



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 psychologie

bakalářská práce

Arteterapie u lidí s duševním onemocněním. Kazuistika klienta

Vypracoval: Mgr. Jiří Mach
Vedoucí práce: PaedDr. Evžen Perout

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že v souladu s § 47b Zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách, 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 jejich 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., o vysokých školách, 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.

dne 23. dubna 2018

Jiří Mach

Bibliografický záznam

Mach, Jiří. Arteterapie u lidí s duševním onemocněním. Kazuistika klienta: České Budějovice, Pedagogická fakulta Jihočeské univerzity, 2018, 84 s. závěrečná práce

Abstrakt

Cílem práce je v obecné části práce představit v kontextu ostatních duševních poruch schizofrenii a schizoafektivní poruchu a s nimi spojenou problematiku duální diagnózy. V části věnované arteterapii bude prezentován výtvarný projev lidí s výše uvedenými duševními poruchami. Budou popsány možnosti arteterapeutického přístupu k těmto cílovým skupinám vycházející zejména z textů Evy Syříšťové. Závěr teoretické části je věnován nárokům na osobnost terapeuta pracujícího s lidmi s duševní poruchou. V praktické části jsou prezentovány dvě kazuistiky klientů, u kterých byly uplatněny odlišné arteterapeutické přístupy a je reflektována vlastní terapeutická praxe.

Abstract

The aim of this thesis is to present in the general part of the thesis in the context of other mental disorders of schizophrenia and schizoaffective disorder and related problems of dual diagnosis. The arteteraphy section will present the artistic expression of people with the above-mentioned mental disorders. The possibilities of artetherapeutic approach to these target groups will be described, based in particular on Eva Syříšťová's texts. Conclusion of the theoretical part is devoted to the demands of the personality of a therapist working with people with mental disorder. In the practical part are presented two case reports of clients, where different arteterapeutical approaches were applied and their own therapeutic practice was reflected.

Klíčová slova:

Duševní onemocnění, schizofrenie, duální diagnóza, arteterapie, osobnost terapeuta.

Keywords

Mental illness, schizophrenia, dual diagnosis, artetherapy, therapist's personality

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název tématu: Arteterapie lidí s duševním onemocněním. Kazuistika klienta

Název tématu v AJ: The arteterapy of people with mental illnes. The casuistry od client

Zásady pro vypracování:

Teoretická část práce se bude zabývat specifiky výtvarného projevu lidí s duševním onemocněním a možnými arteterapeutickými přístupy k této skupině klientů. Též se bude věnovat charakteristikám schizofrenie a schizotypálních poruch a souvislostem ve výtvarném projevu. Zároveň se bude věnovat i problematice klientů s duální diagnózou.

Praktická část bude pojednána jako kauzuistika klienta s duální diagnózou (se schizoafektivní poruchou a závislostí na alkoholu). Kazuistika bude zahrnovat sociální a rodinnou anamnézu klienta a popis vývoje jeho onemocnění. Dále se bude věnovat vývoji jeho vztahu k výtvarnému projevu a jeho vlastní výtvarné tvorbě s důrazem na autosanační význam tvorby. Bude zdokumentován postup arteterapeutické intervence a její přínos pro klienta.

Seznam odborné literatury:

Höschl, C., Psychiatrie pro praktické lékaře. Praha: H+H, 1996; Janík, A., Dušek, K., Diagnostika duševních poruch. Praha: Avicenum, 1987.; Prinzhorn, H., Výtvarná tvorba duševně nemocných. Řevnice: Arbor vitae, 2009.; Rubinová, A. J., Přístupy v arteterapii: teorie & technika. Praha: Triton, 2008.; Šicková-Fabrice, J., Základy arteterapie. Praha: Portál, 2002.; Syřišťová, E.: Psychoterapie schizofrenního onemocnění, historický vývoj a přehled současných směrů. Praha: SÚZDLS, 1962; Syřišťová, E.: Imaginární svět. Praha: Mladá Fronta 1974; Drvota, S.: Osobnost a tvorba. Praha: Avicenum, 1973; Kalina, K., Jak žít s psychózou. Praha: Portál, 2001; Kalina, K. a kol., Klinická adiktologie. Praha: Grada Publishing, 2015.

Poděkování

Děkuji vedoucímu práce, PaedDr. Evženu Peroutovi, za cenné podněty a připomínky. Děkuji oběma bývalým klientům za to, že mi otevřeli svůj svět a umožnili mi stát se na nějaký čas průvodcem na jejich cestě. V neposlední řadě jim děkuji za souhlas s použitím jejich výtvarné produkce a životních příběhů v této bakalářské práci.

Obsah

A. Úvod.....	9
B. Teoretická část	
1. Duševní onemocnění.....	10
1.1 Definice duševního onemocnění.....	10
1.2 Normalita.....	10
1.3 Duševní zdraví.....	11
1.4 Modely duševních poruch.....	12
1.5 Průběh duševního onemocnění.....	13
1.6 Typologie duševních onemocnění.....	14
1.7 Schizofrenie.....	18
1.7.1 Definice.....	18
1.7.2 Historie pojmu schizofrenie.....	20
1.7.3 Teorie a modely schizofrenie.....	21
1.7.4 Schizofrenie v psychologii C. G. Junga a J. W. Perryho.....	23
1.7.5 Subtypy schizofrenie.....	30
1.7.6 Průběh a prognóza schizofrenního onemocnění.....	32
1.8 Schizotypní a schizoafektivní poruchy.....	33
1.9 Duální diagnóza.....	35
2 Terapie lidí s duševní poruchou schizofrenního okruhu.....	37
2.1 Psychiatrická péče.....	37
2.2 Psychoterapie a sociální práce.....	37
2.2.1 Psychoterapie.....	37
2.2.2 Sociální práce.....	40
2.3 Specifika terapie lidí s duální diagnózou.....	41
3 Typické znaky výtvarného projevu lidí s duševní poruchou schizofrenního okruhu.....	43
3.1 Pojetí Hanse Prinzhorna.....	44
3.2 Pojetí Evy Syřišťové.....	45
3.3 Typické znaky tvorby schizofreniků podle Jaroslavy Šickové-Fabrice.....	47
4 Arteterapeutické přístupy k lidem s duševním onemocněním.....	48
4.1 Principy a cíle arteterapie lidí s duševní poruchou schizofrenního okruhu.....	48
4.2 Praxe arteterapie lidí se schizofrenií.....	49

4.3 Možnosti využití intervenční „rožnovské“ arteterapie při práci s lidmi se schizofrenií.....	53
4.4 Exkurz: Výtvarná tvorba jako autoterapie.....	54
4.5 Osobnost (arte)terapeuta.....	55

C. Praktická část

5.1 Arteterapie v sociálních službách pro lidi s dlouhodobým duševním onemocněním.....	57
5.2 Kazuistika Jakub – spontánní tvorba a její interpretace.....	58
5.3 Kazuistika Michal.....	64
5.4 Reflexe vlastní terapeutické práce.....	66

A) Úvod

Cílem bakalářské práce je popsat základní principy arteterapeutické práce s lidmi s duševní poruchou se zvláštním důrazem na lidi se schizofrenií a příbuznými poruchami. První část bude věnována problematice duševních poruch obecně. Hluběji se práce zaměří na problematiku schizofrenie. Toto zaměření je zdůvodněno jednak tím, že schizofrenie se řadí mezi nejzávažnější duševní onemocnění, jednak tím, že se s lidmi s touto poruchou v praxi nejčastěji setkávám. Dále se budu věnovat související problematice duální diagnózy. V návaznosti na to budou popsána specifika výtvarného projevu lidí se schizofrenií. Další část práce bude věnována arteterapeutickému přístupu k lidem se schizofrenií. Vzhledem k tomu, že u části lidí s duševní poruchou hraje významnou roli autosanační účinek výtvarné tvorby, zařazuji krátký exkurz věnovaný autoterapii. Terapie lidí s duševní poruchou klade specifické nároky na osobnost terapeuta. Těmi se budu krátce zabývat v závěru teoretické části práce. Od počátku své terapeutické práce s lidmi s duševní poruchou i jinými cílovými skupinami čerpám z teoretických textů Evy Syřišťové, které jsou mi osobně velmi blízké a v posledních letech též z dostupných textů o Recovery přístupu. Vzhledem k tomu se na tyto texty nejčastěji odvolávám i v této bakalářské práci.

V praktické části představím příklady užití rozdílných přístupů v arteterapii na dvou konkrétních kazuistikách klientů s duální diagnózou:

- klient s rozvinutou spontánní výtvarnou tvorbou (autoterapie) – arteterapie postavená na reflexi spontánní výtvarné produkce klienta pojmáná jako dlouhodobá podpůrná terapie s cíli posílení sebevědomí a zlepšení sociálního fungování
- klient doléčovacího programu, u kterého byla arteterapie zaměřena na hledání zdrojů pro obnovu sociálního a pracovního fungování

V praktické části též reflektuji svou vlastní praxi a své hledání přístupu v terapii.

B) Teoretická část

1. Duševní onemocnění

1.1 Definice duševního onemocnění

Pojem duševní onemocnění, v současné době nahrazován termínem duševní porucha,¹ je používán pro změnu některých psychických procesů projevující se v myšlení, pocitech a chování člověka, které znesnadňují jeho adaptaci a interakci se sociálním okolím.² Pojem duševní poruchy (onemocnění)³ má úzkou vazbu k tomu, jakým způsobem definujeme psychickou normalitu a duševní zdraví.

1.2 Normalita

Vymezení toho, co je psychická normalita, je závislé na kultuře a čase. V závislosti na těchto dvou souřadnicích se mění to, co je společností akceptováno, co je v mezích tolerance a co je označováno za patologické. Jako příklad lze uvést současnou zvýšenou toleranci společnosti k nápadným jevům v chování a naopak sníženou toleranci k horšímu školnímu prospěchu,⁴ nebo změnu postojů k rozvodům a homosexualitě.⁵ Vazbou chápání duševní nemoci a kultury se zabýval filosof Michel Foucault. Zásadní jsou zejména jeho knihy *Psychologie a duševní nemoc* a *Dějiny šílenství*. V první uvedené publikaci Foucault v kapitole *Šílenství a kultura*,⁶ jakým způsobem se v různých kulturách (přírodní národy, moderní euroamerická kultura) formuluje pojem patologické odchylky od normy a jakým způsobem je s ní nakládáno. Odkazuje na příklady v různých dějinných fázích a kulturách, kde byly, případně dosud jsou, lidem s určitou psychickou odchylkou od normy přisuzovány specifické role ve společnosti, zpravidla náboženského charakteru (např. věštec nebo kouzelník). Paralelně s touto praxí jsou ale lidé s určitým typem odchylky označováni za nemocné. Foucault dokládá antropologickými výzkumy, že postoje k různým odchylkám jsou formovány v závislosti na konkrétní kultuře. Konstatuje, že v současné době (pozn. Foucault píše svou

¹ Hartl, P. & Hartlová H. (2010), str. 337

² Hartl, P. & Hartlová H. (2010), str. 417

³ V práci používám oba termíny, přitom zpravidla dávám přednost stále ještě zaběhlejším pojmu duševní onemocnění. V přímých citacích se držím terminologie užívané autorem.

⁴ Vágnerová, M. (1999), str. 19

⁵ Vágnerová, M. (1999), str. 22

⁶ Foucault, M. (1997), str. 75 - 79

knihu v polovině šedesátých let 20. století) je v euroamerické kultuře psychická odchylka vnímána paušálně jako nemoc, čímž jejího nositele společnost exkomunikuje ze svého středu.

Normalita je vymezována statisticky, funkčně, nebo sociokulturně. Statistické pojetí normality vychází z předpokladu, že normální je to, co je nejčetnější. Je-li psychický projev kvantifikován, stanoví se jeho průměrný výskyt a směrodatné odchylky od něj na Gaussově křivce. Za normální je považováno to, co je v pásmu mezi symetrickými směrodatnými odchylkami. Toto kritérium však nelze interpretovat mechanicky. Jevy s častým výskytem nemusí být společensky akceptované, naopak jevy ležící mimo pásmo normy, a to i v krajních hodnotách, mohou být společensky vysoce ceněny.⁷ Ve funkčním pojetí je za normální považováno to, co umožňuje optimální fungování jedince. Poněkud problematickou je v tomto pojetí otázka, jak optimální fungování vymezit. To bývá definováno jako jednání vedoucí k určitému efektu. To však může být ve sporu s požadavkem adaptace na určité životní podmínky.⁸ V sociokulturním pojetí je považováno za normální to, co je v dané společnosti a kultuře obvyklé. Toto pojetí je vázáno na hodnoty a postoje skupin v konkrétní době a místě. Za normu jsou považována společenská kritéria vymezovaná ve vztahu k tradici. Sociokulturní vymezení abnormality nemusí odpovídat skutečné závažnosti projevů, které se vyskytují mimo pásmo společenské akceptace.⁹

1.3 Duševní zdraví

Pokud se ukazuje, že kategorie normy a normality jsou obtížně uchopitelné, lze předpokládat, že obdobně tomu bude i při vymezení pojmu duševního zdraví. Diagnostické manuály a další literatura zpravidla popisují pouze příznaky duševních nemocí, tedy toho, co je opakem duševního zdraví. Pouze zřídka se věnují tomu, jak vypadá zdravé fungování lidské mysli. Velká část definic zdraví, nejen duševního, je koncipována jako negativní vymezení. Zdraví se tedy zjednodušeně popisuje jako stav bez příznaků nemoci. V definici přijaté WHO je zdraví vymezeno jako stav prostý tělesného, duševního a sociálního strádání.¹⁰ Tato definice je důležitým krokem od redukcionistického, téměř výhradně medicinského pojetí

⁷ Vágnerová, M. (1999), str. 19 - 20

⁸ Vágnerová, M. (1999), str. 20

⁹ Vágnerová, M. (1999), str. 20-21

¹⁰ Hartl, P. & Hartlová H. (2010), str. 691

zdraví a je výrazem uznání toho, že zdraví má své aspekty nejen medicinské (biologické), ale i psychické, sociální a případně spirituální. Pokračováním tohoto trendu je vytváření pozitivních konceptů duševního zdraví. Příkladem může být koncept Martina Seligmana vymezující pět ingrediencí duševní pohody: pozitivní emoce, schopnost plně se ponořit do prováděné činnosti, navazování autentických vztahů, pociťování života jako smysluplného a zažívání úspěchu, nebo koncept současné americké psychoanalytičky Nancy McWilliams. Jeho hlavními součástmi je zejména kapacita milovat druhého, pracovní uplatnění, hravost, schopnost důvěřovat druhému, schopnost mít tak kontrolu nad svým životem a vyrovnat se s jeho bolestnými aspekty.¹¹

Zmínku o normalitě a duševním zdraví považuji v části týkající se vymezení duševních poruch za důležitou zejména proto, že negativní definice duševního zdraví je v praxi pomáhajících profesí (zejména ve zdravotnictví a sociálních službách) stále převládající. Naopak chápání duševního zdraví v pojetí neredukovaném pouze na medicinský model je důležité pro terapeutické přístupy a volbu terapeutických cílů. Těmi pak není pouze absence nebo zmírnění příznaků, ale úzdava a rehabilitace i ve smyslu sociálního fungování jednotlivce.

