky, hlavně léky z lékových skupin anxiolytik a biporiden. Osobnost byla již s patrným defektem. Byl úzkostný, s depresivní náladou, plačtivý, bez inspirace, nebavilo ho malovat. Oční kontakt udržel, spolupracoval. Spal velmi špatně, bál se myšlenky o Bohu a Ďáblu, že ho „schlamstne“ za nějaké špatné rozhodnutí, třeba co se týče jeho bývalých lásek. Při úpravě medikace se jeho stav zlepšil, upravila se jeho nálada, spánek i motivace k malování.

Hospitalizace r 2015

K další hospitalizaci, cca 1 rok po předchozí hospitalizaci byl přijat k úpravě medikace. Opět pro nadužívání Akinetonu, ten ho „nakopával“ a byl schopný dělat více aktivit. Halucinace i bludnou produkci negoval. Někdy se objevila tenze, přítomny byly negativní příznaky schizofrenie. Byl orientovaný, spolupracoval, tempo myšlení bylo lehce retardované. Po úpravě medikace, kterou dobře snášel, byl propuštěn domů. Užívá medikaci ze skupin neuroleptik, antidepresiv a depotní injekční formu neuroleptik.

TVORBA

U Jaroslava jsem musela přihlížet k tomu, že prošel nějakou výtvarnou průpravou. Snažila jsem se porovnat tvorbu několik let zpátky a dnes, zda je tam patrný výtvarný posun v úpadku osobnosti, který je patrný vlivem nemoci a jeho nedodržování stanovené léčby. Je nutné rozlišovat mezi tvorbou v zajetých kolejích, přičemž nemusí být po dlouhou dobu patrná žádná změna, a dále snaha nalézt výtvarný výraz pro psychotický obraz. Jaroslav má uměleckořemeslnou zručnost, vytváří díla ve velkých formátech, která mají stále dobrou kvalitu.

S Jaroslavem jsem se setkávala při jeho hospitalizacích na oddělení psychiatrie v Táboře a následně po jeho propuštění. Při kontrolách za mnou docházel, kde jsem na něho měla vymezený čas a věnovala se mu, konzultovali jsme jeho chuť k malování a to, co se mu podařilo, apod. Ovšem Jaroslav dostatečně nedodržoval léčebný režim a docházel velmi často v jiný den i hodinu. I přes to jsem se snažila nějaký čas mu věnovat. V začátku hospitalizace vždy neměl dostatek motivace malovat, býval

v pokleslé náladě a byl unavený. To jsem se snažila postupně vrátit do normálu, chodil se mnou na pracovní terapii, maloval vždy, i když v pomalejším tempu a s výsledkem nebýval hned úplně spokojen. Hodnotila jsem to kladně a dávala mu pozitivní zpětnou vazbu. Někdy jsem měla pocit, že se překonává jen kvůli mně. V průběhu hospitalizace většinou maloval portréty, hlavně portréty spolupacientů. Ty bohužel k dispozici nemám, protože si je pacienti odnášeli domů a já jsem je nezdokumentovala. Byla to pro něho rychlá tvorba a nemusel se na ni úplně soustředit. Občas se mu stávalo, že některé portréty bývaly stejné a maloval je vícekrát. Volil formáty velikosti A2 nebo A3. Při jiné tvorbě volil často nějakou předlohu. (obr. Vinetou, Korzár, portréty podle Rembrandta aj.) Používal tužku, tuš a někdy zvolil i akvarel nebo tempery. Jelikož je Jaroslav výtvarně zdatný, nevyhýbá se žádnému materiálu. Ovládá kvalitně postavy, proporce zvládá dobře, ale někdy je zvláště posunutá (např. obr. 1 -neohrabaně znázorněné ženské tělo a obr. 4 - na kraji svalnaté tělo, obr. 23, obr. 25 - žena..) Poskytl mi k dispozici i něco z málo jeho tvorby z předchozích let. Obr. 1 a obr. 2 jsou z roku 1999. Jsou ve velikosti A2 a jsou malované tuší podle předlohy. Další dva obrázky – 3 a 4 jsou z roku 2002, jsou opět malované podle předlohy. Z roku 2003 je obrázek 5. Z roku 2005 jsou následující 3 obrázky 6 - 8. Během hospitalizace z roku 2014 a následně během roku maloval podle předlohy Rembrandta. Obrázky 9 – 15. Přelom roku 2015 a 2016 namaloval obrázky 16 - 19. Opět podle předlohy. Sledovala jsem zároveň volenou barevnost obrázků. V tvorbě z roku 2016 obr. 20 – 26 převládá barevnost modro-černo a některé jsou doplněné červenou a žlutou. Na obrázcích z předchozích let i současných jsou patrné točivé momenty, objevuje se dekorativnost, zaplněnost až po okraj („horror vacui“), vpisování písmen. Odlišnost v tvorbě kreseb a nových maleb z roku 2016 je patrná. Malby jsou velkoformátové, někdy ve velikosti A1, ale většinu obr. 20, 22, 23, 24, 25 a 26 maloval na natažené bílé prostěradlo. Maloval je doma a jsou zde prvky až manické nálady, to bych přikládala jeho nadužívání Akinetonu, který ho dle jeho slov „nakopává“ a způsobuje mu energii.

Spolupráce a intervence

Jelikož je pro Jaroslava výtvarná činnost vyplněním celého jeho života a velmi ho obtěžuje dekompenzace jeho nemoci, hlavně to, když ztrácí chuť k malování, ať už vlivem medikace, která ho tlumí. To ho vede k nedisciplinovanosti v užívání léků, resp.

nadužívání léků, které mu snižují únavu. (Akineton, který ve vysokých dávkách způsobuje stavy nabuzenosti, ty jsou patrné i v tvorbě, např. obr. 23 - velké formáty, barevnost je křiklavá). Z hlediska medicíny při trvalém nadužívání tohoto léku je rychlá cesta k většímu defektu jeho osobnosti. Jaroslav umí dobře pracovat s kompozicí, umí vystavit obraz, umí zachytit perspektivu, objevuje se i hieratická perspektiva.

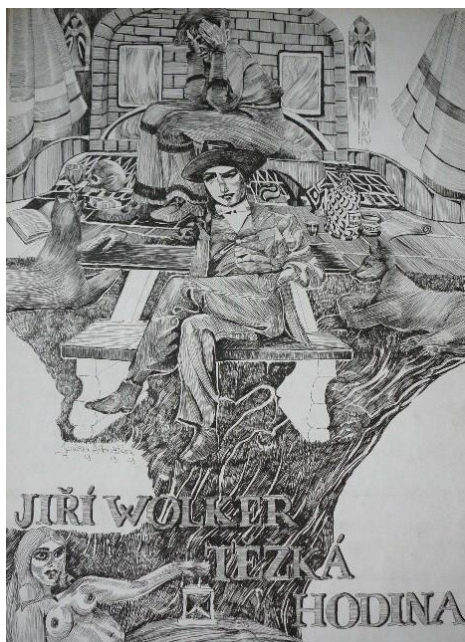
Během naší spolupráce došlo k navázání dobrého vztahu. Z mé strany byla snaha podpory k tvorbě. Téma k malbě jsem mu nezdávala, vždy přišel s tím, co chce malovat. Nechávala jsem ho tvořit volně. V době hospitalizace velmi často sahal po tužce. Snažila jsem se o to, aby více používal barvy, resp. pobízela jsem ho, aby třeba zkusil portrét zachytit barevně apod. Pokusil se tedy malovat barvou, ale portrét nedokončil a vrátil se k tužce. Jeho rozhodnutí jsem respektovala. Když jsme se setkávali po propuštění a nosil domácí tvorbu, tak jsem vždy pozitivně hodnotila jeho snahy, povídali jsme si o tom, co plánuje, jak se mu daří, co ho čeká, co bude malovat apod.

Intervence z mé strany byly jen minimální. Jaroslav je velmi výtvarně zručný a necítila jsem, že bych mu mohla v tomto ohledu více nabídnout. Spíše jsem se ho snažila motivovat k tvorbě a utvrzovat v tom, aby se držel své výtvarné kvality. Jaroslav uspořádal výstavu v Galerii Bastion v Táboře, výstava měla úspěch a dokonce se prodaly některé z obrazů. Některé malby byly součástí výstavy.

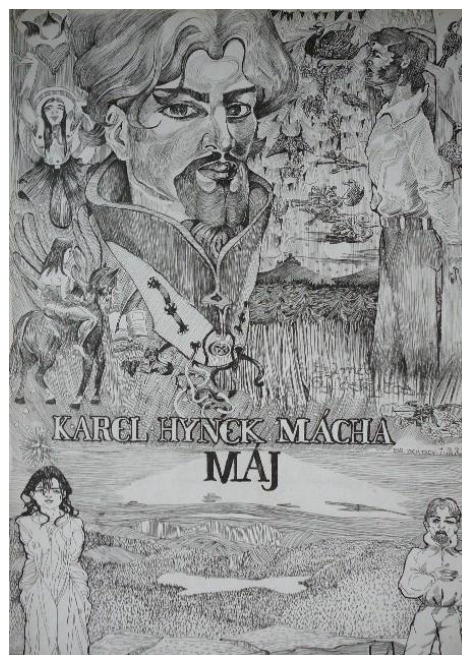
Znaky v tvorbě

V jeho tvorbě se objevují točivé momenty, proporčnost postav je v některých obrázcích posunutá, je zde náznak pohybu, jako by se to pohybovalo před očima. Kresby jsou zapouzdřující, využívání plochy je až po okraj (horror vacui), vyskytují se čárky, které to drží pohromadě. Výstavba některých obrázků je sestavována z prvků - obr. 23 zde je patrná podobnost tvorby jako u Vincenta Van Gogha (Hvězdná noc). V minulosti procestoval Francii, často se k ní ve vzpomínkách vrací a na jeho obrazech se to často promítá. Objevuje se střídání barevnosti, některé malby „křičí“ barevností a jiné jsou jen v tmavo modro-černé kombinaci. Je přítomná stereotypie v tématech, vpisování písmen. Obr. 22 je rozpůlený, objevuje se tam den i noc zároveň, je to statické.

Jeho duševní stav je kolísavý. Z mé strany zazněla podpora k tvorbě, poskytovala jsem pozitivní zpětnou vazbu, mnoho pochval. Malba Jaroslava dosahuje dobrých kvalit.



Obr. 1.