1.4 Modely duševních poruch

Při pokusech o objasnění duševních poruch, jejich příčin a přístupů k nim se v historii objevují různé modely. Tyto modely vycházejí z teorií, které se v historii uplatňovaly v psychiatrii. Mezi nejznámější patří model morální, biomedicínský, psychoanalytický, defektový a rodinný interakční.

Morální model byl uplatňován v psychiatrických zařízeních (asylum) v první polovině 19. století. Zahrnoval paternalistický přístup k nemocnému. Některé procedury v kontextu dobových představ, že šílenství lze tímto způsobem odstranit, měly spíše charakter trestu. Podrobně o metodách užívaných v Asylu a jejich dobovém kontextu píše Michel Foucault v kapitole Zrození útulku v knize Dějiny šílenství.¹² V současnosti je uplatňována behaviorální verze tohoto modelu. Podle ní je duševní porucha naučeným narušeným chováním. Náprava spočívá v odstranění nežádoucího chování pomocí pozitivních a negativních podnětů.¹³

¹¹ Viktorinová, M. (2016).

¹² Foucault, M. (1993), str. 169 - 198

¹³ Dušek, K. & Večerová-Procházková A. (2015), str. 25

Biomedicínský model přiděluje postiženému jedinci status nemocného. Předpokládá, že nemoc je výsledkem mozkové poruchy. Nápravou je léčení a ošetřování. Cílem je nemocného vyléčit (zpravidla odstranit symptomy) a zabránit zhoršování zdravotního stavu. V psychiatrii často tento model koexistuje s morálním, což je jedním z kořenů paternalistického přístupu k pacientovi.¹⁴

Biopsychosociální model byl zaveden v sedmdesátých letech 20. století americkým lékařem a psychoanalytikem Georgem I. Engelem. Byl aplikován především u psychosomatických poruch. Je podobný biomedicínskému modelu. Obohacuje jej o psychologický a sociální prvek v etiologii, patogenezi, terapii, prevenci a rehabilitaci. Je aplikován ve všech lékařských oborech včetně psychiatrie.¹⁵

V psychoanalytickém modelu má diagnóza vedlejší význam. Duševní porucha je považována vždy za jedinečnou a proto má individuální etiologii. Cílem léčby je vyřešení nevědomých konfliktů. Při léčbě se nespolupracuje s rodinou pacienta.¹⁶

Handicapový (defektový) model předpokládá trvalé narušení člověka s duševní nemocí. Nepřihlíží k původu současného stavu pacienta. Chování vykládá jako přiměřené stupni defektu. Nepředpokládá se možnost vyléčení, léčba se orientuje především na rehabilitaci. Cílem léčby je ochrana nemocného a jeho uschopnění k omezenému fungování ve společnosti.¹⁷

Rodinný interakční model vychází z předpokladu rovnoměrně rozložené poruchy komunikace v rodině, kdy jeden člen je vytipován jako duševně nemocný. Léčba zahrnuje všechny členy rodiny a klade si za cíl ukončit dosavadní interakci. To předpokládá aktivní zapojení všech, kterých se to týká, do procesu léčby. Jejím cílem je navrátit zdraví celé rodině.¹⁸

1.5 Průběh duševního onemocnění

Vývoj duševního onemocnění u jednotlivce lze etapizovat. Výchozím je období duševního zdraví, které je nazýváno premorbidní. Pro něj je typický projev charakterové struktury osobnosti (konkrétně se projevující např. v zájmech, zálibách a charakterových vlastnostech

¹⁴ Dušek, K. & Večerová-Procházková A. (2015), str. 26

¹⁵ Dušek, K. & Večerová-Procházková A. (2015), str. 26

¹⁶ Dušek, K. & Večerová-Procházková A. (2015), str. 26

¹⁷ Dušek, K. & Večerová-Procházková A. (2015), str. 26

¹⁸ Dušek, K. & Večerová-Procházková A. (2015), str. 26

osobnosti). Při nástupu poruchy následuje období premorbidních projevů, ve kterém se mohou vyskytovat nespecifické psychické nebo somatické potíže (tzv. předchozí příznaky jako např. pocity únavy nebo narušení spánku). V tomto období, které někdy může trvat dlouhou dobu, nelze psychickou poruchu spolehlivě rozpoznat. Následuje prodromální stádium, ve kterém se formují úvodní projevy poruchy. Ty na rozdíl od nespecifických příznaků v předchozím období začínají mít charakter chorobných příznaků. V další fázi, nazývané období akutní nebo subakutní, se rozvíjejí vedle nespecifických projevů také charakteristické specifické příznaky. V tomto období lze diagnosticky poruchu diferencovat podle základních kategorií duševních poruch. V následujícím období manifestace poruchy se specifické příznaky zvyrazňují. Lze spolehlivě diagnostikovat konkrétní poruchu a účinně terapeuticky zasáhnout. Tato fáze je vrcholem průběhu duševní poruchy. Po ní přichází období doznívání příznaků, ve kterém se opět projevují nespecifické příznaky poruchy a specifické ustupují. V následujícím období rekonvalescence příznaky odeznívají a zlepšuje se sociální fungování jedince. Fáze, kdy odezní specifické i nespecifické projevy poruchy, se nazývá období obnoveného zdraví.¹⁹

V některé literatuře je průběh duševní choroby dělen pouze do čtyř částí – období přípravné (prodromální), období rozvinuté psychózy (ataka), období vyhasínání (reziduální) a období úpravy (remise).²⁰

1.6 Typologie duševních onemocnění

V klinické diagnostice se duševní poruchy dělí na organické a funkční. Organické mají zpravidla známou etiologii a klasifikují se podle příčin. Funkční poruchy nemají známou etiologii a klasifikují se podle klinického obrazu a průběhu. Oba typy poruch lze rozčlenit podle hloubky na nepsychotické a psychotické. Jako psychotická porucha se označuje závažné duševní onemocnění, při kterém dochází ke ztrátě kontaktu s realitou. Příkladem ztráty kontaktu s realitou při bdělém vědomí je amence, tj. porucha vědomí charakteristická úzkostnou bezradností, dezorientací, poruchami vnímání nebo projevy zmatenosti.²¹ Dále jsou pro psychózu charakteristické poruchy vnímání (iluze, halucinace), poruchy myšlení

¹⁹ Dušek, K. & Večerová-Procházková A. (2015), str. 27 - 28

²⁰ Kalina, K. (2001), str. 29

²¹ Hartl, P. & Hartlová H. (2010), str. 28

(bludy), poruchy emotivity (např. oploštělý afekt) a další příznaky specifické pro konkrétní diagnózu.²²

U organických duševních poruch je prokazatelný patologicko-anatomický nález. To nevylučuje, že by ostatní poruchy také měly organický podklad, ani to neznamená, že by psychopatologie těchto poruch nesouvisela s psychogenními vlivy. Hlavními příčinami organických duševních poruch bývají atrofie, záněty, nádory, zranění, nebo poruchy výživy. Příkladem duševní poruchy způsobené atrofií (zmenšení, popř. ztenčení normálně vyvinutého orgánu, tkáně nebo buňky) může být demence Alzheimerova typu. Příkladem nespecifických zánětů, které mohou být příčinou organických duševních poruch, jsou různé infekční encefalitidy. Příkladem specifických zánětů, které mohou způsobit duševní poruchu je neurolyues (syfilis) nebo lymfská borelióza. Mezi organické duševní poruchy jsou řazeny i demence způsobené otravou tukovými rozpustidly (toluen). Dále jsou do této kategorie řazeny demence, deliria, jiné duševní poruchy a poruchy osobnosti a poruchy chování.²³

Zvláštní skupinu tvoří duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek. Do této skupiny patří deliria, toxické psychózy a amnestické syndromy vyvolané alkoholem nebo psychoaktivními látkami.²⁴

Duševní poruchy se zpravidla řadí následujícím způsobem, přičemž některé podle etiologie patří k organickým, jiné k funkčním poruchám:

1. schizofrenie, schizotypální poruchy a poruchy s bludy
2. afektivní poruchy
3. neurózy
4. poruchy příjmu potravy

Odděleně jsou uváděny poruchy spánku, poruchy osobnosti, sexuální poruchy a mentální retardace.

S ohledem na kazuistiky v praktické části práce budou schizofrenii a schizoafektivním poruchám věnovány samostatné kapitoly 1.3 a 1.4. Vedle nich se do této kategorie řadí schizotypní porucha. Ta je poruchou chování připomínající schizofrenii, ale v žádném jejím

²² Höschl, C. (1996), str. 40

²³ Höschl, C. (1996), str. 108

²⁴ Höschl, C. (1996), str. 137 - 141

stádiu se nevyskytují určité a charakteristické schizofrenní příznaky. Jedná se o hraniční stav mezi schizofrenií a poruchou osobnosti. Další vývoj této poruchy může u některých jedinců končit schizofrenií. Může být charakterizována nepřiměřenými nebo ochuzenými emočními reakcemi, excentrickým chováním, vztahovačností, podezřením na paranoidní bludy, občasnými somatosenzorickými iluzemi, nebo depersonalizačními a derealizačními zážitky, obsesí s dysmorfofobickým sexuálním nebo agresivním obsahem, obřadným, metaforickým, komplikovaným myšlením a občasnými přechodnými psychotickými epizodami s bludy. K tomu, aby schizotypní porucha byla diagnostikována, je třeba naplnění alespoň tří nebo čtyř výše uvedených příznaků.²⁵ Dále jsou do první kategorie řazeny trvalé a indukované duševní poruchy s bludy a akutní a přechodné psychotické poruchy.²⁶

Druhou skupinou jsou afektivní poruchy, tj. poruchy nálad. V ní jsou zastoupeny zejména mánie, různé typy depresivních poruch a bipolární porucha. Mánie jsou charakterizovány dlouhodobě povznesenou nebo podrážděnou náladou, zvýšenou aktivitou, sníženou potřebou spánku a obtížnou koncentrací.²⁷ Pro depresivní poruchy je charakteristická ztráta zájmu a potěšení z aktivit, které jindy bývají příjemné, pokles energie, zvýšená unavitelnost a ztráta sebedůvěry. U psychotických forem depresivní poruchy se mohou vyskytovat bludy, halucinace a stupor.²⁸ Pro bipolární afektivní poruchu je typické střídání manických a depresivních epizod, a to nezávisle na životních situacích.²⁹

Třetí skupinou jsou neurotické poruchy. Ty jsou definovány jako onemocnění vzniklé působením psychosociálních vlivů, jejichž negativní dopad je do jisté míry komplementární s vulnerabilitou osobnosti jedince. Neuróza je poruchou adaptace vůči prostředí i vůči sobě samému. Mnoho neurotických příznaků (jako např. bludy, halucinace, amence, mráкотné stavy, ...) může občas zažívat i zdravý člověk, avšak při zachování kontaktu s realitou a bez přítomnosti psychotických fenoménů.³⁰ K neurózám se řadí především fobické úzkostné poruchy, obsedantně-kompulzivní poruchy, reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení, disociační poruchy a somatoformní poruchy.³¹

²⁵ Dušek, K. & Večerová-Procházková A. (2015), str. 234 - 235

²⁶ Dušek, K. & Večerová-Procházková A. (2015), str. 235 - 237

²⁷ Dušek, K. & Večerová-Procházková A. (2015), str. 239

²⁸ Dušek, K. & Večerová-Procházková A. (2015), str. 241

²⁹ Höschl, C. (1996), str. 187

³⁰ Höschl, C. (1996), str. 213

³¹ Dušek, K. & Večerová-Procházková A. (2015), str. 248

Čtvrtou skupinu tvoří poruchy příjmu potravy. K nim je řazena mentální anorexie a mentální bulimie. Anorexie se vyznačuje odmítáním udržovat tělesnou hmotnost na nebo nad normálem (ten zpravidla bývá 85% normální hmotnosti), intenzivním strachem ze ztloustnutí, a to i navzdory podváze a narušeným způsobem zakoušení tělesné hmotnosti.³² Pro bulimii je typické opakované přejídání spojené s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti vedoucí k různým krajním opatřením zmírňujícím tloušťku projevující se opakovaným přejídáním a uměle vyprovokovaným zvracením, nebo projímáním.³³ Tyto poruchy často souvisejí s protestem a rivalitou vůči autoritě.³⁴

Poruchy spánku se rozdělují na neorganické a organické. Mezi neorganické poruchy spánku patří takové, u kterých jsou primární emoční faktory (např. neorganická hypersomnie, somnambulismus, noční děsy a noční můry). Mezi organické poruchy spánku patří mimo jiné poruchy způsobené nevhodným načasováním spánku, porucha spánkového rytmu a spánková apnea.³⁵

Pojmem poruchy osobnosti jsou označovány stavy, které byly v klasické psychiatrii uváděny jako psychopatie. Na rozdíl od neuróz a psychóz nejsou poruchy osobnosti považovány za nemoc. Jedná se o stav, ke kterému je vrozená dispozice a který se rozvíjí s utvářením osobnosti. Jde o extrémně vystupňované povahové a charakterové rysy, které vedou k poruchám sociální adaptace. Pro lidi s poruchou osobnosti je typické, že jejich inteligence je „povrchní“, citový a sexuální život je triviální a je pro ně typická absence hlubší emoční a mezilidské vazby. Nedokáží vytěžit z odměny, poučit se z trestu, nebo se řídit dlouhodobějším životním plánem. Jejich IQ však bývá často vysoké a paměť dobrá. Ke klinickému obrazu poruchy osobnosti nepatří psychotické příznaky. Poruchy osobnosti lze rozdělit do tří skupin. Do první jsou zahrnuty paranoidní, schizoidní a schizotypové poruchy osobnosti, do druhé poruchy histrionské, narcistické, antisociální a hraniční a do třetí skupiny poruchy s převahou vyhýbavého chování, závislostí, pasivní agresivitou a další jinak neurčené.³⁶

Kategorie sexuálních poruch zahrnuje sexuální dysfunkce (např. absence nebo ztráta sexuální tužby a poruchy orgasmu), abnormity pohlavní identity (transsexualismus nebo

³² Höschl, C. (1996), str. 236

³³ Höschl, C. (1996), str. 238

³⁴ Dušek, K. & Večerová-Procházková A. (2015), str. 266

³⁵ Höschl, C. (1996), str. 241 - 247

³⁶ Höschl, C. (1996), str. 254 - 255

transvestismus), a abnormality sexuální preference (zejména fetišismus, exhibicionismus, voyerství a sadomasochismus).³⁷

Jako mentální retardace se souhrnně označuje vrozený defekt rozumových schopností. Je definována jako neschopnost jedince dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje, i když byl přijatelným způsobem stimulován. Hlavním znakem je nízká úroveň rozumových schopností. Mentální retardace je na rozdíl od demencí vrozená. Jedná se o poruchu trvalou, která však může vykazovat určité zlepšení.³⁸