Obr. 2



Obr. 3



Obr. 4



Obr. 5



Obr. 6



Obr. 7



Obr. 8



Obr. 9



Obr. 10



Obr. 11



Obr. 12



Obr. 13



Obr. 14



Obr. 15



Obr. 16 Korzár



Obr. 17 Vinnetou



Obr. 18 Vinnetou



Obr. 19 Akt



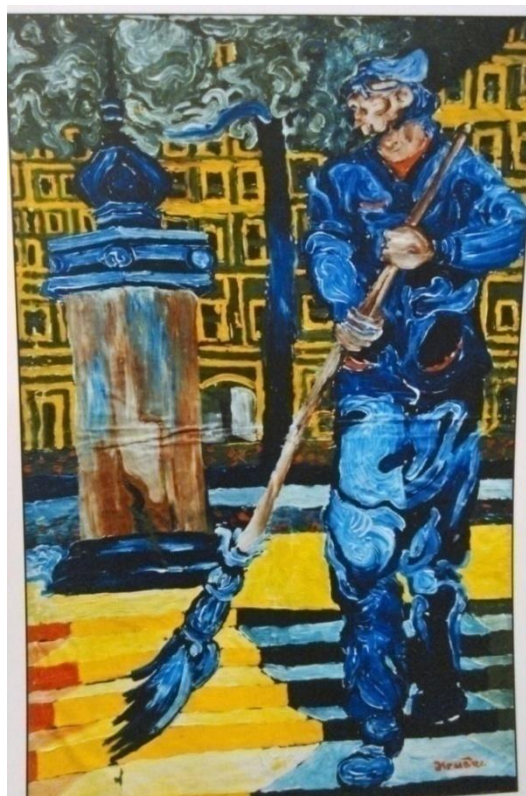
Obr. 20



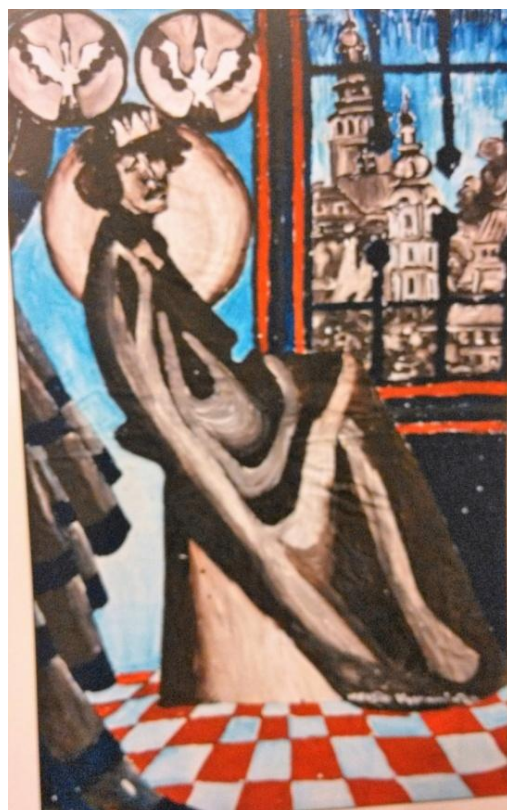
Obr. 21



Obr. 22



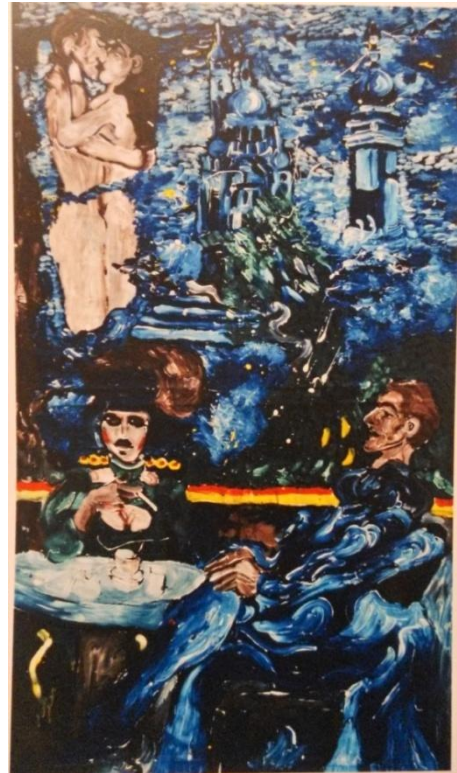
Obr. 23



Obr. 24



Obr. 25



Obr. 26

3.2 Veronika (34 let)

Výtvarné počínání Veroniky jsem sledovala po dobu jejích tří hospitalizací na psychiatrickém oddělení při nemocnici v Táboře. V období zhruba 10ti měsíců. Po propuštění domů již Veronika neměla zájem o docházení za mnou a další malování, ačkoli jí to velmi bavilo. Navázání vztahu s ní bylo velmi obtížné.

Veronika se léčí od svých 20ti let pro paranoidní schizofrenii.

Osobní anamnéza: Prenatální, porodní i poporodní vývoj byl v normě. Porod proběhl bez komplikací. V dětství prodělala jen běžné dětské onemocnění, s ničím vážným se neléčila. Navštěvovala mateřskou školu. Na základní škole měla průměrný prospěch, kázeňské problémy neměla. Poté se učila na 3letém učebním oboru švadlena, kde se vyučila.

Pracovní a sociální anamnéza: Po vyučení pracovala jen krátce jako švadlena. Má PID z psychiatrické indikace pro paranoidní schizofrenii.

Rodinná anamnéza: Otec se zastřelil ve 46ti letech, léčil se pro deprese. Její matka se také léčí pro deprese. Má dva nevlastní bratry a 1 dceru.

1. Hospitalizace

Probíhala v období jejího prvního těhotenství- aktuálně byla ve 20tt. Na oddělení byla přijata na doporučení z gynekologického oddělení, kde byla hospitalizována pro neklid a zvracení. Měla strach, bála se odběrů krve, dále o miminko a porodu. Byla v napětí a emočně labilní. Její odpovědi a projev byl jednodušší, odpovídala bez latencí. Aktuálně neměla poruchy vnímání, měla paranoidní bludné myšlení. Po úpravě medikace neuroleptik a anxiolytik došlo k úpravě stavu a po třech týdnech byla Veronika propuštěna domů.

2. Hospitalizace

Veronika byla přijata na doporučení dětského lékaře, byla 8 dnů po porodu. Byla vyčerpaná, nejistá a bezradná. Hůře spala. V té době bydlela s přítelem, který byl stále v práci. Rozhovor navázala bez souvislostí větou „Prodala byste svoje dítě? Já bych ho neprodala, ale moje švagrová to udělala.“ Údajně jí to řekla matka. Po návratu z porodnice měla pocit, že nic nezvládne, že je na všechno sama. S přítelem se snažili, ale postupně nevěděli co dělat. Veronika měla strach o miminko, jestli bude dobrá matka a měla až panický strach z odběrů krve. Byla plačtivá a v napětí. Dle dětského lékaře upadla do bezradnosti, snažila se starat o dítě, všechno si zapisovala, až přehnaně nesmyslně. Rodina jí dávala jen částečnou podporu.

Byla orientovaná všemi směry, nebyla schopná navázat oční kontakt, emočně byla labilní. Občas se u Veroniky objevila podrážděnost, vyjíždivost a plačtivost. Objevilo se paranoidní bludné myšlení i sluchové halucinace. Bylo nutné zastavit laktaci, upravit medikaci a následně i přistoupit k depotní injekční terapii pro horší spolupráci.

3. Hospitalizace

Veronika byla přijata pro zhoršení stavu. Po hádce s přítelem nezvládala zátěž v domácím prostředí. Bylo jí spatně od žaludku, měla tlaky do hlavy, tento stav trval už od porodu. Dcera byla v péči babičky (matky přítele), a pokud měla volno, tak ji

navštěvovala. Udávala časté hádky s přítelem. Myšlenky na sebevraždu negovala. Spolupracovala, oční kontakt udržovala jen omezeně, zpočátku byla velmi negativistická, po úpravě medikace došlo k zlepšení.

TVORBA

První kontakt

S Veronikou jsem se seznámila při její první hospitalizaci na oddělení psychiatrie v Táboře, kterou zmiňuji v anamnéze. V té době byla Veronika ve 20tt. V průběhu hospitalizace projevila zájem o malování. Navázání vztahu s Veronikou bylo obtížné, byla odtažitá a její slovní projev byl úsečný a rozhovor velmi často náhle utnula. Dávala jsem jí k dispozici čtvrtky různých velikostí i různé výtvarné materiály. Po celou dobu volila čtvrtky ve velikosti A4. Při této hospitalizaci volila výhradně propisku a fixy. Stříbrný fix, který neměla ve škále nabídnutých barev, si sama vyhledala na mém pracovním stole. Ten je použitý v obr. 28, 29, 30 a 31.

Zde je patrný velký nárůst symptomaticky (úzkost). Objevuje se zvláštní barevnost, obsah obrázků napovídá atace, jsou zde destruktivní záležitosti, nelogické morbidnosti. Objevuje se vyplňování tečkami (jakési nutkání), amorfnost u figur i u objektů (stromy), rozpad tělesného schématu. Záležitost osamocení (vědomí ztráty s realitou). U obr. 29 „Kytky“ – vlní se, proces schizoidní (točí se to).

Veronika se snažila o vyplnění celé plochy čtvrtky rychlými tahy fixem nebo propiskou zaplnila vlnovkami, tečkami a čárkami. Jako by horror vacui (strach z prázdnoty) nenechal Veroniku klidnou, nebo snad mohl Veroniku podnítit k další činnosti? I ta nejjednodušší čmáranice je z mého pohledu důležitá, protože se blíží alespoň nějakému bodu tvorby. Proto jsem každou snahu hodnotila velmi pozitivně a vždy Veroniku pochválila.