1.7 Schizofrenie

1.7.1 Definice

Schizofrenie je závažná duševní porucha charakterizovaná poruchami myšlení, chování a osobnosti. Dalšími významnými projevy je porucha emotivity především kvalitativního charakteru, to znamená emoční nepřiměřenost, oploštělost a chudost. Při její diagnostice se rozlišuje pozitivní a negativní symptomatika. Pozitivní symptomatika zahrnuje příznaky, které se v psychice zdravého člověka nevyskytují. Vzniká tak dojem, že psychická aktivita člověka byla v souvislosti se schizofrenií rozšířena. Jedná se zejména o projevy jako halucinace, bludy, vzrušenost, nebo o produktivní katatonní symptomatiku (tj. echomatismy, stereotypie, verbigerace, manýrování, bizarní projevy a raptý). Negativní symptomatika zahrnuje příznaky, které jsou vnímány jako ochuzení psychiky oproti normálnímu stavu. Sem patří psychomotorický útlum, zpomalená reaktivita, hypobulie až abulie, ztráta spontaneity a autistické projevy. Dále jsou do této skupiny zahrnuty katatonní příznaky jako negativismus, stupor, nebo katalepsie. Dušek a Večerová uvádějí, že k předchozím dvěma složkám bývá přiřazována třetí označovaná jako strukturální deformace. Jedná se o premorbidní strukturu osobnosti, která má relativně trvalý charakter. Tato struktura se projevuje jak po formální, tak po obsahové stránce v jednotlivých příznacích a dává jim trvale svůj ráz.³⁹

V Mezinárodní klasifikaci duševních poruch MKN-10 se vzhledem k nejasnosti neuvádí operacionální definice schizofrenie a její etiologie. Jsou zde popsány typické příznaky

³⁷ Höschl, C. (1996), str. 267

³⁸ Vágnerová, M. (1999), str. 146

³⁹ Dušek, K. & Večerová-Procházková A. (2015), str. 224 - 225

onemocnění. Pro určení diagnózy schizofrenie stanovuje MKN-10 následující obecná diagnostická kritéria:

- a) slyšení vlastních myšlenek, pocity vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek;
- b) bludy kontrolovanosti, ovlivňování nebo ovládnutí, nebo prožitky pasivity, které se jasně projevují pohyby těla nebo končetin, nebo zvláštními myšlenkami, činnostmi nebo pocity, bludné vnímání;
- c) halucinace hlasů, které komentují pacientovo chování nebo o něm mezi sebou hovoří, nebo jiné typy hlasů, které přicházejí z některých částí těla;
- d) trvalé bludy jiného typu, které nemohou být podmíněné příslušnou kulturou a jsou zcela nepatřičné, jako náboženská nebo politická identita, nadlidská moc nebo schopnost (např. schopnost kontrolovat počasí nebo být ve spojení s cizinci z jiného světa);
- e) přetrvávající halucinace v jakékoli formě, které jsou provázeny prchavými nebo neúplně formulovanými bludy bez jasného afektivního obsahu nebo přetrvávajícími ovládacími myšlenkami, nebo se vyskytují zárazy či vkládání do toku myšlenek a z toho vyplývající inkoherece, irelevantní řeč nebo neologismy;
- f) katatonní chování, jako například vzrušenost, strnulé pozice, vosková ohebnost, negativismus, mutismus a stupor;
- g) „negativní“ příznaky, jako výrazná apatie, chudost řeči, oploštělost nebo nepřiléhavost emočních reakcí, sociální stažení. U těchto příznaků musí být jisté, že se nejedná o následek deprese nebo neuroleptické léčby;
- h) výrazné a nápadné kvalitativní změny v osobním chování, jako je ztráta zájmů, bezcílnost, nečinnost a ztráta vztahu k okolí;

Pro diagnózu schizofrenie je vyžadováno, aby se alespoň jeden naprosto jasný příznak ze skupiny a) – d) (popř. alespoň dva méně jasné), nebo dva příznaky ze skupin e) – h) vyskytoval alespoň po dobu jednoho měsíce.⁴⁰

⁴⁰ Höschl, C. (1996), str. 154

1.7.2 Historie pojmu schizofrenie

Psychózy schizofrenního typu patří k nejtěžším duševním onemocněním. Popisy těchto poruch jsou doloženy již ve starověku, kdy jsou pro ně používány termíny jako duševní nemoc, šílenství nebo posedlost. Německý psychiatr Emil Kraepelin (1856 – 1926) zavádí v roce 1896 termín „dementia praecox“. Vycházel z toho, že tento znak „předčasná demence“ je společný pro duševní choroby s pestrými klinickými obrazy, které jsou však odlišné od maniodepresivní psychózy.⁴¹

Kraepelin ve své koncepci zdůrazňuje závažnost onemocnění a jeho chronický průběh. Pro zdůraznění rizika počátku nemoci již v mladém věku užívá termín „praecox“. Kraepelin ve své klasifikaci sice užívá i pojem schizofrenia, ale tento termín v širším měřítku zavádí do praxe až švýcarský psychiatr Eugen Bleuer (1857 – 1939) v roce 1911. V knize „Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien“ zpochybňuje Kraepelinovo pojetí a ukazuje, že nejde o demenci. Uvádí, že spíše než o jednu jde o více mnohotvárných forem onemocnění a ty shrnuje pod pojem schizofrenie. Tento pojem pocházející z řečtiny používaný již francouzským psychiatrem Benediktem-Augustem Morelem (1809 – 1871) se mu jeví jako příhodnější, protože vyjadřuje pro tuto skupinu onemocnění společný typický příznak, kterým je rozštěpení mysli, nebo vhodněji dezintegrace (fragmentaci) osobnosti. V českém jazykovém kontextu se pro vyjádření mnohosti forem onemocnění používá termín „schizofrenní onemocnění“ nebo „okruh schizofrenie“.⁴²

V současné době jsou tendence upouštět od užívání pojmu schizofrenie a o jeho nahrazení jiným příhodnějším názvem. V některých zemích (např. v USA a Japonsku) je zaváděn název porucha integrace, případně porucha významovosti podnětu (Abnormal Salience Syndrom). Hlavním důvodem pro změnu názvu je skutečnost, že pojem schizofrenie je silně stigmatizační a ztotožnění se s takovou diagnózou může být pro člověka velmi problematické. Takto pojmenovaná diagnóza může mít pro jejího nositele fatální důsledky nejen v pracovní a sociální oblasti, ale i v jeho vlastním náhledu na možnost uzdravy.⁴³

⁴¹ Halweg, K. & Dose, M. (2000), str. 2

⁴² Dušek, K. & Večerová-Procházková A. (2015), str. 224 - 225

⁴³ Bankovská Motlová, L. & Španiel, F. (2017), str. 13

1.7.3 Teorie a modely schizofrenie

Kraepelin považoval schizofrenii za poruchu organického pôvodu. Proto ji také zařazuje mezi demence. Od té doby byla zvažována řada teorií o vzniku schizofrenie – virová, imunologická, rodinná, genetická nebo biochemická. Ani u jedné nebyl prokázán jednoznačný a zásadní vliv na vznik nemoci.⁴⁴ Na jedné straně převládá názor, jež předpokládá multifaktoriální etiologii, čili mnohostrannou příčinnou podmíněnost, souhrn psychických i somatických vlivů, na druhé straně lze předpokládat, že schizofrenie představuje syndromologicky vymezenou skupinu možná i několika různých nemocí s rozdílnou etiologií.⁴⁵

V současné literatuře jsou nejčastěji uváděny čtyři modely vzniku schizofrenie – model genetický, model vycházející ze zkušenosti rodinných terapeutů, model vulnerability a stresu a model vycházející z výzkumu projevovaných emocí. Někdy jsou zmiňovány i modely založené na výzkumu biologických příčin onemocnění. U nich však zatím neexistuje uspokojivá teorie patofyziologie, patobiochemie a patomorfologie schizofrenních poruch, která by zohledňovala jednotlivé nálezy.⁴⁶

Model vycházející z genetických faktorů dochází na základě rodinných adoptivních studií a studií dvojčat k závěru, že riziko onemocnění je v případě, že je nemocný jeden z rodičů, 12%, v případě, že jsou nemocní oba rodiče, 40%. Riziko onemocnění, pokud je nemocný jeden ze sourozenců, je 8%, u jednovaječných dvojčat může být až 45%. Je-li nemocný někdo z příbuzných druhého stupně (strýc, teta, neteř, synovec, atd.), je riziko onemocnění 4%. Z toho plyne, že významnou etiologickou roli vedle genetických vlivů mají i faktory prostředí.⁴⁷

Model vycházející ze zkušeností rodinných terapeutů se rozvíjí od padesátých let dvacátého století. Základem modelu je předpoklad, že na vznik schizofrenie má vliv typ rodičovské komunikace. Je uváděn koncept komunikační odchylky M. T. Singera, L. Wynnea a M. L. Tooheye a model dvojné vazby prezentovaný G. Batesonem, D. D. Jacksonem, J. Haleyem a J. Weaklandem. V modelu komunikační odchylky se vychází z toho, že určité formální komunikační poruchy rodičů znemožňují dítěti se naučit správně hodnotit realitu. Základem modelu dvojné vazby je předpoklad, že komunikace se odehrává na různých

⁴⁴ Jarolímek, M. (2006), str. 11

⁴⁵ Benda, J. (2007), str. 46

⁴⁶ Halweg, K. & Dose, M. (2000), str. 27

⁴⁷ Halweg, K. & Dose, M. (2000), str. 27 - 28

úrovních (např. verbální a nonverbální) a že na různých úrovních lze vysílat současně zprávy, které si vzájemně odporují. Schizofrenie pak vzniká, je-li dítě ze strany důležitých vztahových osob konfrontováno s emočně významnými obsahy a současně je tato komunikace rozporná a její rozpornost nelze objasnit nebo z takové situace není možné utéct. Ani pro jeden z uvedených konceptů není dostatečná opora v empirickém výzkumu. Snaha vyložit vznik schizofrenního onemocnění pomocí rodinných faktorů je někdy považována za zjednodušující. Nicméně rodinný vliv je vnímán jako důležitý dílčí aspekt v komplexnějších bio-psycho-sociálních konceptech etiologie schizofrenie.⁴⁸

Model vulnerability a stresu zastávaný R. Libermannem se snaží integrovat prokázané nálezy empirického výzkumu schizofrenie a zohledňuje přitom též rodinné a další psychosociální a biologické faktory. Vychází z empirických indicií, které potvrzují platnost genetických faktorů a považuje biologickou složku za významný vliv na vznik a průběh schizofrenie. Vychází z toho, že nejen sama choroba, ale i určité interaktivně se podmiňující znaky vulnerability mohou být vrozené nebo získané při prenatálních nebo perinatálních traumatech. Podle tohoto modelu vznikají schizofrenní symptomy při interakci vlivů na úrovni biologie, prostředí a chování. Vychází z toho, že se schizofrenie vyznačuje indikátory vulnerability mající charakter rysů, které lze rozpoznat před, v průběhu a po odeznění psychotické fáze. Jedná se o poruchy pozornosti a zpracování informací. Schizofrenici podle tohoto modelu mají sníženou kapacitu pro zpracování informací a při komplexnějších úkolech jsou snadno odklonitelní. Dále se jedná o dysfunkce autonomního nervového systému. Mezi schizofreniky byl zjištěn vyšší výskyt osob, u kterých nedocházelo k habituaci (tj. k vymizení reakce na podnět po jeho několikanásobném opakování). Podle modelu vulnerability a stresu oba tyto faktory vzájemně interagují a podmiňují průběh vývoje rizikových osob a manifestaci schizotypové osobnosti, pro kterou jsou typické poruchy v interpersonálním kontaktu a celkové snížení sociálních kompetencí. Je možné, že u osob s rizikem onemocnění schizofrenií snadněji dochází k dopaminergním dysfunkcím. Schizofrenní epizoda je podle tohoto modelu interakcí faktorů vulnerability s nepříznivými podmínkami prostředí. Těmi může být emočně zatěžující atmosféra v rodině, hyperstimulující sociální prostředí nebo zátěžové životní situace. Model vulnerability a stresu má poměrně velkou oporu v empirických výzkumných studiích. Průběh a výsledek vývoje schizofrenního onemocnění je podle tohoto modelu závislý nejen na interakci zátěžových

⁴⁸ Halweg, K. & Dose, M. (2000), str. 28 - 29

faktorů, ale je ovlivňován i kompetencemi pro zvládání problémů, neuroleptickou medicínou a podpůrnými psychosociálními intervencemi. Ty na nemocného působí jako ochranné a podpůrné faktory ze strany sociálního prostředí.⁴⁹

Model založený na výzkumu projevovaných emocí prezentovaný C. Waughnem a J. P. Leffem předpokládá, že na recidivu schizofrenie mají rozhodující vliv projevované postoje příbuzných a blízkých nemocného. Tento model zastupuje hlavní výzkumný směr v rámci modelu vulnerability a stresu. Je také hlavním východiskem pro terapeutické přístupy založené na práci s rodinou.⁵⁰

Dále jsou zastoupeny modely psychosociální a psychodynamické. Libiger v této souvislosti upozorňuje na tzv. antipsychiatrické modely: *Schizofrenie je podle nich chápána jako psychologické zhroucení – reakce na nesnesitelnou situaci. Má charakter vývojové krize a prostřednictvím zkušeností získaných v průběhu změněného prožívání může vést k osobnostnímu růstu jedince, který takovou krizí prošel*.⁵¹ K zástupcům tohoto pojetí patří v českém prostředí například Eva Syřišťová.⁵²

1.7.4 Schizofrenie v psychologii C. G. Junga a J. W. Perryho

S ohledem na to, že tato práce je zaměřena na arteterapii a specifika výtvarného projevu lidí s duševními poruchami, považuji za přínosné uvést pojetí schizofrenie Carla G. Junga a analytického psychologa Johna W. Perryho (1914 – 1998). Jejich „nepsychiatrické“ výklady schizofrenie mohou být, podle mého názoru, jednou z cest k pochopení symboliky artefaktů lidí s touto duševní poruchou.

V díle švýcarského psychiatra a psychologa Carla G. Junga se problematika schizofrenie objevuje zejména v jeho počátečních pracích („Über die Psychologie der Dementia praecox“, 1907) a v posledních spisech („Die Schizophrenie“, 1958). O svých zkušenostech z terapie lidí s psychózou se Jung často zmiňuje i ve svých Tavistockých přednáškách.

Jung vznik schizofrenie vykládá v kontextu svého modelu struktury psýché jako důsledek porušení rovnováhy mezi vědomím a nevědomím. U normálních lidí spočívá hlavní úloha nevědomí v tom, že působí kompenzačně a pomáhá udržovat duševní rovnováhu. Všechny extrémní vědomé tendence jsou zmírněny a vyváženy protiimpulsem v nevědomí. Psychóza

⁴⁹ Halweg, K. & Dose, M. (2000), str. 29 - 33

⁵⁰ Halweg, K. & Dose, M. (2000), str. 34 - 39

⁵¹ Libiger, J. (1999), str. 65

⁵² srv. např. Syřišťová, E. (1977)

je procesem, ve kterém se dříve nevědomé elementy snaží proniknout do vzdorujícího vědomí násilným a především nesrozumitelným způsobem. To se děje například tak, že se prostřednictvím mechanismu projekce prezentují jako realita.⁵³ Jung uvádí: *U normálních lidí se nikdy nevyskytuje tak jednostranný postoj, že by korigující vlivy nevědomí zůstaly v běžném životě zcela bez účinku. Naopak pro abnormální lidi je typické, že se zdráhají uznat kompenzující vliv nevědomí, a dokonce zdůrazňují svou jednostrannost. Duševně nevyrovnaný člověk se pokouší ubránit se proti vlastnímu nevědomí tím, že bojuje proti těmto kompenzujícím vlivům. Dvojice protikladů jsou tak rozervány. Toto rozpolcení vede k neštěstí, neboť nevědomé se brzy začne vědomí násilně vnucovat. Pak se objeví výstřední, nesrozumitelné myšlenky a nálady a často počínající halucinace, které zřetelně nesou stopu vnitřního konfliktu.*⁵⁴ Psychické obsahy odmítané vědomím se v nevědomí seskupují do fragmentů ztrácejících spojení s duševním celkem. Původní subjekt se rozpadá na více subjektů, protože dochází ke vzniku více autonomních silně emočně obsazených komplexů. Jung uvádí, že *u člověka s psychózou postupně sílí fascinace nevědomými obsahy a mizí vědomá kontrola. Člověk nakonec klesá do nevědomí a stává se jeho úplnou obětí. Je obětí nové autonomní aktivity, která nevzniká a nevychází z jeho ega, ale z temné sféry.*⁵⁵

U zdravých lidí je subjektem prožívání já. U schizofreniků je naproti tomu já jenom jedním z prožívaných subjektů. U schizofrenika dochází mezi instancí já a některými komplexy k tak zásadnímu rozštěpení, jaké není u lidí s neurózou myslitelné. Neurotik usiluje o udržení svrchovanosti svého vědomí sebe a snaží se o podřízení nevědomých sil. Naopak člověk se schizofrenií je ovládán dotěrností obsahů nevědomí. Abbaissement, tj. snížení duševní úrovně, oslabení vědomé kontroly a napětí ve vědomí a zesílení nevědomých způsobů prožívání a chování,⁵⁶ dosahuje extrémního stupně, ve kterém já ztrácí veškerou sílu vzdorovat útokům mocnějšímu nevědomí. Přestává bojovat s obsahy nevědomí a identifikuje se s nimi. Díky extrémnímu rozštěpení se psychická totalita postupně ozpadá na komplexy, a já-komplex přestává hrát nejdůležitější roli. Stává se jedním z mnoha rovnocenných komplexů. Sebekontrola slábne a není již schopna ovládat stavy, nálady a myšlenky. Jung tento stav nazývá zhroucením psýché a přirovnává jej k explozi bořící základy domu. Uvádí,

⁵³ Benda, J. (2007), str. 47

⁵⁴ Jung, C. G.: psychogenese der Geisteskrankheiten, Gesammelthe Werke, Dritter Band, Walter-Verlag 1990, str. 231 -232, citováno in. Benda, J. (2007), str. 48

⁵⁵ Jung, C. G. (1993), str. 86

⁵⁶ Müller, L. & Müller, A. (2006), str. 9

že v projekci se symptomy první fáze schizofrenie projevují jako například zemětřesení, kosmické katastrofy, padání hvězd, rozštěpení slunce, rozpad měsíce vedví, proměny lidí v mrtvoly, zmrznutí vesmíru, atd.⁵⁷

Korigující impulzy nebo kompenzace, které „vtrhly“ do vědomí, by podle Junga měly signalizovat začátek léčebného procesu. Jejich prostřednictvím by měl být uvolněn ten postoj, který byl dříve izolován. Ve skutečnosti k tomu ale nedochází, protože tyto nevědomé korigující impulzy se vědomí prezentují pro něj nepříjemným způsobem. Nemocný pak například začíná slyšet hlasy obviňující ho z vraždy nebo jiných zločinů. Tyto hlasy ho dohánějí k zoufalství a on se ve svém rozrušení pokouší dostat do kontaktu se svým okolím. Dělá tak přesně to, čemu se předtím úzkostlivě vyhýbal. Kompenzace je tedy účinná, ale v neprospěch individua. Způsob, jakým kompenzující vlivy vtrhnou do vědomí, lze podle Junga vysvětlit tím, že jednak musely bojovat proti odporům, které tam již byly, a tak se jedinci představit ve zcela zdeformované podobě, jednak se tyto vlivy mohou prezentovat pouze jazykem nevědomí – to znamená prostřednictvím podprahového materiálu velmi zvláštní povahy. Takový materiál zahrnuje zapomenuté infantilní fantazie, které kdy vstoupily do lidského vědomí, a o nichž už zbývají jen legendy a mýty.⁵⁸

Jung chápe neurózu jako autoterapeutický pokus seberegulujícího psychického systému o znovuoživení rovnováhy.⁵⁹ Obdobně vnímá i psychózu, konkrétně schizofrenii jako autosanační pokus psýché řešit vytěsněný konflikt na bázi kolektivního nevědomí. *U neurózy však nikdy nejde o skutečnou ztrátu reality, ale jen o falšování reality. U schizofrenie se však realita ve významné míře ztrácí.*⁶⁰ Jung zároveň upozorňuje na skutečnost, že podobné obsahy prožívání jako u lidí s psychózou se objevují také u normálních osob, například při intoxikaci meskalinem, v polovědomých stavech a ve snech. Ve své první publikované práci o schizofrenii z roku 1907 Jung uvádí: *„Ve snech vidíme, jak je realita obetkována fantazijními výtvary, jak vybledlé vzpomínkové představy přijímají hmatatelnou podobu, jak jsou dojmy z prostředí ve smyslu snu přetvářeny. Snící se nachází v novém a jiném světě, který vyprojikoval ze sebe sama. Nechme však snícího procházet se a jednat jako by bděl a máme klinický obraz dementiae praecox.*“⁶¹ Podobně jako při interpretaci snu Jung nevztahuje

⁵⁷ Benda, J. (2007), str. 48

⁵⁸ Benda, J. (2007), str. 49

⁵⁹ Jung, C. G. (1993), str. 177

⁶⁰ Jung, C. G. (2004), str. 196

⁶¹ Benda, J. (2007), str. 49

obsahy schizofrenních symptomů pouze k individuální historii subjektu, ale vykládá je na základě paralel nalézáných v pohádkách, mýtech, atp. Při svém zkoumání používá konstruktivní syntetickou metodu a uplatňuje tzv. „finální hledisko“. Nezajímá se jen o to, jak ten který symptom vznikl, ale spíše se ptá, k čemu má sloužit.⁶²

Analytický psycholog a psychiatr John Weir Perry (1914 – 1998) považuje psychózu za druh vývojové krize, resp. obdobně jako Jung za fázi samoléčebného transformativního procesu. V knize „The far side of madness“ o schizofrenii uvádí: *„V důsledku aktivace nevědomí a zhroucení ega je vědomí přemoženo hlubšími úrovněmi psýché a jedinec se ocitá v psychickém stavu naprosto odlišném od jeho okolí. Je ponořen do světa mýtu. Cítí se náhle izolovaný, protože nenachází pochopení na straně těch okolo něj. Strach z této přemoženosti a izolace způsobuje vlnu paniky, která jej uvádí do tísnivého stažení se. Jeho emoce již nejsou spojeny s běžnými věcmi, ale upadají do starostí a obrovských nesnází s vnitřním světem mýtu a obrazu.“*⁶³

Na základě praxe se schizofrenními pacienty a vnímání jejich bludných představ jako metaforických vyjádření emočních stavů Perry popisuje soubor mytologických obrazů provázejících proces jejich vnitřního vývoje. Tento transformační proces Perry označuje jako proces obnovy (renewal process) a považuje jej za klinický syndrom. Často se vyskytující mytologické motivy Perry rozděluje do deseti tematických skupin.

1. Střed: Místo ve středu světa nebo kosmická osa; bod, kde se setkává nebeský svět, normální svět a podsvětí; mezi dvěma protikladnými polovinami světa; centrum pozornosti.
2. Smrt: Témata roztrhání nebo obětování jsou rozptýlena všude a jsou zjevná v kresbách (ukřižování, rozdrčení nebo rozsekání, mučení, přeházené končetiny nebo kosti, otrava). Převládajícím bludem je tvrzení o vlastní smrti a bytí v posmrtném stavu (lidé vypadají jako živé mrtvolky; bytí v pekle nebo v nebi; nebo vězení jako ekvivalent smrti).
3. Návrat k počátkům: Vyjádření regrese, která vrací člověka zpět k počátkům času a stvoření vesmíru (rajská zahrada, vody bezedné propasti, počáteční kroky evoluce,

⁶² Benda, J. (2007), str. 50

⁶³ Perry, J. W. (1974), The far side of madness. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, str. 8, citováno in Benda, J. (2007), str. 50

primitivní kmenová společnost, stvoření planet). Samozřejmě je tu i paralelní regrese k emocím, chování a asociacím dětských let (obklopení rodičovskými figurami; batole, kojeneček; potřeby dotyku a spojení; orální potřeby).

4. Kosmický konflikt: Vzniká světový konflikt kosmického významu mezi silami dobra a zla, světla a temnoty nebo řádu a chaosu (v dnešní době překvapivě často vyjádřenými jako demokracie a komunismus; Armagedon nebo triumf Antikrista; zničení nebo konec světa, poslední soud; intriky, úklady, špionáž, otravy – vše k získání světové nadvlády).
5. Hrozba protikladu: Pocit ohrožení ze strany opačného pohlaví, strach z přemožení opačným pohlavím nebo přeměny v něj (drogy způsobující proměnu v opačné pohlaví; identifikace s postavou opačného pohlaví; nadvláda opačného pohlaví; pokusy vyhladit opačné pohlaví).
6. Apoteóza: Jedinec zažívá zbožštění, povýšení do královského stavu nebo na úroveň božství (král nebo královna, božstvo nebo světec, hrdina nebo hrdinka, mesiáš).
7. Duchovní svatba: Jedinec vstupuje do posvátného svazku rituálního nebo mytologického charakteru (královská svatba – eventuelně incestní; sňatek s bohem nebo bohyní; jako Panenská Matka, která počala z ducha).
8. Nové zrození: Dochází k němu, nebo je očekáváno; nové narození nadlidského dítěte nebo sebe sama (ideje znovuzrození; Božské dítě, dítě – spasitel, princ nebo usmiřitel rozděleného světa).
9. Nová společnost: Je předvídaný nový společenský rád ideální nebo posvátné povahy (Nový Jeruzalém, poslední ráj, Utopie, světový mír; nový věk, nové nebe a nová země).
10. Svět rozdělený do čtyř částí: Je ustanovena čtyřdílná struktura světa nebo kosmu obvykle v podobě rozčtvrceného kruhu (čtyři kontinenty nebo čtvrtiny; čtyři politické strany, vlády nebo národy; čtyři rasy nebo náboženství; čtyři osoby božství; čtyři elementy nebo stavy bytí).

Perry podotýká, že jednotlivá témata se nemusí objevovat v uvedeném pořadí. Nicméně motivy smrti a rozpadu starých forem, návrat k počátkům a konflikt protikladů se zpravidla objevují dříve, zatímco motivy znovuzrození, nového sociálního řádu a světa rozděleného do čtyř částí později. Paralelu k procesu obnovy odehrávajícímu se uvnitř psyché nalézají Perry

v obřadech posvátného královského majestátu konaných u příležitosti příchodu nového roku v oblasti starověkého Blízkého východu. Děj rituálního dramatu znovuuštění krále a království starého Izraele podle něj odpovídá sledu zmíněných mytologických obrazů objevujících se u schizofrenních pacientů. Perry se proto domnívá, že proces obnovy je důsledkem aktivace prastarého mytologického obrazu posvátného královského majestátu.⁶⁴

*V procesu obnovy se podle Perryho ukazuje negativní sebeobraz na úrovni já, ale vedle něj kompenzující překypující sebeobraz na fantazijní úrovni, ve formě mýtu a bludu (negativní: šašek, duch, čarodějnice, zoufalec; pozitivní: hrdina, svatý, vůdce). Jsou tu pocity účasti v nějaké podobě dramatu nebo rituálního představení (vysílání v rádiu, televizi nebo vystupování na jevišti; tančení, skandování, divadelní nebo obřadné pohyby). Perry vysvětluje, že tento proces se objevuje jako vlastní způsob psýché jak odstranit zastaralé stavy bytí a tvořivě uvést nové počátky – je to způsob, kterým obnovené já vytváří nové vize a životní plány se znovunalezeným smyslem života.*⁶⁵

Základem pozdější psychogeneze schizofrenie je dle Perryho neadekvátní pojetí prepsychotické osobnosti. Typicky jde o jedince vyrůstajícího ve frustrujícím prostředí, kde je mateřská láska podmíněna splněním matčiny očekávání, která však nejsou reálně splnitelná. Dítě se v tomto prostředí cítí být odmítáno a nehodno být přijímáno a milováno. Ztotožňuje se s rolí černé ovce. Perry kromě toho hovoří o celkovém potlačení emocionality a přirozené schopnosti vytvářet blízké vztahy (princip Eros). Energie (libido) se následně přesouvá k opačnému principu kontroly, síly a moci (princip Logos). Nízká sebeúcta, pocity nedostatečnosti a neodpuštělné viny jsou v nevědomí kompenzovány opačným obrazem (např. nadlidská bytost, génius, osoba významná pro budoucnost světa). Rozpor mezi těmito dvěma obrazy pak vytváří nestabilní psychickou situaci s pocitem nereálnosti a úzkosti, která uvrhne jedince do archetypálního procesu obnovy. Tento proces obnovy je přirozeným pokusem psýché o změnu jednostranného vědomého postoje orientovaného na princip Logos. Sám fakt, že nevědomí produkuje archetypální symbolické obrazy, Perry nepovažuje za patologický nebo nebezpečný. Schizofrenní porucha je způsobena teprve nesprávným způsobem, jakým s ego těmito obrazy nakládá. V případě počínající psychózy dochází k tzv. inflaci. Při ní se ego identifikuje s obrazy a procesy aktivovanými v nevědomí (např. přesvědčení typu „jsem vyvolený“, „jsem mesiáš tohoto světa“). Perry při interpretaci těchto

⁶⁴ Benda, J. (2007), str. 51 - 52

⁶⁵ Scheansová, A. (2015), nestránkováno

představ uvádí, že pojem „svět“ lze vnímat jako vnitřní svět, pojem „válka“ jako vnitřní konflikt protikladů, pojem „mesiáš“ jako obraz hrdiny schopného přinést změnu do vnitřního psychického života jedince, pojem „nová společnost“ může být interpretován jako potřeba změny struktury hodnot a životních postojů jedince. K inflaci dochází ve stavu paniky, do kterého člověk na počátku procesu obnovy upadá. Panika jej zachvacuje, protože se při prožívání archetypálních obrazů cítí osamocen a dezorientován. Stav, ve kterém se na počátku procesu obnovy nachází, je pro něj i pro okolí nesrozumitelný. S tím spojené vědomí naprosté izolace zvyšuje úzkost.⁶⁶ Benda shrnuje, že *podle Perryho proces obnovy jeví se jako akutní schizofrenní epizoda je přirozeným způsobem reakce psyché na neudržitelnou prepsychotickou situaci. Je to proces růstu vedoucí k důležitým změnám, totiž k podnícení schopností porozumění, lásky a soucitu, k přijetí vlastních emocí a změně postoje k sobě i druhým (princip Eros). Není žádoucí tento proces zastavit nebo zvrátit. Je třeba spíše nechat člověka v chráněném prostředí tímto procesem projít.*⁶⁷ Na těchto principech bylo založeno Perryho pobytové zařízení Diabasis, které fungovalo v letech 1976 – 1979 v San Franciscu.⁶⁸ Perryho úvahy jsou významné nejen pro pochopení symboliky přítomné v artefaktech lidí se schizofrenií, ale i pro rozdílné přístupy v terapii. Pro ně je přínosné Perryho rozdělení toho, jak mohou akutní psychotické epizody vypadat:

1. skupina – jedinci, kteří se mohou stát vůdčími postavami v náboženství, sociální reformě, umění nebo vědě, přičemž jejich potenciální přínos společnosti se objevuje poprvé v „psychotické“ bouři, kde se bohatý potenciál vyjadřuje v symbolických obrazech.