První obrázek, který Veronika namalovala obr. 27 „Můj svět, Bůh rozděljuje od Dábla“ by se dalo hledat i souvislosti s jejím těhotenstvím. Vždy jen stručně sdělila, co namalovala a dál si o tom nechtěla povídat. V průběhu práce jsem se snažila nabízet nějaké témata ke zpracování, avšak vždy si zvolila téma podle sebe. Veronice jsem do tvorby nevstupovala, nebylo jí to příjemné. Respektovala jsem to. U obr. 28 je vidět, že

postavu zvládá relativně dobře, i když je postava celá vytečkovaná. V pravém dolním rohu je hrob, který patří jejímu otci, který se zastřelil. K tomuto tématu se vracela vícekrát i při další hospitalizaci ať již v hovoru nebo tvorbě. (obr. 50 a 51)

Spolupráce a intervence

Jako cíl jsem si stanovila podporovat Veroniku k tvorbě a pokusit se vyzkoušet i jiný výtvarný materiál než je fix a propiska. Chtěla jsem pomoci s výstavbou prostoru, kresbou postav, stromů a sestavením kompozice. K tomu nebyl dostatek prostoru a času a Veronice se do toho moc nechtělo. Nabízela jsem jí ke zpracování témata týkající se dětství, otce apod. Do ničeho jsem jí nenutila, do tvorby nezasahovala, nepřála si to. Někdy se rozhodla, že malovat nebude a jen jsme si povídali, což jsem pokládala také za velmi důležité.

TĚHOTENSTVÍ



Obr. 27 Můj svět, Bůh rozděluje od Ďábla



Obr. 28 Obrázek pro neteř (hrob-otec)



Obr. 29 Kytky



Obr. 30 Stromy



Obr. 31 Já

Druhý kontakt

I při druhé hospitalizaci, která proběhla 8 dnů po porodu, Veronika projevila zájem o malování. Opět zvolila čtvrtky velikosti A4 a kromě fixů přidala ještě pastelky. V obrázcích se objevují zvířecí motivy, rodina a geometrizující tvary (spirály, jablka). Opět je patrná amorfnost figur i objektů a symbolika v oddílech (hlavně Já a okolí). Velmi časté jsou centrální kompozice, které jsou zapouzdřující, voluty, související s diagnózou, hodiny, květiny, kosočtverečné tvary, které dělají prostorový dojem. Působí, že padají, proměňují se... Téma klaun obr. 38 – 40 - sebeidentifikační (blázen), stylizuje se do té role.

Veronika se opakovaně vracela ke stejným tématům, otec, rodina, zvířecí motivy, pocity a zobrazování sebe. U většiny obrázků se opět snaží vyplnit celý prostor vlnkami nebo čárkami. U obr. 32 a 33 je téma „Hulič“. Hanlivě je naštvaná na „feťáky, avšak ona sama v pubertě přiznává, že často kouřila marihuanu. Ovšem tento „hulič“ připomíná spíše nějakého „ježka“ než lidskou osobu. Zvláštní je tvarové ztvárnění jointu. Nabízím pomoc při portrétu nebo zobrazení postavy. Veronika nechce. Objevují se infantilní prvky jako je sluníčko, srdíčko, domeček. Zcela chybí reálné zobrazení. Např. v obr. 47 „Máma leží, tak to u nás fungovalo“. Jsou zde geometrické tvary a čárkami neorganizovaně vyplněný prostor. Nabízela jsem pomoc při výstavbě obr. 49 „Moje rodina“. Vnímám jako velký posun. Postavy jsou sice bez rukou a chodidel, některé části jsou transparentní, ale sluníčko nemá už oči, nos a pusu. Veroniku chválím. Před rodinou udeřil blesk, Veroniku stále tíží její životní situace, odloučení od dcery, bojí se o ni a stále přemýšlí nad tím, zda bude schopná se o ni postarat. Následně se pokouším nabídnout pomoc i u dalšího obrázku, ale Veronika nechce a přechází do tenze, proto ustupuji a nechávám tvořit volně. Vrací se zpět a já to respektuji.

Spolupráce a intervence

Veronika zůstává převážně ve svém stereotypu, neberu jí její oblíbený materiál. Dávám podporu, snažím se o vnesení i jiného materiálu. Hlavní je pro mě stále snaha o to, aby nadále měla zájem o malování. Do ničeho jsem Veroniku nenutila a snažila jsem se o to, aby si Veronika nemyslela, že je do něčeho „tlačena“.

8 DNŮ PO PORODU



Obr. 32 "Hulič"



Obr. 33 "Hulič"



Obr. 34 Dva slimáci soupeří o jídlo (Víte co se stane když soupeří? Jeden sežere druhého.)



Obr. 35 Slimák jde pro potravu



Obr. 36 Želva



Obr. 37 Opice



Obr. 38 – 40 Klaun



Obr. 41 Bez názvu



Obr. 42 Spirála



Obr. 43 Podmořský svět



Obr. 44 Zlí duchové



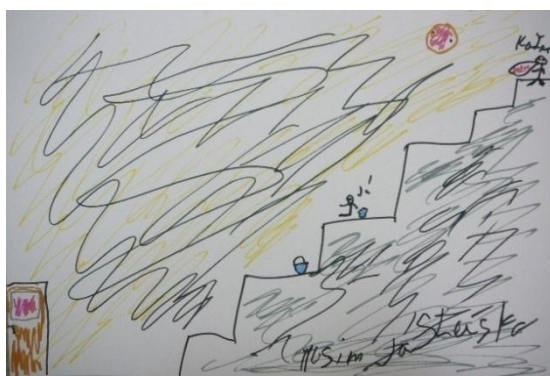
Obr. 45 Já



Obr. 46 Můj domeček



Obr. 47 Máma leží a já vařím, tak to u nás fungovalo...



Obr. 48 Řvala na mě, ať umyju schody



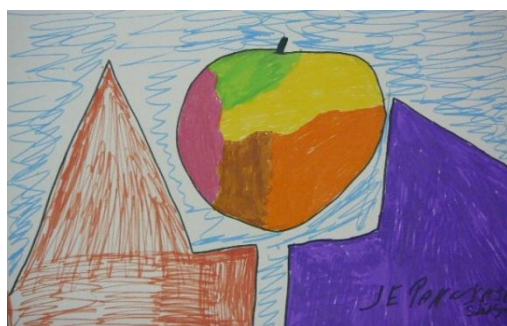
Obr. 49 Moje rodina



Obr. 50 Smrt (Otec se zastřelil)



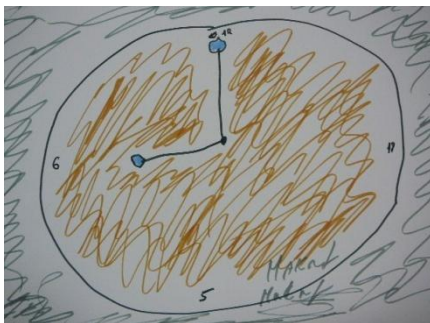
Obr. 51 Otec (Měl 3 rybníky)



Obr. 52 Jak jsem přišla o panictví (byl násilník)



Obr. 53 Moje pocity



Obr. 54 Hodiny



Obr. 55 Můj svět

Třetí kontakt

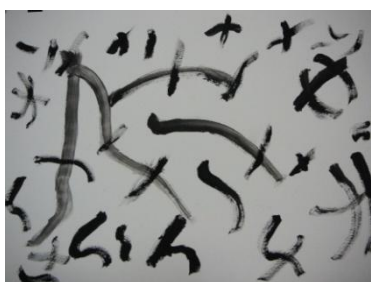
Při její poslední hospitalizaci opět projevila Veronika zájem o malování. K mému překvapení si Veronika k prvnímu obrázku vybrala výtvarný materiál tempéry, což v předchozích hospitalizacích nikdy neučinila. V obr. 56 - 58 je patrný akutní stav – čárky. Je zde nutkavý rukopis, jakýsi proces rozpadu. V dalších obrázcích, které navazují 59 a 60 – je domeček, srdce- hodně infantilní, značí Veroniky emoční rozpad. Opět se vyskytuje amorfnost, vpisování do obrázků, vlnění tvarů.

Spolupráce a intervence

Snaha o realističtější zobrazování figur a prostoru. Podpora v malování. Zlepšení a prohloubení navázaného vztahu a větší důvěry. Intervence i spolupráce byla téměř totožná s předchozími, uvedenými výše, při minulých hospitalizacích.

Po úpravě medikace byla spolupráce s Veronikou při malování zlepšena. Do tvorby jsem jí nezasahovala, nestála o to, povídání nad obrázky bylo dost nesrozumitelné a obtížné. Nebyla příliš sdílná, spíše útržkovitá. Obrázky byly tvarově zvláštní, bez plánu a neorganizované. Některé obrázky nesmyslně vyplnila tak, aby byly zaplněné. Po propuštění jsem Veronice nabídla, zda by chtěla za mnou i ostatními pacienty chodit malovat. Veronika nevěděla, slíbila, že přijde, ale nakonec nedorazila.

PŮL ROKU OD DRUHÉ HOSPITALIZACE



Obrázek 56 - 58 Pocity



Obr. 59 Domov



Obr. 60 Láska



Obr. 61 Láska



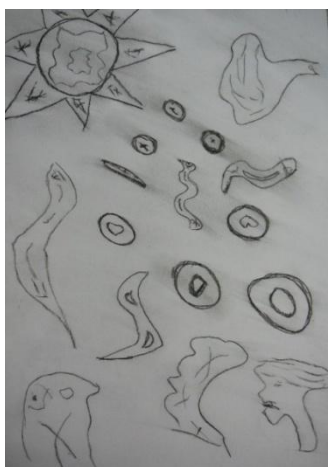
Obr. 62 Můj svět



Obr. 63 Ptáci



Obr. 64 Kytky



Obr. 65 Stav



Obr. 66 Já



Obr. 67 Moje



Obr. 68 Tanec

Znaky v tvorbě

Spirály, točí se to – schizoidní proces, zaplněnost v obrázcích, centrální kompozice-zapouzdřující. Voluty, infantilní prvky, nelogické morbidnosti, amorfnost figura objektů. Geometrizující tvary, využívání celé plochy, stereotypní opakování.

3.3 Martin (34 let)

Martin za mnou přicházel v pravidelných intervalech cca 1x za měsíc, v období 1,5roku. Během této doby došlo k navázání vztahu, někdy se stávalo, že se mu malovat nechtělo a věnoval svůj čas jen povídání o obrázcích, které maloval doma a vždy mi je přinesl ukázat.

Martin se léčí pro paranoidní schizofrenii od roku 2005. V tomto roce byl poprvé hospitalizován na psychiatrii v nemocnici v Táboře. Poté byl ještě dvakrát hospitalizovaný v psychiatrické nemocnici v Jihlavě. Naposledy byl hospitalizovaný r. 2008, od té doby se léčí jen ambulantně.

Osobní anamnéza: Prenatální, porodní a poporodní vývoj byl v normě. S ničím vážným se v dětství neléčil. Prodělal jen běžné dětské onemocnění. Na základní škole měl opakovaně kázeňské přestupky, na druhém stupni dvojku nebo trojku z chování.