2. skupina – jedinci, kteří mohou uvíznout ve vnitřním procesu sebe-reorganizace, který se spustil se záměrem uvolnit skrytý potenciál žít plněji ve vřelých vztazích a tvořivé práci.

3. skupina – jedinci, kteří mohou octnout v duševní bolesti dezintegrativního procesu, který postupně člověka oslabuje a vede po šesti měsících k chronické skutečné „schizofrenii“.

Tyto možnosti zasluhují zcela jiné uchopení, přičemž ideální by bylo, pokud bychom je již na začátku dokázali od sebe diagnosticky rozlišit. První skupina potřebuje, aby si jí psychiatrie nevšímal a mohla se odevzdat do bezpečného prostředí, kde budou vize přijaty a oceňovány ve svém skutečném přínosu a mohou se přirozeně rozvíjet. Jedinci ve druhé skupině potřebují,

⁶⁶ Benda, J. (2007), str. 53 - 54

⁶⁷ Benda, J. (2007), str. 54

⁶⁸ Více o konceptu projektu Diabasis in Scheansová, A. (2013)

*aby se s nimi zacházelo citlivě bez negativního vlivu „nálepkování,“ aby se neidentifikovali s rolí pacienta v nemocnici, ale byli spíše v terapeutickém prostředí, kde bude duševní proces povzbuzován otevřeností a přijímáním vnitřního procesu a kde nebude medikace třeba, či jen ve zcela minimálním množství. Třetí skupina pravděpodobně potřebuje medikaci již na počátku, aby se bránilo poškození fungování mozku a přílišné chronicitě a je vhodné, aby se brzy mohla zapojit do programů sociální rehabilitace.*⁶⁹

Jungův a Perryho modely schizofrenie tvoří v současném kontextu určitý komplementární prvek k teoriím zakládajícím se na neurobiologickém zkoumání příčin schizofrenního onemocnění.⁷⁰ Jungův koncept terapie je postaven výhradně na psychoterapii. Příčinou toho může být i skutečnost, že účinná farmakoterapie se rozvíjí až počátkem padesátých let 20. století.⁷¹ Jungův model schizofrenie oceňuje Eva Syřišťová. Vyzdvihuje u něj zejména důraz na budování terapeutického vztahu a potřebu porozumění symbolům a zvláštnostem v řeči a chování schizofreniků.⁷² Lze konstatovat, že Jungův model tvoří jeden z pilířů jejího integrativního terapeutického přístupu. Práce J. W. Perryho ve svých klíčových publikacích (Imaginární svět, Možnosti a meze psychoterapie schizofrenního onemocnění, Člověk v kritických životních situacích a Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžším somatickým onemocněním) Syřišťová výslovně neuvádí, ale v jejím přístupu lze vysledovat s Perryho konceptem určitou blízkost (zejména pojetí schizofrenie jako odrazu životní konstelace, která se zhroutila).⁷³

Pro studium výtvarného projevu lidí se schizofrenií nebo poruchami jí blízkými je přínosné Jungovo a Perryho zkoumání témat, která se v souvislosti s „onemocněním“ a procesem obnovy objevují. To může být cestou k odhalení světa, ve kterém se člověk se schizofrenií reálně ocitá a k navázání na jeho podstatná témata.

1.7.5 Subtypy schizofrenie

Současná klasifikace nemocí MKN – 10 v diagnóze F20 schizofrenie rozeznává šest jejích subtypů – paranoidní, hebefrenní, katatonní, nediferenciovaná, simplexní a reziduální. Dále

⁶⁹ Scheansová, A. (2015), nestránkováno

⁷⁰ Více o neurobiologických výzkumech in Bankovská Motlová, L. & Španiel, F. (2017), str. 47 - 57

⁷¹ Bankovská Motlová, L. & Španiel, F. (2017), str. 68

⁷² Syřišťová, E. (1977), str. 25

⁷³ Syřišťová, E. (1977), str. 48 - 49

se těmito subtypům připojuje postschizofrenní deprese.⁷⁴ Toto dělení je víceméně tradiční. V současné diagnostice (Diagnostic and statistical manual 5 z roku 2013 vydaný American psychiatric Association) se od klasifikace na subtypy schizofrenie upouští. Důvodem je, že tyto subtypy jsou v průběhu onemocnění málo stabilní, nevykazují ustálené vzorce dlouhodobého průběhu či terapeutické odpovědi a nemají prakticky žádnou prognostickou relevanci. Podle uvedeného manuálu onemocnění lépe vystihují psychopatologické/syndromové dimenze zahrnující pozitivní, negativní a motorické příznaky, konceptuální dezorganizaci, deficit kognitivních funkcí a příznaky poruchy nálady.⁷⁵

S vědomím, že některé ze subtypů nejsou v čase stabilní (jako v čase nejstabilnější se jeví paranoidní subtyp na rozdíl od nejméně stabilního hebefrenního subtypu)⁷⁶ a jejich výpovědní hodnota je odlišná,⁷⁷ se v diagnostice nadále využívají jako pokus o určitou systemizaci poměrně širokého pojmu schizofrenie.⁷⁸ Charakteristiky jednotlivých subtypů jsou v literatuře v zásadě shodně uváděny následujícím způsobem:

- **paranoidní s.** – jsou pro ni typické relativně trvalé perzekuční, vztahovačné, originární, cenestrické nebo žárlivecké bludy nebo bludy nějakého zásadního poslání provázené rozkazujícími nebo hrozícími hlasy a čichovými nebo sluchovými halucinacemi. Afektivní poruchy, poruchy vůle a řeči a katatonní symptomy jsou nepřítomné nebo minimální.
- **hebefrenní s.** – je charakterizovaná nápadnými a trvalými afektivními změnami (oploštělost nebo povrchnost afektu a jeho inadektivnost nebo nepřiměřenost). To je spojeno s bezcílným a nesouvislým chováním nebo s nesouvislým myšlením a rozbíhavým a roztříštěným řečovým projevem. Bludy a halucinace se mohou vyskytovat v mírné formě.
- **katatonní s.** – je charakterizovaná přítomností jednoho nebo více z následujících příznaků: stupor, neklid, stereotypie v držení těla, negativismus, rigidita, vosková ohebnost, povelový automatismus.

⁷⁴ Halweg, K. & Dose, M. (2000), str. 9 - 10

⁷⁵ Bankovská Motlová, L. & Španiel, F. (2017), str. 26

⁷⁶ Halweg, K. & Dose, M. (2000), str. 13

⁷⁷ Halweg, K. & Dose, M. (2000), str. 9

⁷⁸ Kučerová, H. (2010), str. 22

- **nediferenciovaná s.** – symptomy splňují kritéria pro diagnostiku schizofrenie, ale nesplňují kritéria charakteristická pro předchozí tři subtypy, nebo jsou tak početné, že překračují hranice uvedených subtypů.
- **simplexní s.** – je charakterizovaná pomalým rozvojem následujících příznaků během jednoho roku – výrazné změny v osobních zájmech, zesílený výskyt negativních příznaků schizofrenie (apatie, chudost řeči, snížená aktivita, ...), zjevný pokles výkonnosti. Chybí příznaky typické pro jiné subtypy schizofrenie a je přitom vyloučena demence nebo jiná organická porucha.
- **reziduální s.** – v minulosti byla splněna kritéria pro diagnostiku schizofrenie, ale aktuálně není jejich přítomnost prokázána. Alespoň po dobu jednoho roku se vyskytují nejméně čtyři z následujících symptomů: snížená aktivita, oploštělá afektivita, pasivita a snížená iniciativa, formálně a obsahově chudá mluva, malá nonverbální komunikace, snížená sociální výkonnost a zanedbávání péče o tělo.
- **postschizofrenní deprese** – v posledním roce byly naplněny všeobecné symptomy pro schizofrenii, avšak aktuálně nejsou dostatečně prokázány. Jeden z obecných symptomů se stále vyskytuje. Přetrvávají depresivní symptomy⁷⁹.

Je třeba podotknout, že výskyt některých subtypů schizofrenie je zřejmě podmíněn kulturně a socio-geograficky. Halweg uvádí, že v průmyslových zemích se prakticky nevyskytuje katatonní subtyp.⁸⁰ To může mít souvislost s různými typy vlivů prostředí podporujících vznik schizofrenie v některých oblastech, které uvádí Bankovská-Motlová (těmito faktory mohou být např. proběhlá epidemie jiného onemocnění, podvýživa plodu nebo životní situace imigrantů).⁸¹

1.7.6 Průběh a prognóza schizofrenního onemocnění

Schizofrenie se zpravidla projevuje atakou akutních psychotických příznaků. K té nejčastěji dochází poprvé mezi 20 – 30 rokem života. První atace předchází prodromální stádium s nespecifickými příznaky (např. podrážděnost, náladovost, nedostatek sebevědomí). Toto

⁷⁹ Halweg, K. & Dose, M. (2000), str. 10 - 12

⁸⁰ Halweg, K. & Dose, M. (2000), str. 13

⁸¹ Bankovská Motlová, L. & Španiel, F. (2017), str. 57 - 58

stádium může trvat již od 15 roku věku. Ataka může trvat až šest měsíců. Po atace následuje období remise, tj. období bez příznaků. Po něm může dojít k relapsu, při kterém se opět projevují příznaky onemocnění. Relaps trvá zpravidla šest měsíců. Předchází mu přibližně týdenní období včasných varovných příznaků (nespecifické změny, většinou poruchy spánku).⁸² Co do průběhu onemocnění se uvádějí čtyři možnosti:

- kontinuální průběh – symptomy v míře, v jaké se projeví při atace, neustupují
- epizodický, remitující
- epizodický se stabilním reziduem symptomů
- epizodický s rostoucím reziduem symptomů

Jedná se však pouze o statistická zjištění. V jednotlivých případech není možné dělat ověřené prognostické závěry.⁸³

Obecně převládá představa o schizofrenii jako o devastující chorobě s nepříznivým výsledkem. Též se uvádí tzv. pravidlo třetin (třetina pacientů se uzdraví, třetině se epizody vracejí, třetina má nepříznivý chronický průběh). Výsledky dlouhodobých studií závisí na výběru zkoumané populace a celkovém konceptu studií. Schizofrenie je z hlediska prognózy velmi heterogenní onemocnění. Příznivou prognózu schizofrenie ovlivňuje velké množství faktorů. Mezi ně patří jak faktory neurologické, tak způsob např. nástupu onemocnění (náhlý nástup onemocnění má příznivější prognózu než plíživý), průběh relapsů, délka neléčené psychózy, užívání marihuany. Mezi další významné faktory patří i psychosociální podpora po odeznění ataky, způsob přijetí blízkými nebo míra stigmatizace lidí se schizofrenií ve společnosti.⁸⁴ Tyto faktory mají také zásadní význam pro formování terapeutického přístupu.

1.8 Schizotypní a schizoafektivní poruchy

Do téhož okruhu jako schizofrenie (F20 – F29) jsou v MKN-10 řazeny schizotypní a schizoafektivní poruchy (F21 a F25).⁸⁵ Termín schizotypní poruchy je vyčleněn pro stavy mající hraniční charakter mezi schizofrenií a poruchou osobnosti. Není vyloučeno, že vývoj

⁸² Bankovská Motlová, L. & Španiel, F. (2017), str. 36

⁸³ Halweg, K. & Dose, M. (2000), str. 24 - 25

⁸⁴ Bankovská Motlová, L. & Španiel, F. (2017), str. 40 - 42

⁸⁵ Dušek, K. & Večerová-Procházková A. (2015), str. 224

této poruchy může u jednotlivce skončit samotnou schizofrenií. Průběh poruchy je kolísavý. Uvádí se, že někteří autoři ji považují spíše za poruchu osobnosti.⁸⁶ Pro poruchu je charakteristická přítomnost alespoň tří nebo čtyř z následujících znaků: nepřiměřené nebo ochuzené emoční reakce, podivné nebo výstřední chování, nedostatečný vztah ke druhým lidem a sklon k uzavřenosti, podezíravost a vztahovačnost v myšlení, paranoidní bludy, obsedantní myšlenky často s dysmorfofobickým (dysmorfofobie je strach z tělesného znetvoření⁸⁷), sexuálním nebo agresivním obsahem, somatosensorické iluze, nebo depersonalizační a derealizační zážitky, metaforické, komplikované a často stereotypní myšlení, psychotické epizody s bludy nebo halucinacemi.⁸⁸

Schizoafektivní porucha (F25) je označována za spornou diagnostickou kategorií na pomezí mezi afektivními a schizofrenními psychózami. Höschl toto tvrzení dokládá tím, že v DSM-III je tato diagnóza uvedena bez kritérií a objevuje se opět v MSK-10 a v DMS-IV.⁸⁹ Termín akutní schizoafektivní psychóza poprvé používá E. Kasanin v roce 1933. Odlišuje jím skupinu pacientů, kterým byla původně diagnostikována schizofrenie (dementia praecox), ale při dalším sledování se ukázalo, že porucha končí úplnou úpravou a chybí některé znaky charakteristické pro schizofrenii (autismus a pasivita)⁹⁰. Schizoafektivní porucha je charakterizována naplněním kritérií pro jednu z afektivních poruch středního nebo těžkého stupně (manická nebo depresivní) a současně jsou epizodicky přítomny pozitivní příznaky schizofrenie (bludy, hlasy, pocity kontrolovanosti, vysílání myšlenek).⁹¹ Schizoafektivní porucha se diagnosticky dělí do tří typů – manického, depresivního a smíšeného. Od schizofrenie se odlišuje zejména absencí negativních symptomů. Rozvoj poruchy bývá rychlejší než u schizofrenie, není u ní tak zřetelná systemizace bludů, po odeznění epizody nejsou rezidua.⁹² Uvádí se, že prognóza u schizoafektivní poruchy bývá lepší než u schizofrenie, a to zejména u manického a depresivního typu.⁹³

⁸⁶ Dušek, K. & Večerová-Procházková A. (2015), str. 235

⁸⁷ Hartl, P. & Hartlová H. (2010), str. 115

⁸⁸ Dušek, K. & Večerová-Procházková A. (2015), str. 234 - 235

⁸⁹ Höschl, C. (1996), str. 177

⁹⁰ Dušek, K. & Večerová-Procházková A. (2015), str. 238

⁹¹ Höschl, C. (1996), str. 177 - 178

⁹² Dušek, K. & Večerová-Procházková A. (2015), str. 238

⁹³ Höschl, C. (1996), str. 178, obdobně Dušek, K. & Večerová-Procházková A. (2015), str. 238

1.9 Duální diagnóza

Termín duální diagnóza se v psychiatrii používá pro souběh poruchy z užívání návykových látek (zejména závislosti) a další psychické poruchy. Jedná se o specifický typ psychiatrické komorbidity. Za duální diagnózu se nepovažuje souběh závislosti s duševními poruchami a poruchami chování vyvolanými účinkem psychoaktivních látek (F10 – 19 v MKN-10), amnestického syndromu a psychotické poruchy reziduální a s pozdním nástupem.⁹⁴

Ohledně prevalence duálních diagnóz Kalina na základě statistik EMCDDA z roku 2004 uvádí, že mezi lidmi, kteří se léčili se závislostí, bylo kolem 50 % osob, u kterých se vyskytovala psychiatrická komorbidita.⁹⁵ Hahlweg uvádí, že v minulosti se koincidence schizofrenie a crawlingu (bažení) vyskytovala jen zřídka. V posledních desetiletích se však v Německu a anglofonních zemích zjišťuje častěji. Uvádí, že komorbidita se týká abúzu alkoholu, léků (zejména u žen), ilegálních drog (kanabinoidů) a nikotinu. Odkazuje se na německé studie prokazující abúzus alkoholu, drog nebo léků u cca 10 % lidí léčených se schizofrenií. Pokud počátek schizofrenie sahá před začátek zneužívání látek, interpretuje tuto komorbiditu jako neúspěšný pokus o sebemedikaci.⁹⁶

Kalina se odkazuje na výzkumy z let 2002 a 2004, do kterých však byli zahrnuti pacienti se širším okruhem diagnóz než schizofrenie a uvádí, že mezi léčenými psychiatrickými pacienty bylo ve sledovaném období 44 – 50 % osob s problémovým užíváním drog nebo alkoholu.⁹⁷ Klade si otázku, zda duální diagnóza je skutečně novým jevem, nebo jevem nově rozpoznávaným. Jako argument uvádí studie z roku 2001 ukazující, že v posledních 20 letech se psychopatologický profil klientů terapeutických komunit nezhoršil. Přehlížení osob s duální diagnózou v českém prostředí může podle něj být způsobeno tím, že v minulosti byla v řadě adiktologických služeb klientela s psychiatrickou anamnézou odfiltrována.⁹⁸ Tento názor mohu potvrdit z vlastní praxe protidrogového koordinátora v letech 2000 – 2013. Zejména v období 2000 – 2003, ale i dříve, bylo umístění člověka se závislostí a další psychiatrickou anamnézou do terapeutické komunity takřka nemožné. Terapeutická komunita Sejšrek, ve které se jako v jediné v České republice programově věnují lidem

⁹⁴ Kalina, K. et al. (2015), str. 211 - 212

⁹⁵ Kalina, K. et al. (2015), str. 213

⁹⁶ Halweg, K. & Dose, M. (2000), str. 25 - 26

⁹⁷ Kalina, K. et al. (2015), str. 213

⁹⁸ Kalina, K. et al. (2015), str. 213

s duální diagnózou, sice vzniká v roce 1999, ale zmíněným způsobem se profiluje až o několik let později. Teprve v posledních letech se v řadě terapeutických komunit mění koncept a jsou přijímáni i lidé s duální diagnózou. Jednou z příčin tohoto stavu, kterou naznačuje i Kalina, může být snaha předcházet většímu počtu náročných klientů a těch, kteří předčasně vypadávají z léčby (tzv. ice creaming).⁹⁹ Tento postoj je do jisté míry ospravedlnitelný tím, že adiktologické služby se potřebovaly etablovat a zajistit si díky vykazované velké úspěšnosti stabilní financování z veřejných rozpočtů.

Z hlediska etiologie se rozlišují tři skupiny psychopatologických komorbidit. První skupinu tvoří lidé s preexistující duševní poruchou (bez ohledu na to, zda byla diagnostikována nebo léčena). Duševní potíže u této skupiny lidí mohou vést k rozvoji užívání určitých látek (tzv. sebemedikace). Přináší-li návyková látka úlevu, člověk v jejím užívání pokračuje a postupně se rozvíjí závislost.¹⁰⁰ Do druhé skupiny patří případy lidí, u kterých dlouhodobé a intenzivní užívání návykové látky duševní poruchu způsobilo nebo vyprovokovalo. V této souvislosti je uváděn poměrně častý výskyt schizofrenie v souvislosti s užíváním kanabinoidů¹⁰¹. Užívání marihuany jako zásadní spouštěč u disponovaných jedinců a faktor podstatně zhoršující prognózu schizofrenního onemocnění uvádí i Bankovská-Motlová, a to zejména v období adolescence. Uvádí, že nástup schizofrenie může být při užívání marihuany o dva až tři roky časnější než u lidí, kteří ji neužívali. Obdobný efekt nebyl pozorován u alkoholu nebo jiných návykových látek.¹⁰² U třetí skupiny se předpokládá, že duševní porucha a závislost vycházejí z jedné příčiny, kterou může být např. porucha osobnosti nebo stresová porucha. U většiny případů nelze spolehlivě zjistit, o kterou z možností se jedná (a je otázkou, zda je to pro terapii nezbytně nutné). Uvedené tři scénáře se mohou v konkrétních případech překrývat.¹⁰³

⁹⁹ Kalina, K. et al. (2015), str. 213

¹⁰⁰ Kalina, K. et al. (2015), str. 216

¹⁰¹ Nešpor, K. in Kalina K. et al. (2003), str. 233

¹⁰² Bankovská Motlová, L. & Španiel, F. (2017), str. 59

¹⁰³ Kalina, K. et al. (2015), str. 216

2 Terapie lidí s duševní poruchou schizofrenního okruhu

2.1 Psychiatrická péče

V oblasti psychiatrické léčby schizofrenie je za neúčinnější považována biologická terapie spočívající v aplikaci psychofarmak.¹⁰⁴ Ta eliminují příznaky nemoci – mohou snižovat napětí, zmírňovat neklid, zaujatost bludy a halucinacemi apod.¹⁰⁵ v současné době jsou k dispozici antipsychotika druhé generace s vyšší účinností a menšími vedlejšími účinky.¹⁰⁶ I při terapii postavené na farmakoterapii je důležitým faktorem zvyšujícím jejich účinnost terapeutický vztah a edukace. V souvislosti s popřením nemoci a absencí náhledu může ze strany nemocného dojít ke snížené spolupráci při léčbě a poměrně často k vysazení medikace. Pro řadu nemocných je důvodem vysazení léků remise. Dostatek informací o nemoci a léčbě přispívá ke zvýšení účinnosti léčby psychofarmaky.¹⁰⁷ V současné době je částečně vysazování léků též řešeno aplikací depotních injekcí.

2.2 Psychoterapie a sociální práce

Vedle psychiatrické péče je při terapii poruch schizofrenního okruhu zásadní podpora prostřednictvím psychoterapie a sociální práce. Tyto formy podpory jsou uplatňovány zejména ve fázi rehabilitace a během remise.¹⁰⁸ Jsou ale také užívány již v akutní fázi onemocnění a je prokázáno, že zvyšují účinky neuroleptické medikace.

2.2.1 Psychoterapie

V současné literatuře jsou za terapeutické programy s největším významem považovány zejména programy zaměřené na zlepšení kognitivních a sociálních dovedností a psychoedukační podpora nejbližšího sociálního okolí jedince (zejména rodiny).¹⁰⁹ Ostatní psychoterapeutické přístupy jako hlubinně orientovaná nebo klasická psychoanalytická terapie se ukazují jako méně efektivní. Halweg uvádí s odkazem na meta-analýzu Wunderlicha, Wiedemanna a Buchkremera z roku 1996 jako nejúspěšnější kognitivní

¹⁰⁴ Libiger, J. (1999), str. 103

¹⁰⁵ Libiger, J. (1999), str. 106

¹⁰⁶ Bankovská Motlová, L. & Španiel, F. (2017), str. 77

¹⁰⁷ Bankovská Motlová, L. & Španiel, F. (2017), str. 81 - 83

¹⁰⁸ Bankovská Motlová, L. & Španiel, F. (2017), str. 84

¹⁰⁹ Halweg, K. & Dose, M. (2000), str. 75

skupinovou terapii, behaviorálně orientovaný sociální trénink se skupinách a psychoedukační (zpravidla individuální) podporu rodiny.¹¹⁰ Nedílnou součástí terapie je informování o nemoci a o medikaci a práce s rozpoznáváním včasných varovných příznaků nástupu epizody nemoci a vytváření krizových plánů.¹¹¹

V českém prostředí je významnou osobností v oblasti terapie schizofrenie Eva Syřišťová. Díky tomu, že se snažila vytvořit ucelený multidisciplinární systém terapie schizofrenie a ve své praxi poměrně intenzivně pracovala i s výtvarným projevem pacientů, jsou její texty velmi přínosné pro studium výtvarné produkce a arteterapii lidí se schizofrenií. Ve svém konceptu klade důraz na formování terapeutického vztahu s klientem. Terapeutický vztah je podle ní *konkrétním živým modelem mezilidské situace, v níž si má pacient prakticky korigovat své dosavadní nepříznivé životní zkušenosti a vytvářet si základnu pro nové pozitivní mezilidské vztahy.*¹¹² Syřišťová dává důraz na „prolomení“ autistických bariér pacientova světa. Respektuje pacientovu počáteční rezistenci vůči realitě a jeho neschopnost rozlišovat mezi imaginárními a reálnými podněty. Snaží se o vstup do světa pacientových představ. Rozkrývá vztah pacientova imaginárního světa a reálného dění. Analyzuje u pacientů traumatizující psychogenní faktory a navazuje na pacientovy premorbidní zájmy. Vyhledává podněty, které by mohly tyto pacientovy zájmy oživit a vést k postupné saturaci jeho potřeb. Analýza má přehodnotit původní traumatizující situace, zpřístupnit je pacientovi a učinit je přijatelnými. Stimuluje u pacientů intenzivní potřebu sociálního uznání a snaží se ji spolu s ním nasměrovat k sociálně významnému cíli.¹¹³ Syřišťová dále zdůrazňuje, že terapeut nemůže být pouze v roli pasivního pozorovatele, který převádí traumata konflikty pacienta do vědomé úrovně. Touto cestou dochází pouze ke zmnožování a prohlubování autistického materiálu. Terapeut má být od počátku „aktivním reformátorem“. *Schizofrenik sám není schopen sám zpracovat a integrovat autistický materiál, protože jeho vědomá aktivita je značně oslabena. V reálném světě je bez prostředků získat potřebný kontakt s lidmi. Na počátku terapie schizofrenik nemá zpravidla nic víc než negativistickou a autistickou obranu proti zraňující skutečnosti, které se bojí, které nerozumí a ve které se nevyzná. V takovém stavu není možné klienta znovu vystavit traumatizující situaci a zůstat pouze v roli pasivního interpreta. Je nutné, aby terapeut s klientem aktivně hledal a spoluvytvářel smysluplnou*

¹¹⁰ Halweg, K. & Dose, M. (2000), str. 102

¹¹¹ Halweg, K. & Dose, M. (2000), str. 78 - 83

¹¹² Syřišťová, E. (1965), str. 65

¹¹³ Syřišťová, E. (1965), str. 66 - 71

strukturu v jeho autistickém světě. Je třeba klientovi podávat jeho traumatizující minulost v akceptovatelné podobě a hledat opěrné body v realitě, které by klientovi pomohly zajistit saturaci alespoň některých osobně nejdůležitějších potřeb. Postupně se pak klient učí běžným způsobem komunikace. Ve fázi, kdy jsou splněny předpoklady pro osamostatnění klienta, terapeut ustupuje se svou aktivitou do pozadí.¹¹⁴

V procesu terapie schizofreniků je podle Syřišťové třeba mít na paměti, že se pohybujeme v „křehkém terénu“ a tomu je nutné podřizovat své zásahy. Pro schizofreniky je typická zvýšená senzibilita spíše na snové, málo konkrétní podněty blízké jejich představám a symbolům, než na reálné podněty. Terapeut se musí naučit orientovat v klientově imaginárním světě a ovládat jeho způsoby vyjadřování a myšlení, aby je mohl překládat do běžné řeči a převádět do roviny reálného kontaktu.¹¹⁵ Strategii terapeuta je prolomení klientova autismu, probuzení jeho aktivity a obnova jeho kontaktu se světem – nejprve na imaginární, posléze na reálné úrovni. Bludy a halucinace se „opouzdřují“ a izolují se od zdravých složek psychické činnosti. Důrazem v práci terapeuta je potlačení klientovi úzkosti a pocitu samoty.¹¹⁶ V životních situacích, které jsou z hlediska klienta, ale i z hlediska terapeuta jako - relativně objektivního pozorovatele – neřešitelné, Syřišťová navrhuje jako účinné řešení uplatnění terapeutické taktiky, pomocí které se u klienta buduje „divácký nebo estetický postoj“. Obtížná situace je pak vnímána spíše jako předmět zkoumání nebo drama, které stojí za to, aby bylo zhlédnuto. Takový postoj je pro klienta efektivní zaujmout i k úporným bludům a halucinacím.¹¹⁷ Psychickou interferenci (zenonovský syndrom, zpochybnění všeho konvenčně naučeného) Syřišťová nevnímá pouze jako negativní prvek, ale jako tvořivou potencialitu, kterou lze v terapii využít.¹¹⁸

Terapeutický proces je u Syřišťové dlouhodobou záležitostí (6 – 8 let). Odehrává se jak individuální, tak skupinovou formou. Podle Bouchalové¹¹⁹ jej lze rozdělit na čtyři fáze.

V první fázi dochází k navázání terapeutického kontaktu a vytvoření vztahu. Pro tuto fázi je typické klientovo úzkostné prožívání kontaktu s terapeutem i se skupinou. Klient očekává od terapeuta omnipotentní, nicméně blíže nespecifikovanou pomoc. Terapeut si v této fázi vytváří hypotézu o psychickém vývoji, struktuře a dynamice osobnosti klienta, o jeho

¹¹⁴ Syřišťová, E. (1965), str. 73

¹¹⁵ Syřišťová, E. (1977), str. 151

¹¹⁶ Syřišťová, E. (1977), str. 153 - 154

¹¹⁷ Syřišťová, E. (1989), str. 72 - 73

¹¹⁸ Syřišťová, E. (1989), str. 73

¹¹⁹ Bouchalová, B. in Syřišťová, E. (1989), str. 90 - 95

frustracích a na nich navázaných obranách a problémech. Navazuje kontakt s rodinou a blízkými klienta. K budování terapeutického vztahu v této fázi patří ze strany klienta jak vyjadřovaná potřeba pomoci, tak projevovaná ambivalence vůči terapeutovi.

Pro druhou fázi je typická hluboká závislost klienta na terapeutovi. Podle Bouchalové jde spíše o projev úzkosti než o vztah. Klient přijímá terapeuta nekriticky, vnímá ho jako své zrcadlo. Tato závislost je stejným projevem nevztahovosti jako autismus. Tato fáze může trvat řadu let.

Ve třetí fázi se u klienta objevují pokusy o obnovení identity a autonomie. Klient si přestává terapeuta idealizovat a chápe význam jeho terapeutické role. Klient je v této fázi méně závislý na terapeutovi, je schopen zvládat své jednání a nepodléhá úzkosti a panice. Jeho soukromý život se blíží normě.

Čtvrtá fáze je stabilizací předchozí. Klient vyhledává terapii pouze v případě potřeby („když se něco děje“).

2.2.2 Sociální práce

Vedle psychoterapie je důležitou podporou, zejména v etapě rehabilitace, sociální práce, realizovaná ambulantní, terénní nebo pobytovou formou. Jedná se o následné služby pomáhající člověku jednak po opuštění pobytové léčby řešit akutní existenční otázky a postupně nalézt novou smysluplnou sociální roli, jednak o podporu spočívající v kontinuálním kontaktu umožňujícím včasné zachycení varovných příznaků a o případnou krizovou intervenci. Jako optimální se ukazuje, nejsou-li formy pomoci oborově odděleny, ale v jednom místě může člověk využívat podporu ve formě terapie, sociální práce i zdravotních služeb. Multidisciplinární navzájem komunikující tým zvyšuje účinnost podpory. Tomuto konceptu odpovídá model center duševního zdraví prosazovaný v současné době v České republice v rámci reformy psychiatrické péče.