Pracovní a sociální anamnéza: Vycházel z 9té třídy, je vyučený číšník. Dříve pracoval jako číšník v Praze, nyní má PID z psychiatrické indikace pro paranoidní schizofrenii. V anamnéze má příležitostný abuzus alkoholu, cigarety cca 15/den. Marihuanu kouří od 15ti let, nyní jen příležitostně. Zkoušel hašiš, LSD a lysohlávky. Bydlí v domku s babičkou. V 19ti letech byl odsouzen k podmíněčnému trestu za vydírání podnikatele (vydírání s kamarádem dopisem bez fyzického násilí).

Rodinná anamnéza: Dle slov Martina- „dětství bylo krásné, prožité s přáteli, s rodinou...“ „Doma to bylo v pořádku, táta chodil tedy domu ožralý a třeba nás nebo mamku bil. Otec zemřel, když mi bylo 18let, bylo mi to líto...“ Otec byl alkoholik a zemřel na karcinom hrtanu. Matka se léčí pro depresi, je po suicidálním pokusu. Má jednoho bratra. Je bez partnerky a děti nemá.

Průběh hospitalizací:

1. Hospitalizace r. 2005

K první hospitalizaci přišel Martin sám. Byl rozrušený a již rok udával „hlasy uvnitř v hlavě.“ Byli nepříjemné, naváděli ho a komentovali jeho chování. Kouření marihuany neviděl jako problém, spíš jako jeho životní styl. Měl pocity pronásledování. Halucinace ho obtěžovaly, rušili ho v kontaktu a rozhovoru s ostatními. Po léčbě neuroleptiky došlo k ústupu halucinací a celkovému zlepšení stavu a byl propuštěn domů.

Po propuštění byl neukázněný v ambulantní péči. Docházel jen zřídka. Přetrvávala u něj psychotická symptomatika, ale důvod k další hospitalizaci proti jeho vůli nebyl.

2. Hospitalizace r. 2007

Martin byl přivezen v doprovodu třech příslušníků městské policie. V Kauflandu kradl jídlo, policie byla volána opakovaně. Martin byl vyšetřen, po celý čas byl výrazně paranoidní, při konfrontaci s krádeží byl až autistický, byli přítomné záhledy, zárazy v myšlení, byl přítomný nepřiléhavý nemotivovaný smích. Odpovídal často nepřiléhavě. Byl brachiálně i verbálně agresivní vůči personálu, proto musel být omezen v lůžku za pomoci policie. Po aplikaci neuroleptik došlo ke zklidnění. Následně byl odvezen do psychiatrické nemocnice v Jihlavě, kde strávil 66 dní. Ve stabilizovaném stavu pak byl propuštěn domů.

Při této hospitalizaci začíná výtvarně tvořit. Po dobu jednoho roku vystřídal více technik, ale uchýlil se jen k jedné, které se drží až dodnes.

3. Hospitalizace r. 2008

Poslední hospitalizace proběhla necelý rok od poslední. Její průběh byl téměř totožný s předchozí hospitalizací. Martin byl velmi neukázněný v užívání medikace a docházení do ambulance. Za doprovodu policie byl přivezen opět pro krádež...

Byla mu nasazena neuroleptika v depotní formě. Po propuštění domů dochází pravidelně do ambulance a užívá pravidelně léky. Je dlouhodobě stabilizovaný.

Emotivita je plošší, objevuje se bohaté pseudofilosofování, udává občasné sluchové halucinace, které mu vůbec nevadí a neobtěžují ho.

TVORBA

S Martinem jsem se setkávala v období 1,5 roku. Po celou dobu jsem se s ním snažila o navázání vztahu a spolupráce. To se dařilo celkem dobře. Martin docházel na setkání 1x za měsíc. Vždy dodržel stanovený den i hodinu, na které jsme byli domluveni. Vždy přišel se spoustou obrázků a chtěl si o nich povídat, vždy jsem ho pochválila. Martin svou tvorbu pokládal za vrchol svého tvoření a je na ni pyšný. Martin používá dlouhodobě jeden druh výtvarného materiálu, tím jsou fixy. Maluje v sériích téměř totožné obrázky, někdy stihne i dva za den. Dokáže o obrázcích mluvit a vypočítávat mi kolik kde udělal čárek a proč, sděluje mi, z jakého důvodu použil tu či onu barvu apod. Vždy mají nějakou souvislost s tím dnem. Má v tom svůj propracovaný systém. Vytvořil si jakýsi soupis barev fixů silnějších a slabších a logicky je přiřazuje ke konkrétnímu dnu, podle toho co se ten den odehrálo apod. V obr. 69 je znázorněn jeho soupis barev. Martin má na každé roční období jeden šanon zaplněný obrázky, má je přesně popsané kdy období začíná a kdy končí, včetně času. Přinesl mi k nahlédnutí čtyři z nich. Při setkání, když se mu nechtělo malovat, dokázal v šanonech listovat a ukazovat mi obrázky klidně celé dvě hodiny.

U některých obrázků je patrná větší zdobnost, místy se objevují infantilní vyjadřovací prostředky. Někde je jakoby znázorněno jakési bludiště, ze kterého není úniku. Ke konci tvorby začíná zařazovat kulaté tvary, připomínající mandaly. Martin je patrně v hlubokém regresu, celé je to zapouzdřené. Možná je to pro Martina bezpečné prostředí. Pomáhá si ornamentálními doplňky. Uklidňuje ho to a dává jistotu. Martin se nevyhýbá žádné barvě, v jeho tvorbě jsou zastoupeny všechny barvy.

Spolupráce, cíle a intervence

Za cíl jsem si kladla vyzkoušení jiných výtvarných technik a výtvarného materiálu. Dále jsem pokládala za důležité Martina pozitivně podporovat v malování a budovat vzájemný vztah. Cílem bylo také pokusit se o reálnější zobrazení, pokusit se o zobrazení

postavy, stromu apod. Snažila jsem se zjistit, co od malování očekává a v čem mu pomáhá. Martin mi sděluje, že se cítí v malování dobře a dodává mu vnitřní klid.

Martin výhradně maluje na papír o velikosti A4, kromě obr. 105 a 109, ty jsou o velikosti A3. Vždy si před sebe položí čistý papír, přesně si naznačí střed a od něj začíná malovat, resp. nanášet čárky, má předem promyšlené schéma. Práce mu trvá minimálně hodinu a někdy i déle.

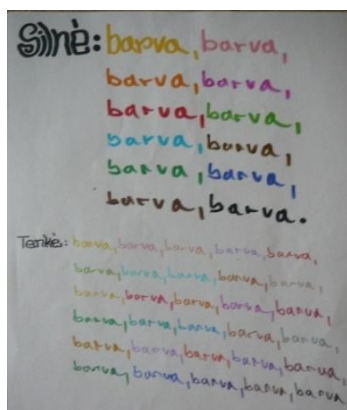
Martinovi jsem nabídla vyzkoušet akvarel, nebyl tomu moc nakloněn, ale nakonec souhlasil s tím, že to vyzkouší. Nevěděl si rady jak začít. Pokoušela jsem se mu poradit, poskytnout informace a pomoci mu. Byl zoufalý, nebylo to podle jeho představ, barvy se zapíjely do sebe, byl z toho nervózní. Tvorbu přerušil s kontaktováním, že mu to nejde a vracet už se k tomu nechtěl. Respektovala jsem to a nechala jsem ho zas volně tvořit. Přemýšlela jsem do dalšího setkání jaký jiný materiál zkusit. Nabídla jsem mu tedy tempery s tím, že si může jen vyzkoušet jednoduché tahy štětcem a opatrně se s materiálem seznámit. Ani toto mu nevyhovovalo a necítil se jistý v držení štětce. Chtěl se držet svého materiálu, tak jsem na něj dále nenaléhala a od zkoušení jiných materiálů jsem ustoupila. Hledala jsem možnosti jak posunout jeho tvorbu směrem k zobrazování reality. Nabídla jsem mu vyzkoušet použít barevné papíry místo základních bílých. To mu přišlo jako dobrý nápad, který zrealizoval a nečinilo mu to žádné obtíže. Martina jsem chválila. Na dalším setkání jsem mu zadala úkol, aby namaloval strom. Chvilí váhal a nakonec namaloval strom svým způsobem (obr. 105). Namaloval švestku. Zobrazil kořeny, kmen, korunu, listy i švestky. Strom doplnil infantilním zobrazením slunce, které má oči, nos i pusy. To svědčí o emočním rozpadu. Podporovala jsem ho a chválila za výsledek.

Pro inspiraci jsem mu při dalším setkání ukázala obraz od Gino Severini „Neklidná tanečnice“ (olej, plátno, 1911) obr. 113 a snažila jsem se o to, aby zachytil nějakou situaci nebo prostředí tímto způsobem, ale jeho oblíbenými fixy. A aby se pokusil o vyplnění celé plochy barvou. Přišlo mu to zajímavé, ale chtěl to tvořit doma, aby měl víc času. Na další setkání mi přinesl obr. 108 s otázkou, jestli je to dobré? Vyhodnotila jsem jeho počín pozitivně a pochválila ho. Uvědomila jsem si, že na něj nemohu naléhat, změna na něj byla asi příliš radikální a nedokázal si s tím poradit. Dále jsem

podporovala jeho snahy malovat, nechávala ho tvořit volně. Také jsem se ho pokusila po velmi malých krůčcích odklonit k mírným změnám. Došla jsem k závěru, že se Martin nedokáže odpoutat od svého zajetého systému a tím se neposune dál. Martin byl spokojený a bylo pro něho důležité nic neměnit. Respektovala jsem to.

Znaky ve tvorbě

Patrná byla stereotypie v zobrazování, centrální kompozice, zapouzdřenost. Objevovaly se infantilní prvky, prvky dekorativnosti, točivé prvky, spirály, geometrizace.