V současné době jsou i v České republice postupně rozvíjeny přístupy na pomezí sociální práce a terapie. Příkladem může být Recovery přístup, metoda psychosociální reabilitace CARE, nebo Otevřený dialog. Mám osobní zkušenost s Recovery přístupem a snažím se jej aplikovat při vlastní práci jak s lidmi s duševními poruchami, tak s jinými cílovými skupinami. Proto jej krátce představuji jako příklad současných trendů na pomezí sociální práce a terapie.

Základní principy Recovery přístupu zformuloval Marc Ragins spolu Williamem Anthonym na počátku devadesátých let. Přístup ruší zažitý vztah klienta v roli objektu, na který se působí a pracovníka - experta na situace nabízejícího jasné řešení. Posouvá jej na vztah dvou rovnocenných stran. Je posílena iniciativa klienta. Je to on, kdo hledá a skutečně spolurozhoduje o tom, jak má být podpořen. Tato spolupráce má čtyři fáze: poskytnutí naděje, zplnomocnění, přijetí zodpovědnosti a nalezení smysluplné životní role. Poskytnutí naděje je otevřením životní perspektivy vycházející z reálných možností člověka. Bez perspektiv člověk rezignuje, ztrácí vědomí vlastní hodnoty a snadno se stane pouze tím, kdo je závislý na pomoci z vnějšku. Příkladem reálné perspektivy může být přestěhování do vlastního bytu, nalezení zaměstnání, nebo okruhu lidí se společnými zájmy. Druhou fází je zplnomocnění. Při ní je kladen důraz na aktivizaci klienta ke spolupráci na řešení jeho problému a na posilování prostředků, kterými je schopen si pomoci sám. S tím souvisí, že člověk dostane dostatečné informace o cestách, jak svou situaci zlepšit a zároveň skutečnou možnost volby. Třetí fází je převzetí zodpovědnosti za sebe. Je-li člověk zplnomocněn, může převzít zodpovědnost za svůj život. S tím se pojí i vystavení přiměřeným rizikům. V praxi se věnuje velká pozornost protikrizovým plánům připravovaným spolu s klientem. Čtvrtou fází je nalezení smysluplné životní role. V Recovery přístupu se předpokládá, že každý člověk má ve světě své místo. Toto místo je podstatné nalézt v oblasti pracovního uplatnění, partnerských vztazích a sexualitě, v roli v rodině v oblasti spirituality. Podstatné je, aby se člověk při nalezení nové životní role stal součástí místní komunity. To je cestou k nalezení jeho vlastní sebehodnoty a pro změnu pohledu ostatních na člověka s handicapem.¹²⁰

2.3 Specifika terapie lidí s duální diagnózou

Lidé s duální diagnózou mívají v terapeutických programech větší komplikace než lidé s jednou poruchou. Mívají sníženou schopnost zapojit se do léčby, vytrvat v ní a mít z ní prospěch. Často mohou zapříčinit interpersonální konflikty, motivační krize a rizikové situace, které mohou vést k relapsům a předčasným odchodům z programu jich samotných i jiných klientů. Zároveň zvyšují nároky na personál, který musí být schopen pracovat se všemi typy onemocnění. Z uvedených důvodů jsou lidé s duální diagnózou v určitém slova

¹²⁰ Ragins, M. (2002), str. 1 - 30

smyslu stigmatizování. Práh dostupnosti odborné péče je pro ně vyšší než u nekomplikovaných případů.¹²¹

Terapie lidí s duální diagnózou se musí zaměřovat jak na návykovou poruchu, tak na jejich jiný duševní problém. V praxi se rozlišují tři modely léčby.

- a) léčba sukcesivní
- b) léčba paralelní
- c) léčba integrovaná

Sukcesivní model spočívá v postupném léčení závislostní a duševní poruchy (nezávisle na pořadí). V řadě případů je třeba jako první léčit závislost. Souběh duševní poruchy a užívání drogy komplikuje psychoterapii i farmakoterapii duševní poruchy. Řada psychopatologických příznaků navíc může odeznít s abstinencí. Obdobný, ale „zrcadlový“ názor, zastávají ti, kdo upřednostňují v pořadí léčbu duševní poruchy. Sukcesivní model nereflktuje skutečnost, že obtíže spojené s druhou diagnózou mohou klientovi komplikovat nebo ho zcela vyřazovat z léčby druhé poruchy.

V paralelním modelu se léčí obě diagnózy současně, avšak každá je realizována v jiném zařízení. Tento přístup však může fungovat pouze za předpokladu existence funkčního case managementu nebo jiné kvalitní formy komunikace mezi oběma zařízeními.

Odbornou veřejností je preferován integrovaný model. V něm je v jednom zařízení jeden tým schopný se věnovat oběma problémům klienta. Tento model snižuje rizika spojená s rozdělením duševního problému klienta na dvě části bez respektu k jejich úzké vzájemné provázanosti. Toto umělé expertní dělení může být pro klienty matoucí, protože sami prožívají svůj problém závislosti a duševní poruchy jako propojenou a navzájem se ovlivňující zkušenost.¹²²

Integrovaný model je optimálně uplatňován v terapeutické komunitě. Strukturovaný program komunity, řád a skupinové procesy mají velký potenciál pro uzdravu. Psychické komplikace klientů se závislostí jsou zpravidla zvládnutelné vzdělaným a zkušeným týmem komunity. Jako specifika lze označit spíše oblasti, na které je třeba se při terapii zvláště zaměřit. Jedná se zejména o vytvoření bezpečné terapeutické aliance, podpoření motivace

¹²¹ Kalina, K. et al. (2015), str. 217

¹²² Kalina, K. et al. (2015), str. 217 - 220

klienta a jeho vzhledu do vlastních obtíží a jejich vztahových konsekvencí. V terapeutických přístupech je třeba přesunout důraz od behaviorální modifikace k interpersonálnímu učení a pomáhat klientovi rozvíjet schopnosti vyrovnávat se s mnohonásobnými problémy a zvládat je. Dále je třeba podporovat klienta ve způsobech, jak si udržet benefity získané v léčbě a rozšířit prevenci relapsu o různá selhání jak v souvislosti s užíváním drog, tak s psychickými obtížemi. V zařízení, kde je uplatňován integrovaný model, je vedle terapie nezbytná i psychiatrická péče a včasná diagnostika a její interpretace pro členy týmu. Při předepisování psychofarmak by měla být vyloučena farmaka vyvolávající návyk a závislost. Preskribovaná psychofarmaka nemají klienta omezovat na plné účasti programu terapie. To znamená, že je třeba vyloučit farmaka alternující klientovi emoční, fyzický nebo mentální stav. Farmakoterapie v rámci programu terapeutické komunity má klientovi pomoci snížit zátěž, která na něj v souvislosti s terapií může doléhat a zlepšit jeho zapojení do programu.¹²³ S léčbou lidí s duální diagnózou je spojena řada otázek týkajících se např. náročnosti programu terapeutických komunit, předčasných odchodů z programu, vhodnosti souběžné terapie „normálních“ a duševně nemocných lidí se závislostí. V českém prostředí došlo přibližně od roku 2003 k výraznému posunu v dostupnosti služeb pro lidi s duální diagnózou. Tento stav byl ale spíše vynucen změnami v populaci uživatelů drog.¹²⁴ Z vlastní praxe mohu potvrdit, že obdobný, pouze zrcadlově formulovaný, problém je ve službách pro lidi s duševním onemocněním, kde jsou často selektováni lidé s drogovou kariérou.

3 Typické znaky výtvarného projevu lidí s duševní poruchou schizofrenního okruhu

Výtvarná a případně literární produkce lidí se schizofrenií nebo s duševními poruchami schizoidního typu je považována za jeden z nejzajímavějších projevů lidí se zdravotním handicapem. Tvorba má pro autora významný autosanační potenciál, který lze rozvíjet a dále terapeuticky využít.¹²⁵

¹²³ Kalina, K. et al. (2015), str. 220 - 222

¹²⁴ Kalina, K. & Vácha, P. (2013), str. 158 - 162

¹²⁵ Syřišťová, E. (1994), str. 120

3.1 Pojetí Hanse Prinzhorna

Klasickým dílem pojednávajícím o výtvarném projevu lidí se schizofrenií je studie Hanse Prinzhorna „Výtvarná tvorba duševně nemocných“ z roku 1922. Prinzhorn se snaží systematicky uchopit artefakty a samotnou tvořivost lidí s duševní poruchou. Zvláštní pozornost věnuje tvorbě schizofreniků. Při zpracování studie Prinzhorn vychází ze znalosti sbírky přibližně pěti tisíců artefaktů od pěti set tvůrců s duševní poruchou. Při interpretaci symbolického obsahu děl se Prinzhorn vyhýbá použití prací S. Freuda a jeho následovníků včetně C. G. Junga. Prinzhornův přístup je popisný. Třídí fyziologické a patologické pudy a tendence a (např. pud hrát si, zpodobení, napodobovat, obohacovat své okolí, tendence k uspořádání), ve kterých nachází zdroje tvorby.¹²⁶ Je třeba podotknout, že Prinzhornova studie vzniká před rozvojem léčby neuroleptiky, ke kterému dochází až od padesátých let 20. století. V současné terapeutické praxi díky využívání možností farmakoterapie je možné se setkat s produkcí, kterou prezentuje Prinzhorn, spíše výjimečně.

Prinzhorn se snaží v artefaktech schizofrenních pacientů najít charakteristické rysy. Přitom si klade jako podmínku odlišit specifické znaky výtvarné produkce schizofreniků od těch, které mohou být přítomny i v tvorbě jiných autorů.¹²⁷ Vymezuje sice základní znaky, ale poukazuje na jejich přítomnost ve výtvarné produkci jiných skupin a v uznávaných uměleckých dílech. Konkrétně určitou formu hravosti, přebujelou zdobnost, „suťovitou“ obrazovou konstrukci díla (zejména po obsahové stránce), bezúčelnou konsekvenci v opakování detailních forem a užívání jednoho principu uspořádání Prinzhorn nepovažuje nutně za typický znak výtvarné produkce schizofreniků, protože je často přítomen i v tvorbě jiných skupin. Usuzovat na schizofrenní poruchu lze podle něj pouze při kombinaci výše uvedených znaků.¹²⁸ Za zásadní znak tvorby schizofreniků považuje Prinzhorn absenci smyslu a absurdní diskrepanci mezi tím, co je na obraze znázorněné a tím, co je tím myšleno.¹²⁹

Při stanovení znaků typických pro výtvarný projev schizofreniků vychází Prinzhorn z toho, že ústředním psychologickým fenoménem charakteristickým pro psychózu je prožívání autistického stažení (v Prinzhornově pojetí ve významu egoismus, přesněji křečovitě stažení sama do sebe). Z něj vyrůstají bludy o předurčenosti k velkým skutkům a o magických

¹²⁶ Horáček, J. in Prinzhorn, H. (2009), str. 5 - 9

¹²⁷ Prinzhorn, H. (2009), str. 364

¹²⁸ Prinzhorn, H. (2009), str. 365

¹²⁹ Prinzhorn, H. (2009), str. 366

schopnostech. U schizofrenika je zrušeno obecné dělení na neskutečné a skutečné a je nahrazeno „já“.¹³⁰ Dochází k tomu, že schizofrenik vytváří obraz z nevytříděných náhod a ze svévole jistý způsob zákonitosti formy neusilující o smysluplnou jednotu. V dílech schizofreniků jsou patrné znaky intenzivní autistické izolace osobnosti tvůrce a permanentního prožívání napětí před rozhodnutím.¹³¹

Jako příklady témat typických pro tvorbu schizofreniků Prinzhorn uvádí religiózní a erotická témata. Přítomnost těchto témat dává Prinzhorn do souvislosti s autistickým egoismem typickým podle něj pro schizofrenii. Naopak konstatuje, že v produkci téměř chybí zobrazení halucinací a jiných mimořádných jevů, které schizofrenici prožívají. Prinzhorn přirovnává halucinace a mimořádné jevy ke hlubokým duchovním zážitkům. V souvislosti s tím vyslovuje domněnku, že právě to je důvodem jejich nezobrazování – čím vyšší je mystická hodnota prožitku, tím nižší je potřeba jejího smyslového znázornění.¹³²

3.2 Pojetí Evy Syřišťové

Eva Syřišťová ve svých odborných pracech i v textech majících spíše esejistickou formu (Puklý čas a smích absolutní vlády) věnuje poměrně velký prostor literárním a výtvarným projevům lidí se schizofrenií. Ve středu jejího zájmu jsou jak umělci, zejména básníci P. Célan, Hölderlin a malíř V. van Gogh, tak „řadoví“ klienti procházející terapií.

Při hodnocení tvorby psychotiků považuje za zásadní skutečnost, že člověk s psychózou prožívá úzkost, touhu, nenávist a strach, které ho zcela pohlcují. Je to stav srovnatelný s prvotní fází inspirace, ve kterém převažují mimovědomé prostředky zvládnutí prožitkového materiálu. Chybí však další stádium spočívající ve vědomém tvůrčím zpracování, náhledu, experimentování a rozhodování. Pro artefakty schizofreniků je zpravidla charakteristická velká spontaneita. Erupce prožitků jsou obaleny bizarními tvary bez vědomého záměru.¹³³

Pro období nástupu psychózy je podle ní charakteristické zhroucení dosavadních jistot člověka, jedinec „vypadává z běžných pravidel hry“. S tím souvisí zejména prožívání úzkosti a různých forem depersonalizace a derealizace. *Nemocný v této situaci hledá, nebo tvoří*

¹³⁰ Prinzhorn, H. (2009), str. 65 - 66

¹³¹ Prinzhorn, H. (2009), str. 368 - 369

¹³² Prinzhorn, H. (2009), str. 338 - 343

¹³³ Syřišťová, E. (1977), str. 130

*nové formy a způsoby vyjádření sebe či světa.*¹³⁴ Pro díla schizofreniků je charakteristická vysoká expresivita a symboličnost. Jsou v nich přítomny novotvary. Odráží se v nich pocit hlubokého ohrožení a osamocení, úzkostného neklidu projevujícího se dezintegrací. Časté bývají obrazy „zastaveného času“. Typické mohou být i nehybné krajiny připomínající stylizované minerálie, kobercové motivy, zmrzačené figury, monstra se zmnoženými hlavami a končetinami a rozpadlou fyziognomií, symbolické exprese „explozivních situací“, bezvýchodná bludiště nebo obrazy zániku světa.