Obr. 69 Seznam barev fixů a pořadí

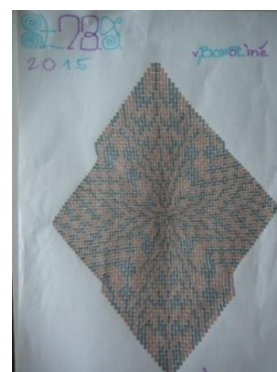
Obrázky 70 – 112 Bez názvu



Obr. 70



Obr. 71



Obr. 72



Obr. 73



Obr. 74



Obr. 75



Obr. 76



Obr. 77



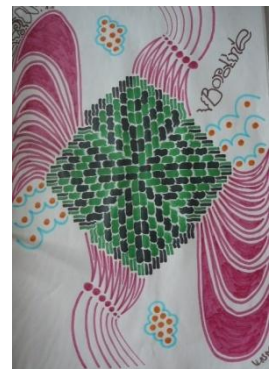
Obr. 78



Obr. 79



Obr. 80



Obr. 81



Obr. 82



Obr. 83



Obr. 84



Obr. 85



Obr. 86



Obr. 87



Obr. 88



Obr. 89



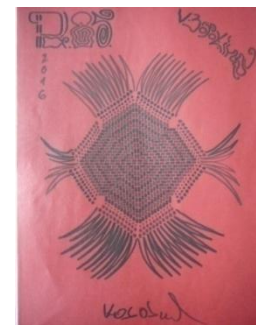
Obr. 90



Obr. 91



Obr. 92



Obr. 93



Obr. 94



Obr. 95



Obr. 96



Obr. 97



Obr. 98



Obr. 99



Obr. 100



Obr. 101



Obr. 102



Obr. 103



Obr. 104



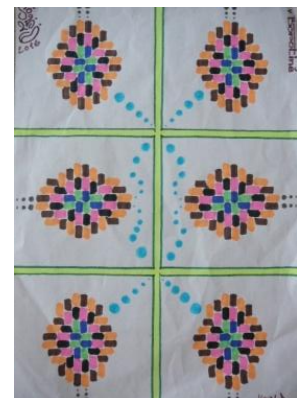
Obr. 105 Švestka



Obr. 106



Obr. 107



Obr. 108



Obr. 109



Obr. 110



Obr. 111



Obr. 112



Obr. 113 Gino Severini „Neklidná tanečnice“ (olej, plátno) 1911

(fotografie pořízena v Národní galerii v Praze v Květnu 2016)

3.4 Nikola (38 let)

Nikola se léčí pro paranoidní schizofrenii a histriónskou poruchu osobnosti. S Nikolou se znám cca 10let. Na psychiatrickém oddělení v Táboře byl hospitalizovaný již 14 krát, 2 krát byl hospitalizovaný v psychiatrické nemocnici v Jihlavě, 1 krát v Dobřanech a 1 krát v Bohnicích, dále 1 krát v terapeutické komunitě Mýto. Při hospitalizacích se vždy zajímal o výtvarné aktivity. Velmi rád maloval, rád pracoval s hlínou nebo vyráběl a tvořil z různých materiálů. Poskytl mi i některé obrázky, které vznikaly v předchozích letech, u některých jsem byla přítomna při jeho hospitalizacích.

Osobní anamnéza: Prenatální, porodní a poporodní vývoj neví. Poporodní vývoj byl snad v normě. Prodělal běžné dětské nemoci. Do období školní docházky se často pomočoval, v té době měl první kontakt s psychiatrem. Ve škole postupně zhoršování prospěchu pro nepozornost a neklidnost. Nedodržoval řády a normy již od 1 třídy. Vyrůstal v úplné rodině až do 15ti let, poté se rodiče rozvedli.

Pracovní a sociální anamnéza: Již na základní škole měl kázeňské přestupky. Vzdělání má středoškolské s maturitou, studoval postupně na 5ti středních školách, nebavilo ho to nebo měl kázeňské přestupky. Nyní má PID z psychiatrické indikace pro paranoidní schizofrenii. Bydlí sám v bytě. Jeho zájmy jsou umění, tanec a kanoistika.

Rodinná anamnéza: Otec je zdravý, matka se léčila na psychiatrii pro úzkostné a depresivní stavy. Má jednu sestru, ta se s ničím neléčí. Je svobodný, t. č. bez partnerky. Má jednoho devítiletého syna. Jeho teta je léčena pro schizofrenii. S rodiči má dobré vztahy.

Níže shrnuji jeho dvě poslední hospitalizace, ze kterých je větší část tvorby.

Hospitalizace r 2015 (únor – duben)

K hospitalizaci byl přivezen pro dekompenzaci paranoidní schizofrenie s neklidem a agresivitou. Byl přivezen městskou policií, poté co ukopl zrcátko jejich vozu. Na oddělení byl vulgární, podrážděný, měl pocit, že se na něj ostatní špatně dívají. Byl přesvědčený, že se předávkoval zeleným čajem. Byl odbržděný, svůj čin vysvětlovat tím, že policii nemá rád a také jim chtěl sdělit, že tam stojí nějaké divné cyklistické kolo s batohem. Udával pocit nabuzení a to, že okolí na něj něco hraje... Nějak mu lidé něco naznačovali. Měl pocit, že musí něco udělat. Pociťoval hodně energie, která musí vyjít ven – maloval, psal básně a povídky. Měl strach z lidí. Doma užíval léky hodně nepravidelně. Spolupráce s ním byla velmi obtížná, oční kontakt udržel, verbální projev byl s občasnými vulgarismy, tematizoval sexuální obsahy. Psychomotorické tempo měl zrychlené, byl emočně labilní, býval podrážděný, náladu měl nadnesenou. Bludy byly přítomné paranoidní, velikášské a sexuální. Medikace byla upravena, užíval adu neuroleptik a valproát.

Na oddělení byl neklidný, agresivní, zdemoloval dveře na izolačním pokoji, křičel, místy inkoherentní a musel být omezen v lůžku pro brachiální agresivitu vůči personálu. Byla mu navýšena medikace a následně podstoupil elektrokonvulzní terapii, celkem 6 krát. Poté byl zklidněný a ve stabilizovanější náladě, již tolik nefilosofoval a byl bez agrese. Byl u něj patrný polékový útlum. Po úpravě medikace byl propuštěn ve stabilizovaném stavu domů.

Hospitalizace r 2016 (listopad 2015 – leden 2016)

Nikola byl přivezen pro dekompenzaci stavu. „Doma se pohádal s matkou, ona ho chodí neustále kontrolovat, organizovala mu věci v bytě... nevydržel to a vyhodil jí z bytu...“ Léky bral pocitově, v poslední době špatně spal. Byl přivezen RZS, na místě zasahovala i policie, Nikola byl mnohomluvný, dle sousedů hodně hlučný a agresivní. Během hospitalizace mu byla upravena medikace, navýšena neuroleptika a valproát. Nikola byl nadále odbržděný, provokativní v projevu, místy familiérní. Poruchy vnímání negoval. Zlepšení jeho stavu bylo pozvolné. Domů byl propuštěn ve stabilizovaném stavu.

TVORBA 2015 (první hospitalizace)

S Nikolou jsem spolupracovala po celou dobu hospitalizace a přikládám poslopně seřazené obrázky, které Nikola maloval.

Spolupráce, intervence a cíle

Nikolu jsem v akutní fázi nemoci nechala pracovat samotného. Nezasahovala jsem mu do tvorby, nepřál si to. Jen jsem mu nabídla výtvarný materiál a čtvrtky. V prvních obrázcích je vidět nárůst symptomaticky a dekompenzace jeho stavu. Obsahy obrázků napovídají probíhající atace. Jsou zde patrné chaotické a sexuální obsahy. Objevila se amorfnost figur v prvních obrázcích, vyobrazení figur je neohrabané. Obrázky jsou zaplněné až po okraj, kombinované vpisováním a stereotypním opakováním. Je zde centrální kompozice, která je zapouzdřující.

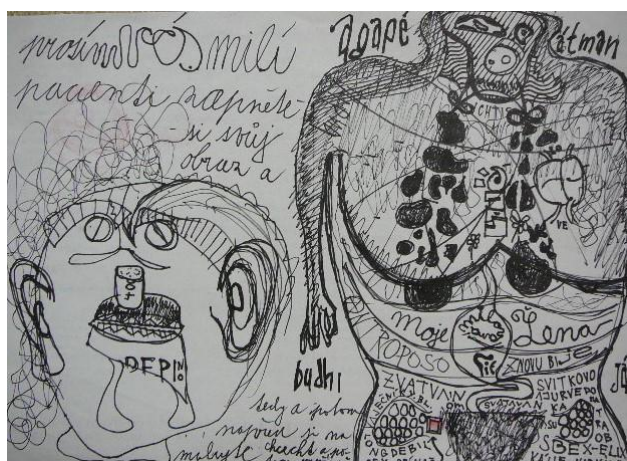
K malování si vybírá uhel, fixy a propisku. V obr. 114 mi sděluje podrobnosti a souvislosti k obrázku. Ukazuje mi jeho ideální ženu, takto by měla vypadat... Je to chaotické, objevuje se vpisování, komentáře, které nedávají smysl, jsou patrné neologismy. Postava ženy připomíná spíše nějakou „gorilu“, která má detailně vykreslené vaječníky. V obr. 115 se objevuje transparentnost ve sklence uvnitř, amorfnost figur, různé nelogické zobrazení. Dále prvky horror vacui, zaplněnosti až po okraj a zdobné prvky. Obr. 116 a 117 dokresluje do odstřížků, které jsou připravené k vyhození do koše. Objevuje se vpisování a dokreslování do obrázků. Patrné jsou zde jeho erotické bludné představy. Postavy jsou bez rukou, deformovaná těla i obličej. I

v obr. 118, 119 i 120 je znatelné vyplňování papíru až po okraj, využití celé plochy. Nikola dokáže sdělit co každý popis nebo čára značí, vše má svůj význam. Do tvorby jsem mu nezasahovala, jen jsem byla pozorovatelem a poslouchala jsem, co mi sděluje. Chválila jsem ho za obrázky a nenásilně podporovala k dalšímu malování. Když jsem pozorovala zlepšení jeho stavu vlivem nasedající medikace, zvolila jsem jiný přístup. Začala jsem Nikolovi nabízet změnu, jiné materiály, ukazovala mu možnosti zobrazování figur, prostoru apod. Následně zkouší v následujících dvou obrázcích (obr. 121 a 122) zachytit figuru ženy. Obr. 121 je dělaný podle předlohy. Nikola zobrazil figuru ženy zcela odlišně, ačkoli měl předlohu. Postava je nesouměrná, ruce jsou bez patrného zakončení, jako by ještě za ní něco bylo. Obličej jako by nebyl lidský, je s jedním okem, bez znázornění úst. V následujícím obrázku je patrný posun, za postavou je naznačen prostor, postava je již zdařilejších proporcí, je lehce zvlněná. Nikolu chválím za znázornění prostoru i postavy. Objevují se tam nelogičnosti, přesto to vnímám jako výrazný posun. Nikola nadále projevuje zájem o malování a nabízím mu možnost malovat na větší formáty nebo vyzkoušet jiný materiál než jsou tužka, uhlí, fix a propiska. Nikola si vybírá malbu na hedvábí a barvy s použitím kontur na hedvábí (obr. 123 a 124). První začíná malovat vlka. Toho má dokončeného za jedno sezení. Vlk má zvláštní tvar těla, jednu zadní nohu nemá vymalovanou je patrná jen kontura a má barvu pozadí. Nabádám Nikolu k domalování, ale sděluje mi, že to tak nechal schválně, protože se mu to líbí a přijde mu to zajímavé. Sluníčko je znázorněno infantilně s obličejem. Je zde naznačen i prvek agresivity, vlk má ostré zuby. Barva se mu na některých místech rozpouští a nijak ho to neznepokojuje. Nikolu chválím za to, že se pustil do barevného tvoření i za to, že si vybírá tak složitý materiál jakým je hedvábí. Nikola odchází dobře naladěný, je spokojený a přemýšlí, co namaluje příště. Na další setkání přichází už s jasnou představou, co namaluje. Obrázek čajový servis je propracovanější, má spoustu detailů, ve znázornění jsou vidět i jeho erotické představy, postavy jsou amorfny a vznášejí se. Prostor je vyplněný, perspektiva není dobře zvládnutá, ale chválím ho za trpělivost, obrázek tvořil téměř tři dny.

V dalších třech obrázcích je patrný další nástup v léčbě. Ve tvorbě mizí výrazová symptomatika (obr. 125-127). Obrázky jsou realističtější. U obr. 126 a 127 je vidět posun v zobrazení. První obrázek pokoje je bez stínu, na mé doporučení práce se

stínem, ho použil do druhého obrázku. Je to malováno z nadhledu, ale jinak myslím docela barevně dobře zvládnuté. Nikolu chválím. K poslednímu obrázku při této hospitalizaci si vybírá fixy a čtvrtku o velikosti A3 (obr. 128). Dává si záležet na jednotlivých detailech, v tomto obrázku vnímám opět větší nárůst symptomaticky v zobrazení. Obrázek mu trvá dotvořit několik dnů. Při dokončení mi sděluje svůj komentář - „Hory tomu dávají prostor. Ostrosti na rukou Rozálie je agresivita, zdůraznil jsem u ní chlupaté nohy“. V obrázku je zvýrazněna sexualita na intimních partiích. Dekor vyplňuje prostor až po okraj, jsou zde ostrosti. Postavy jsou proporčně celkem dobře zvládnuté.

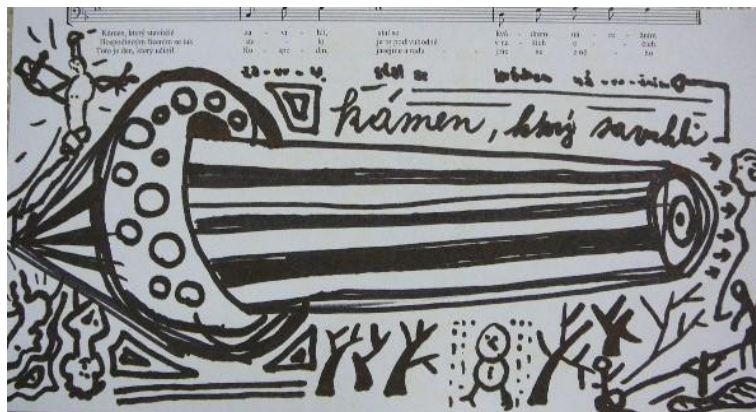
S Nikolou se znám více než 10 let a vím, že si nenechá do tvorby moc zasahovat, proto jsem mu nabízela nějaké návrhy a nápady jen opatrně a jen v době kdy byl lékově stabilizovaný. Respektuji to a nadále se snažím neodradit ho od dalšího malování.



Obr. 114 Ideální žena



Obr. 115 Sklenka pravdy



Obr. 116 Raketa



Obr. 117 (Přimalované do obrázku)



Obr. 118



Obr. 119 Bez názvu



Obr. 120



Obr. 121 Skica ženy



Obr. 122 Ideál



Obr. 123 Vlk



Obr. 124 Čajový servis



Obr. 125 Portrét spolupacienta



Obr. 127 Pokoj v nemocnici I.



Obr. 126 Pokoj v nemocnici II.



Obr. 128 Děti (sv. Bartoloměj a sv.)

TVORBA druhé hospitalizace

Opětovné zhoršení stavu je patrné na začátku jeho tvorby. Nikola si vybírá linkovaný papír a propisku. Objevuje se opakující se „čmárání vlnek“, kopečků a zaplňování plochy až po okraj. V obr. 130 je propojení člověka se zvířecí hlavou, proporčnost figury je celkem dobře zvládnutá. Chválím ho za to. V dalších obrázcích 131 a 133 je neorganizovaně a nesouvisle vyplněn prostor do obr. 133 je vpisován text, který nedává smysl. U obr. 132 klade velkou důležitost na dokonalosti zobrazení zdi, může představovat nějakou obranu. Věnuje tomu dlouhou dobu, před zdí sedí osoba. V obr. 134 přikládám pro ukázkou jeho krátkou povídku pro jeho syna, se kterým se téměř nestýká. Má s ním povolené setkání jen ve společnosti tety. Synovi je v té době 13let. Nikolu podporuji k malování a dávám mu pozitivní zpětnou vazbu na jeho tvorbu.

Po úpravě medikace dochází ke zlepšení jeho stavu, čehož využívám a dávám mu nabídku k zobrazení něčeho realističtějšího. Zkouší malovat strom (břízu), která stojí nedaleko oddělení. Maluje tužkou podle předlohy na čtvrtku o velikosti A4. Nikolu chválím za výsledek, strom je zdařilý (obr. 135). Přemýšlím nad dalším tématem, který bych mu mohla nabídnout. Nikola si vybírá zobrazení svojí ataky (obr. 136). V obrázku převládá žlutá barva s červenou. „Kolo uprostřed je mozek a na něm ty nesrovnalosti“ dle slov Nikoly. Je to jeho pocitové znázornění.

Nikola odjel na víkendovou propustku, při které se věnoval malování. Doma si naaranžoval zátiší, které namaloval. Po návratu z propustky mi obrázek přináší ukázat. Je malovaný temperou ve velikosti A3 (obr. 137). Nikolu chválím za provedení i za ztvárnění něčeho realistického. V obr. 138 se mu nedaří znázornění proporčnosti u postavy, avšak pozitivně hodnotím snahu ve výstavbě obrázku. Zadní kmeny se sice vznášejí a nejsou také dobře zvládnuté výtvarně, ale vnímám jeho posun pozitivně. V cestě je patrné stereotypní opakování koleček, které představují kamenitou cestu. Znázornění stromů se blíží nižšímu vývojovému stupni. Nikola znázornění stromu zvládá, nabízím mu novou studii stromu s mou pomocí. Nikola odmítá. Respektuji to. Nabízím Nikolovi pro inspiraci nahlédnout do knihy o malbě a kresbě, kde se věnují

perspektivě, kompozici apod. V knize ho zaujme páv, kterého podle předlohy začíná malovat propiskou (obr. 139). Znárodnění je zdařilé. Nikolu chválím.

Při dalším setkání Nikola sahá po pastelů a čtvrtce o velikosti A3 (obr. 140). Vybírá si chaotické a nereálné zobrazení. Rychlými tahy vyplňuje plochu pozadí a s výsledkem je spokojený. Nabízím mu možnosti k dokončenosti, např. lepší zobrazení čápa nebo zdůraznění některé barvy, nápady k sjednocení obrázku apod. Nikola obrázek považuje za dokončený a nic už dodělat nechce. Jeho zdravotní stav je kolísavý a jeho výkyvy se projevují i v jeho tvorbě. V dalším obr. 141 je znázorněn běžec. Nejprve si udělal tužkou kontury a potom dotváří barevně vodovými barvami. Snažila jsem se zasáhnout, aby se pokusil malovat bez kontur, ale kontury si „odpustil“ jen u slunce a horního horizontu. Obraz je strnulý, pohyb je naznačen, ale neděje se. Je zde mnoho ostrých hran, ramena jsou v loutkovitém znázornění a postava je zvládnutá proporčně relativně v pořádku. Koruna u stromu je jakoby useknutá. Snažím se o uvolnění v jeho výtvarném projevu. Zkousím Nikolovi nabídnout, aby vnesl do obrázku stín, světelnou dominantu, použil více barev, měnil sytost barev v popředí a na pozadí apod. Nikolovi se měnit obrázek už nechce. Ustupuji a dále usiluji o to, aby vytrval u malování. Při tvoření tohoto obrázku se necítil dobře, byl v napětí.

Posledním obrázkem při této hospitalizaci byl obrázek na námět jeho pohádky (obr. 142). V obrázku zůstává velké množství bílé plochy, znázornění zvířat, stromů i květin je posunuté na nižší vývojový stupeň. U studánky je špatně použitá perspektiva. Obrazek vnímám jako nedokončený. Snažím se dávat Nikolovi podněty k dokončenosti, ale bez výsledku. Přijímám tedy obrázek jako dokončený.

Nikola je následující den propuštěný domů. Je motivován k malování a slibuje, že bude za mnou docházet s obrázky, které se mu doma podaří. V průběhu několika měsíců přicházel nepravidelně. Někdy mi přinesl nějaké obrázky z domácí tvorby, které přikládám v obr. 143-149.



Obr. 129 Postel s peřinou



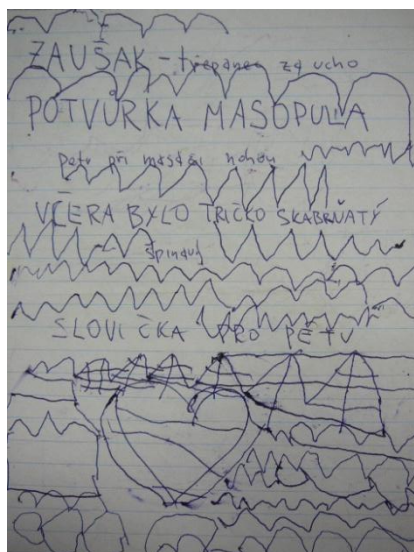
Obr. 130 Malý princ



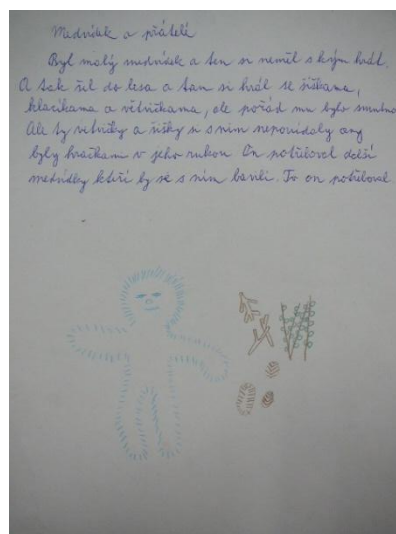
Obr. 131 Bez názvu



Obr. 132 Bez názvu



Obr. 133 Obloučky



Obr. 134 Medvídek a přátelé



Obr. 135 Strom



Obr. 136 Ataka



Obr. 137 Moje kuchyně



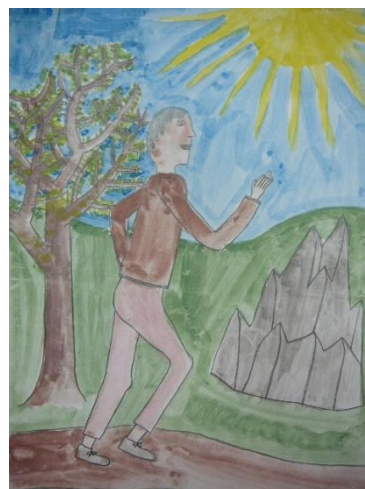
Obr. 138 Žalm – Hospodine, Tvé světlo



Obr. 139 Páv



Obr. 140 Čáp a Duch



Obr. 141 Běžec



Obr. 142 Pohádka – dle autora – Jak zakládal lázně skřítek Auturio

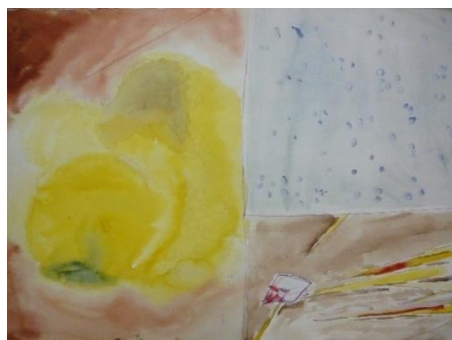
Doma 2016

TVORBA

Při jeho domácí tvorbě jsem nebyla přítomna a nevím, v jakém rozpoložení se nacházel. Lze avšak usuzovat, že jeho nelogičnosti a zobrazování odpovídají jeho chronickému stavu, poznamenaného těžkým duševním onemocněním. Výjimkou jsou obrázky jako např. obr. 148, které tvoří podle předlohy, obrázek je zvládnutý dobře a nejsou zde známky probíhající onemocnění.



Obr. 143 Strom



Obr. 144 Vnímání barev



Obr. 145 Propojení žena - muž



Obr. 146 Pole, zajíc



Obr. 147 Abstrakce



Obr. 148 Váza



Obr. 149 Abstrakce

Znaky ve tvorbě

V akutní fázi nemoci se u Nikoly objevuje tzv. obrazový salát, nelogičnosti, amorfnost u figur, vpisování textu do obrázku, využívání plochy až po okraj papíru, stereotypie, nejsou zde zachycovány reálné obrázky, dekorativnost.

Způsob tvorby po zaléčení neuroleptiky a stabilizátorů nálady se mění, dochází k ústupu znaků typických pro akutní fázi nemoci. Nikola přistupuje k zobrazení reálnějších obrázků. Přesto přetrvávají znaky typické pro stanovenou diagnózu, kterou trpí Nikola.

3.5 Ladislav (33 let)

1 kontakt s psychiatrií měl v roce 2009, byl hospitalizovaný v nemocnici v Táboře, kde ležel celkem třikrát. Při jeho posledních dvou hospitalizacích jsem se s ním snažila navázat vztah a sledovat jeho výtvarné počínání.

Osobní anamnéza: Prenatální vývoj, porodní a poporodní vývoj byl bez komplikací, snad vše v normě. V období 3-11let dle bratra byl „sígr“, jinak bez nápadností. Adolescence bez obtíží.

Pracovní a sociální anamnéza: Na základní škole měl průměrný prospěch, poté studoval střední průmyslovou školu s maturitou. Vystřídal spoustu zaměstnání. Nyní je v PID z psychiatrické indikace pro paranoidní schizofrenii.

Rodinná anamnéza: Nikdo z rodiny se na psychiatrii neléčil. Má jednoho bratra, o 5 let staršího. S otcem se nestýká, s matkou žije v jedné domácnosti. Je bez partnerky a děti nemá.

Hospitalizace r 2015

Byla to Ladislavova druhá hospitalizace na psychiatrickém oddělení v Táboře. Byl přeložen z MET JIP po otravě medikamenty v suicidálním úmyslu. Byl neupravený, komunikoval velmi chudě, udával, „že nedokáže bojovat s nemocí, nechce mít schizofrenii.“ Orientován byl všemi směry, oční kontakt neudržel. Emočně byl stažený, nálada byla depresivně laděná. Tempo myšlení měl zpomalené. Bludy byly paranoidní, byly spíše v bludném systému až nihilistické.

Zpočátku hospitalizace byl depresivně laděný, úzkostný. V projevu byl pithiatický se známkami nezrálosti osobnosti. Byla mu navýšena medikace, postupně docházelo k ústupu bludů. Střídavě se ještě objevovali suicidální úvahy. Postupně došlo k oživení v kontaktu, projasnění nálady a snížení vnitřní tenze. Ladislav byl propuštěn domů ve stabilizovaném stavu.

Hospitalizace r 2016

Ladislav přišel akutně, byl plačtivý, v dechu měl 1,4 promile alkoholu. Subjektivně- „nezvládám to (pláče)... nevím, jak se to projevuje... je toho na něj moc... nějaké tlaky... blbě mi je už dlouho, asi měsíc.“ Alkohol pije, protože to nezvládal, doma to nevydržel, chodil proto do hospody... Udával sluchové halucinace, nadávali mu, neposlouchal je, kašlal na ně, snažil se, být normální... Byl v napětí bezradný, měl strach z lidí a řešil to alkoholem. Přetrvávala chronická psychotická produkce bez vlivu na chování.

TVORBA

Spolupráce a intervence při první hospitalizaci

S Ladislavem byla spolupráce výborná v době hospitalizace na psychiatrickém oddělení, kde jsem s ním byla denně v kontaktu a výtvarně i osobně se s ním dalo dobře domluvit. Zpočátku byl podrobný, tichý, moc nekomunikoval, byl uzavřený a samotářský. Ani s ostatními nemocnými nedokázal navázat hovor. Snažila jsem se nijak na Ladislava nespěchat a nabízet mu různé varianty tvorby a možnosti výtvarných materiálů. Ladislav maloval rád i doma a zprvu sáhl po materiálu, na který byl zvyklý. Maloval vodovými barvami jen fleky. Nejprve na papír o velikosti A4 nalepil zmačkanou papírovou lepicí pásku a na takto nachystaný papír začal nanášet různé barvy. Po zaschnutí barev sundal lepicí pásku a na papíře zůstaly barevné skvrny. Takto stihl namalovat i tři obrázky za jedno sezení a pokládal je za dokončené. Bohužel tyto obrázky nemám k dispozici, Ladislav si je odnesl domů. Na moje doporučení zkusit vzniklé skvrny nějak dál domalovávat velmi ochotně souhlasil a přišlo mu to zajímavé. Při dalším setkání se o to pokusil. Na domalování zvolil obyčejnou tužku, zdůraznil a vypíchnul to, co v té skvrně viděl (obr. 150). Další obr. 151 byl obdobný. Ladislav byl s výsledkem spokojený a později se snažil vždy o nějakou obměnu. V obrázcích se objevovaly obličejové tváře, byly děsivé se strachem ve výrazu, hlodajícím neklidem. Zvolil jen jednu barevnost v obrázcích. V dalších dnech jsem se snažila Ladislavovi nabídnout, aby vyzkoušel použít i jiné barvy nebo jiný materiál. V následujících dvou obrázcích (obr. 152 a 153) použil větší škálu barev. Konečné dotváření mu trvalo dva dny, přemýšlel nad ním a domalovával postupně tak, aby mu to přišlo dokončené. V obrázcích jsou znázorněné nelogičnosti i morbidnosti. U obr. 152 je jakoby skloubení lidského obličejové tváře s tělem nebo částí nějakého zvířete a zároveň je patrný jakýsi neklid v obrázku. Následující obr. 153 mi přijde jako by dokončil příběh obr. 152. Obličej je již otočený a ústa nějakého zvířete s ostrými zuby ho ohrožuje. Možná by to mohla být i jeho nemoc, kterou tak odmítá a cítí, že ho ohrožuje. Ladislava jsem chválila a podporovala dál k malování. Do ničeho jsem ho netlačila, jen jsem mu nenásilně nabízela i jiné možnosti. Reálnější zobrazování určitého tématu nebo postav odmítl. Respektovala jsem to. Po propuštění domů slíbil, že bude za mnou docházet. Přišel ovšem jen jednou a to v jiný domluvený den i čas. Malovat nechtěl, jen si chtěl povídat. Respektovala jsem to a pokládala jsem to za důležité k další případné spolupráci s Ladislavem.



Obr. 150



Obr. 151



Obr. 152



Obr. 153

Spolupráce a intervence při druhé hospitalizaci

I při další hospitalizaci se Ladislav těší na malování. Jsem ráda a nabízím mu k vyzkoušení tempery. Ladislav je přijímá. Lepicí pásku nemám, tak volí techniku nanesení barev na jeden papír, na druhý papír obtiskne nanesené barvy a s tím potom pracuje. Po zaschnutí volí k domalování černý fix. Takto pokračuje u obr. 154 – 157, s výjimkou obr. 156, tam použil vodové barvy. Opět zde vynořují výrazy obličejů, které jsou deformované, plné strachu a neklidu. Velmi patrné jsou v obrázcích bizarní tvary, je vidět slévání a amorfnost figur. Barvy jsou zašpiněné. Ladislava podporuji a chválím za vytvořené obrázky. Povídat si o nich nechce. Respektuji to a ustupuji.

Přemýšlím nad dalšími technikami, které bych mohla Ladislavovi nabídnout. Domalovávat do vzniklých obrázků realističtější obrázky, kresbu stromu nebo postavy apod. Ladislav odmítá. Nejraději by zůstal ve svém stereotypu. Proto, zkusím nabídnout techniku akčního akvarelu, kterou Ladislav nikdy nedělal a chce ji vyzkoušet. Techniku Ladislavovi vysvětluji, ukazuji postup a Ladislav pečlivě poslouchá. Vybírá si formát o velikosti A4, namáčí si čtvrtku a nanáší barevné skvrny. Líbí se mu, jak se barvy rozpíjí. Po smytí první vrstvy nanáší další, volí stejnou barevnost na stejná místa. Tuš použít nechce. Po vymytí druhé vrstvy už další vrstvu nanášet nechce a je spokojený s výsledkem. Při procesu tvorby se cítí dobře, není na něm vidět napětí, naopak vypadá uvolněně. Podobně maluje i další obr. 159. V použití je vidět stejná barevnost jako u obr. 158. Obrázek opět nechtěl domalovávat. Respektovala jsem to, přesto jsem ho pochválila a motivovala k dalším možnostem malování. Hlavním cílem pro mě bylo, aby vytrvával u malování.

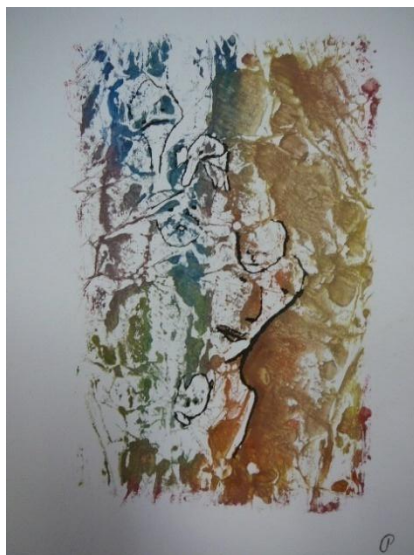
Následující den odchází domů. Po propuštění Ladislav slibuje, že za mnou bude docházet na setkání. Dorazil ovšem jen dvakrát. Při prvním setkání maloval opět technikou akčního akvarelu (obr. 160). Při druhém setkání se mu malovat nechtělo, neměl dost času, proto jsme si povídali, jak se mu daří, co plánuje apod.

Znaky ve tvorbě

Objevují se nelogičnosti, morbidnosti, amorfnost figur, jakási monstra, známky neklidu a napětí, které jsou patrné v zobrazování obličejů. Zašpiněná barevnost v některých obrázcích. Vidět je i stereotypie.



Obr. 154



Obr. 155



Obr. 156



Obr. 157



Obr. 158



Obr. 159



Obr. 160

DISKUZE

Zhodnocení přístupu k jednotlivým nemocným, vývoj a změna tvorby, intervence a cíle

Ke každému z nemocných jsem se snažila přistupovat individuálně podle jejich přání a potřeb. Jiný byl zvolený přístup v akutní fázi nemoci a jiný ve fázi stabilizace nemoci. Zpočátku jsem se snažila hlavně o navázání vztahu, aby věděli, že mi mohou důvěřovat, že mi mohou sdělit i věci, které jim nebudou příjemné apod. Při zásazích do tvorby jsem přistupovala velmi opatrně. Vždy jsem se pokoušela o to, aby jim to nevadilo, sdělila jsem jim, že se jedná pouze o návrhy a jestli jim to bude nepříjemné a nebudou se v tom cítit dobře, tak se tím řídit nemusí. Respektovala jsem jejich rozhodnutí. Zároveň jsem se snažila vyzdvihovat jejich individualitu v jejich tvorbě a ponechat jim

jejich styl vyjadřování a pokoušela jsem se zvyšovat jejich sebevědomí v tom, co dělají. V akutní fázi nemoci jsem jim do tvorby nezasahovala, nechala jsem je tvořit volně. Chtěla jsem poukázat na posuny a charakteristiky s tím spojené. Patrné to bylo hlavně u Veroniky a Nikoly, kdy po stabilizaci jejich stavu byly vidět velké posuny v tvorbě, co do kvality i barevnosti. Obrázky jsme neinterpretovali, jen jsem je nechala povídat nad tím, co namalovali a když mi chtěli něco sami sdělit, tak jsem je vyslechla. Někdy při závěrečném hodnocení došlo k nějakým otázkám, které vyvstaly z diskuze, ať už se jednalo o otázky výtvarného nebo osobního rázu. Hlavním cílem pro mě bylo nemocné podporovat, nic jim nevytýkat a respektovat jejich postoj. Vždy jsem dávala prostor k tomu, vrátit se k některému obrázku z předchozích setkání a povídat si o nich, co kde je zobrazeno a jak aj.

Nechávala jsem volnou ruku ve volbě zvoleného materiálu i velikosti formátu. Postupně jsem se snažila vnášet nové materiály, styly i formáty, ale hlavní pro mě bylo to, aby se necítili, že jsou do něčeho tlačeni. Z mé strany se jednalo jen o návrhy a jejich zvolený výběr jsem respektovala. Nenásilně jsem jim přibližovala výstavbu obrazu, perspektivu, proporčnost figur aj. Při zkoušení něčeho nového jsem byla v případě zaváhání nebo jejich nejistoty na blízku a snažila jsem se o to, aby věděli, že jim můžu poradit, pomoci. Tím získávali větší jistotu a pocit bezpečí.

U Jaroslava nebyli mé intervence žádoucí, neboť jeho řemeslná zručnost a tvorba dosahuje velkých kvalit. Z mé strany šlo hlavně o podporu v tom, aby setrval u malování. Nemocní po celou dobu naší spolupráce slyšeli pouze pozitivní reakce. Nikdy jsem jim nic nevytýkala, podporovala je v tom, co dělali a respektovala jejich rozhodnutí. Samozřejmě jsem byla ráda, za každý jejich posun dopředu jak po výtvarné stránce, tak i ve vztahu mezi námi. Pro mě byla povzbuzující každá pozitivní zpětná vazba z jejich strany. Cíle jsem si stanovila na začátku naší spolupráce a následně je upravovala v průběhu jejich tvorby. Hledala jsem ty, které byly realizovatelné pro toho daného nemocného.

S nemocnými se budu nadále setkávat i v budoucnu a je jen na nich, jestli budou přicházet malovat nebo jen v rámci kontroly do psychiatrické ambulance. Je pro mě velmi potěšující, když mi podávají ruku při setkání a prohodíme pár slov, jak se jim daří,

co plánují apod. Pouze Ladislav je málo sdílný, tichý a ve sdělování informací je opatrnější. Navázání vztahu s ním patřilo k nejobtížnějším, byl málo hovorný a samotářský, přesto došlo k velkému posunu ve vztahu i v jeho tvorbě.

ZÁVĚR

V závěru bakalářské práce bych chtěla shrnout, že některé stanovené cíle se mi podařily zrealizovat a jiné nikoli. Avšak pokládám za důležitější vyzdvihnout individualitu jednotlivých nemocných, se kterými jsem pracovala a nikoli analýza díla, ale lidský přístup. Ten pokládám za hodnotnější a důležitější. To, že získají větší důvěru v sebe i v okolí je pro ně přínosnější pro jejich život „za branou“ nemocnice. Hlavní energii jsem vkládala do vytvoření terapeutického vztahu s nemocným.

Zmíněním jednotlivých charakteristik ve výtvarné tvorbě u nemocných s diagnózou paranoidní schizofrenie lze najít několik společných rysů. Nelze ale předpokládat, že každý nemocný se stejnou diagnózou bude tvořit stejně. Každý má svůj osobitý styl a je ovlivňovaný působením nemoci.

Každého nemocného jsem pokládala za velké individuum, každý z nich mě svým způsobem obohatil pro další práci s duševně nemocnými lidmi. Spolupráce s nimi mi přinesla mnoho inspirace, zároveň jsem se přiučila aplikovat další počiny ve své činnosti.

POUŽITÁ LITERATURA

Bouček, J.: *Psychoterapie*, Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci 2002, ISBN 80-244-0443-5

Höschl, C.: *Psychiatrie pro praktické lékaře*, Jinočany, H H 1996, ISBN 80-85787-96-2

(Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. Revize, *Duševní poruchy a poruchy chování*, Praha, Psychiatrické centrum Praha 2006 – 3. Vydání)

Pondělíček, I.: *Fantaskní umění*, Praha, nakladatelství Vodnář 2002, ISBN 80-86226-38-7

Praško, J., Bareš, M., Horáček, J., Seifertová, D., Šípek, J.: *Psychotická porucha a její léčba*, Praha, Maxdorf s. r. o. 2001, ISBN není uvedeno

Prinzhorn, H.: *Výtvarná tvorba duševně nemocných*, Řevnice, Arbor vitae, 2009, ISBN 978-80-87164-36-5

Rennert, H.: *Die Merkmale schizophrener Bildnerie*, VEB, Gustav Fischer Verlag, Jena 1966, ISBN není uvedeno

Rubinová, J. A.: *Přístupy v arteterapii*, Praha, Triton 2008, ISBN 978-80-7387-093-5

Siefertová, D., Praško, J., Horáček, J.: *Postupy v léčbě psychotických poruch*, Praha, MEDICAL TRIBUNE CZ 2008, ISBN 80-86694-07-0

Syříšřtřová, E.: *Imaginární svět*, Praha, Mladá fronta 1974, ISBN není uvedeno

Syříšřtřová, E. a kol.: *Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžším somatickým postižením*, Praha, Avicenum 1989, ISBN není uvedeno

Syříšřtřová, E. a kol.: *Skupinová psychoterapie psychóz*, Praha, Univerzita Karlova 1982, ISBN není uvedeno

Šicková-Fabrice, J.: *Základy arteterapie*, Praha, Portál 2002, ISBN 80-7178-616-0

Vágnerová, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha, Portál 1999, ISBN 80-7178-678-0

Vacek, J.: *O nemocech duše*, Praha, Mladá fronta 1996, ISBN 80-204-0535-6

Vinař, O.: *Psychofarmaka minimum pro praxi*, Praha, Triton 1999, ISBN 80-85875-99-3

Vinchon, J.: *Umělecké projevy choromyslných*, Praha, „ORBIS“ 1931, ISBN není uvedeno

Vodáčková, D. a kol.: *Krizová intervence*, Praha, Portál 2007, ISBN 978-80-7367-342-0

Vondráček, V. a Holub, F.: *Fantastické a magické z hlediska psychiatrie*, Bratislava, Columbus 1993, ISBN 80-7136-030-9