Z formálních znaků jsou podle Syřišťové významné zejména barokně zdobené formy, plochy přeplněné ornamentálními stereotypy, perseverace motivů, figur a symbolů v celé sérii, vpravování prvků písma do obrazu, kombinace člověka a neživých objektů a tzv. obrazový salát.¹³⁵

S odstupem padesáti let Syřišťová hodnotí Prinzhornovu studii a dochází k tomu, že témata typická pro tvorbu schizofreniků se mohou vyvíjet v čase. Příkladem může být výskyt religiózních symbolických témat, který Prinzhorn uvádí jako typický pro lidi s paranoidní schizofrenií. Syřišťová uvádí, že v současnosti (sedmdesátá léta 20. stol.) není výskyt tohoto tématu tak častý. Důvodem je, že nevysvětlitelné zážitky nemocného nacházejí nové formy interpretace fyzikální, technické nebo kosmické.¹³⁶ Jako typická témata prolínající se tvorbou schizofreniků Syřišťová uvádí motiv výrazných očí uprostřed lidských nebo zvířecích obličejů nabitých bezbřehou úzkostí, nebo obrazy působící dojem rozbitého zrcadla – popraskané zdeformované neklidné obličej.¹³⁷

Velkou pozornost věnuje Syřišťová autoportrétům nemocných. Lze na nich dobře sledovat průběh nemoci. Demonstruje to na vývoji pacienta od počátečního stádia nemoci, kdy autoportrét je rozbitý a pokřivený po autoportrét po ukončení léčby, vykazující zklidněné tvary bez vnitřního napětí a explodujícího výrazu. Ve svých textech při charakteristice autoportrétů lidí v období nemoci užívá Syřišťová termín „obalený výraz“.¹³⁸

Za typickou pro tvorbu schizofreniků, na rozdíl od tvorby osob s maniodepresivní psychózou, paralytiků, epileptiků a toxikomanů a osob s uměle vyvolanou psychózou, považuje Syřišťová

¹³⁴ Syřišťová, E. (1994), str. 121

¹³⁵ Syřišťová, E. (1994), str. 128 - 129

¹³⁶ Syřišťová, E. (1977), str. 134

¹³⁷ Syřišťová, E. (1977), str. 131

¹³⁸ Syřišťová, E. (1977), str. 131 - 133

přítomnost expresivní individuální symboliky.¹³⁹ Individuální symbolikou mohou být naplněny nejen motivy, ale i barvy a jejich kombinace (např. modré skvrny jako osoby mé rodiny). Vedle magických a alegorických motivů, barokně zdobených forem a orientálních stereotypů Syřišťová upozorňuje na výskyt geometricko-lineárních kreseb a zachycení prožívání abstraktní formou.¹⁴⁰

Práci s výtvarným projevem schizofreniků si Syřišťová vysoce cení. V každé její publikaci o terapii schizofrenie je významný prostor věnovaný výtvarnému projevu a případně arteterapii. Význam práce s kresbami schizofreniků je podle ní mimo jiné v tom, že začínající chorobné změny nebo recidiva nemoci mohou být zjistitelné dříve ze změn výtvarného projevu než jinou klinickou nebo psychologickou formou.¹⁴¹

Tvůrčí aktivitu schizofreniků nepovažuje Syřišťová za patologickou. Vnímá a sleduje ji jako lidský projev a zejména jako neobvyklou, citlivou možnost objevovat skryté, neobjevené oblasti života a světa. Z diagnostického, ani terapeutického hlediska nepovažuje za vhodné označovat za patologické vše, co se vymyká konvenčním normám.¹⁴²

Syřišťová – obdobně jako Prinzhorn – upozorňuje, že všechny uvedené znaky výtvarného projevu schizofreniků je třeba brát se značnou rezervou¹⁴³. Sama jejich přítomnost ve výtvarné produkci není ještě postačující pro diagnostikování schizofrenie.

3.3 Typické znaky tvorby schizofreniků podle Jaroslavy Šickové-Fabrici

V knize Základy arteterapie se J. Šicková-Fabrici krátce věnuje práci s lidmi s duševními poruchami. S odvoláním na práce Žiaka, Wiedermanna a Wadesonové uvádí jako typické znaky výtvarného projevu chudobu námětů, strnulé figury, časté symboly smrti a hypochondrie. Jako časté náměty označuje sebevraždu, utrpení, hrob a zármutek. Obrazy nevykazují dostatek smyslu. Vyskytují se na nich symboly, bizarní a strnulé tváře, zkroucené části těla, geometrické vzory, vpisované texty nebo postavy poskládané z částí. Styl obrazů je fragmentární. Často se na nich vyskytuje nevšední barevnost, nemíšené barvy. Bývá narušena prostorová organizace obrazu, kompozice bývá nevyvážená, dezintegrována.

¹³⁹ Syřišťová, E. (1977), str. 132

¹⁴⁰ Syřišťová, E. (1977), str. 133

¹⁴¹ Syřišťová, E. (1977), str. 131

¹⁴² Syřišťová, E. (1994), str. 126 - 127

¹⁴³ Syřišťová, E. (1994), str. 129

Detaily bývají až extrémně pečlivě vypracované. Obvyklé jsou též deformace a transparentnost objektů. Ve výtvarném výrazu je zřejmý regres k primitivním nebo infantilním vyjadřovacím prostředkům. Na obrazech absentuje perspektiva, symboly připomínají spíše hieroglyfy. Přítomny jsou též bujné formy, barokní zdobné tvary, groteskní zobrazení, stereotypy a rámování.¹⁴⁴ Ač to v textu není výslovně uvedeno, lze předpokládat, že zde platí obdobná výhrada jako u Prinzhorna a Syřišťové, a to, že tyto znaky je třeba vnímat s jistou rezervou.

Člověk s duševní poruchou podle Šickové-Fabrici často osciluje mezi výrazově bohatou tvorbou a chudou až prázdnou výtvarnou reflexí. První pól může souviset s tím, že kreativita je duševní poruchou nedotčena, naopak jí může být někdy excitována. Druhý pól může souviset s prožíváním pocitů samoty, odcizení a prázdnoty, které nacházejí vyjádření ve výtvarné tvorbě.¹⁴⁵

4 Arteterapie lidí s duševní poruchou schizofrenního okruhu

4.1 Principy a cíle arteterapie lidí s duševní poruchou schizofrenního okruhu

Arteterapie s klienty s duševními poruchami, zejména pak se schizofrenií, je označována jako nejobsáhlejší a nejatraktivnější oblastí oboru.¹⁴⁶ Lidem s duševními poruchami může arteterapie pomoci reflektovat prostřednictvím umělecké tvorby jejich problémy jako hněv, depresi, chaos, strach nebo zoufalství a integrovat je jako součást sebe. Může být účinným nástrojem v situacích, kdy se s člověkem s duševní poruchou nedaří jiné formy komunikace.

Hlavními cíli arteterapie lidí s duševní poruchou je podle Šickové-Fabrici dát příležitost pro sublimaci negativních prožitků, umožnit korekci nepřiměřených, předčasných a zmatených závěrů a událostí v životě vedoucích ke zmatenému myšlení a chování, poskytnout reálný pohled na svou nemoc a nabídnout vizi změn a chápání událostí a naději na vyléčení.¹⁴⁷

Základním cílem arteterapie lidí se schizofrenií je u Evy Syřišťové navázání a rozvíjení dialogu, na který již mnozí nemocní rezignovali¹⁴⁸. To zapadá do jejího terapeutického konceptu, který byl popsán v předchozí části a který je postaven na navázání intenzivního

¹⁴⁴ Šicková-Fabrici, J. (2002), str. 77

¹⁴⁵ Šicková-Fabrici, J. (2002), str. 77

¹⁴⁶ Šicková-Fabrici, J. (2002), str. 74

¹⁴⁷ Šicková-Fabrici, J. (2002), str. 76

¹⁴⁸ Syřišťová, E. (1989), str. 108 - 109

terapeutického vztahu. V arteterapii je jim dán prostor pro to, aby se svým dílem projevili a v jistém slova smyslu začali existovat. Tím, že je s jejich projevem přijímáme, stáváme se *spolutvůrci, hledači a spoluinterprety jejich tvoření a života*.¹⁴⁹ Arteterapie není pouze diagnostickým nástrojem a doplňkem jiných terapií. Je cestou s obdobným cílem – nalezení nebo obnovení sociální role – jako u přístupu Recovery popsaném v části 2.2. Syřišťová uvádí, že *v arteterapii lidí se schizofrenií lze využít jednak expresivní, projektivní, jednak komunikační hodnoty jejich výtvořů, jednak i tvořivých potencialit, jež jsou v nich mnohdy obsaženy. Komunikační, činnostní, a zejména tvořivý potenciál jejich výtvarné produkce má zásadní význam pro obnovení a rozvíjení vazeb nemocného k vnějšímu světu*.¹⁵⁰ Výtvarná tvorba schizofreniků má bezesporu významný autosanační efekt. V arteterapii se však na vnitřní autosanační zdroje není možné výlučně spoléhat. Arteterapie může být prostorem pro spoluvytváření nového života prostřednictvím potencialit. Výtvarná produkce je jednou ze základních možností osobnostní a sociální realizace klienta. Hlavním cílem arteterapie v jakékoli formě je možnost sebevyjádření a nalezení společné řeči s druhými lidmi. To může být přípravou pro rozvíjení sociálních kontaktů a jejich rehabilitaci a integraci.¹⁵¹

Obdobně jako ve svém psychoterapeutickém konceptu Syřišťová i při arteterapii zásadně doporučuje neanalyzovat artefakty schizofreniků, ve kterých se objevuje mimovědomý, traumatický nebo konfliktní materiál. V tom spatřuje podstatný rozdíl, od terapie lidí trpících neurózou. Je zastánkyní syntetické „zakrývací“ terapie, která neotevívá a neevokuje novu traumatické prožitky a neřešené problémy, ale neosobně je pozitivně přehodnocuje a činí je přijatelnými.¹⁵² Hlavním cílem arteterapie není sice umělecká hodnota klientovy tvorby, u klientů umělecky nadaných je však vhodné je podporovat v jejich potencialitách a neoplošťovat jejich originalitu konvenčními předpisy a šablonami.¹⁵³

4.2 Praxe arteterapie lidí se schizofrenií

Principy vymezené Evou Syřišťovou v šedesátých a sedmdesátých letech 20. stol. dále rozvíjejí různí autoři (např. I. Strossová nebo P. Hájek) v textech týkajících se praxe

¹⁴⁹ Syřišťová, E. (1989), str. 109

¹⁵⁰ Syřišťová, E. (1989), str. 116

¹⁵¹ Syřišťová, E. (1989), str. 116 - 117

¹⁵² Syřišťová, E. (1989), str. 117

¹⁵³ Syřišťová, E. (1989), str. 117

arteterapie. Příspěvky shrnují poznatky z arteterapeutických ateliérů v psychiatrických léčebnách v Kroměříži, Opavě a Praze - Bohnicích. Texty v dobovém kontextu předpokládají, že místem terapie schizofrenie je téměř výhradně psychiatrická léčebna. Vždy se jedná se o terapii skupinovou. Arteterapie je vnímána jako významná pomocná metoda pro psychoterapeutickou a psychiatrickou podporu klienta.

P. Hájek uvádí pět přístupů k praxi arteterapie schizofreniků.¹⁵⁴ Jako v psychiatrických léčebnách nejběžnější zmiňuje činnostní přístup. Arteterapeutický ateliér v tomto pojetí funguje spíše jako uměleckoprůmyslová dílna, kde klienti vytvářejí standardizované produkty podle návrhů. Toto pojetí arteterapie může být prospěšné pro aktivizaci a rehabilitaci klientů. V podstatě je obdobou sociálně terapeutických dílen majících za cíl připravit klienta na integraci na trh práce.

Dalším přístupem je arteterapie založená na podpoře spontánní tvorby klientů. Tento přístup vychází z předpokladu autosanačního účinku tvorby. Hájek uvádí, že spontánní tvůrčí aktivitu, kterou lze považovat za autoterapeutickou vyvíjí asi 2% schizofreniků. Ateliér postavený pouze na spontánní tvorbě nemusí být pro většinu klientů přínosem a řada z nich může sklouznout k nečinnosti a stereotypii.¹⁵⁵

Přístupem podle Hájka přínosnějším je arteterapeutický ateliér postavený jako kurz kresby a využívající postupy z výtvarné výchovy a integrativní arteterapie. Klienti postupují v kresbě od jednoduchých objektů, přes zátiší a kresbu přírodnin k figuře a portrétu. Arteterapeut klienty vede a koriguje, ale snaží se zachovat styl každého z klientů. Cílem arteterapie je pak nejen zvládnout určitý úkol, ale zprostředkovat klientovi zážitek autorství a sociální kontakt. Přináší klientovi také kontakt s realitou a rozlišení vlastních projekcí od reality a uvědomění si odlišné lidské bytosti. Terapeut v tomto přístupu pracuje s výtvarným posunem klienta a s korekcí symptomů patologického výtvarného projevu.¹⁵⁶

V přístupu označovaném Hájkem jako komunikativní jsou klientům zadávána abstraktní témata týkající se pocitů a duševních stavů. Postupně jsou zadávána stále komplexnější témata (od Radosti a Smutku po Obavu a Čekání). Klienti jsou vedeni k individuálnímu výrazu a odnaučování výtvarným stereotypům. V reflexi je hodnocena srozumitelnost artefaktů. Přístup je zaměřen na podporu sdělování prožitků, kontaktu a porozumění vnějšímu světu.¹⁵⁷

¹⁵⁴ Hájek, P. in Syřišťová, E. (1980), str. 140 - 145

¹⁵⁵ Hájek, P. in Syřišťová, E. (1980), str. 142

¹⁵⁶ Hájek, P. in Syřišťová, E. (1980), str. 142 - 143

¹⁵⁷ Hájek, P. in Syřišťová, E. (1980), str. 143

Dalším přístupem je výtvarné zpracování témat ze života terapeutické skupiny a autobiografických témat. Neinterpretují se symbolické a projektivní významy artefaktů. Výtvarná produkce slouží spíše jako prostředek ujasnění a podnětu pro klienta.¹⁵⁸

Jako zvláštní skupinovou techniku uvádí Hájek společnou malbu jednoho obrazu. Jejím cílem je podpora sebeovládání a sociální kooperace členů skupiny.¹⁵⁹

Z dalších technik Hájek uvádí arteterapeutickou práci s celou rodinou klienta. Tato metoda vychází z předpokladu, že schizofrenik má potíže na verbální úrovni komunikace, při použití výtvarného projevu jako prostředku komunikace je však s ostatními členy rodiny na stejné úrovni. Společná tvorba umožňuje vyjádření vzájemných vztahů a pocitů. Přínosem práce s celou rodinou je bezprostřednost projevu, zachycení „prostorových“ vztahů rodiny a společný zážitek jejích členů.¹⁶⁰

Hájek dále nabízí příklady výtvarných technik použitelných při individuální a skupinové arteterapii schizofreniků:

- Technika čmárání uvolňující zábrany a nevyvolávající tolik obav jako technicky náročnější postupy. Klient uvolněně čmárá po papíře. Pak v čarách nachází povědomý motiv, který dále rozvíjí.
- Zkoumání různých výtvarných prostředků vedoucí ke zprostředkování nových pocitů a podpoře tvůrčího zaujetí.
- Autoportrét vedoucí klienta k jasnějšímu uvědomění si tělového schématu a k diferencovanější sebepercepci.
- Volná kresba či malba přinášející často odraz klientových problémů.
- Tematické výtvarné zpracování rodiny, zaměstnání, manželství, apod.
- Malba snů a fantazií a témat typu tři přání, moje první vzpomínka, já jako zvíře, životní pouť apod.

¹⁵⁸ Hájek, P. in Syřišťová, E. (1980), str. 143 - 144

¹⁵⁹ Hájek, P. in Syřišťová, E. (1980), str. 144

¹⁶⁰ Hájek, P. in Syřišťová, E. (1980), str. 146

Dále nabízí techniky používané při skupinové arteterapii:

- Dokončování započatých kreseb obdobně jako u Wartegova testu, při kterém se ukazuje individualita grafické reakce a podněcuje skupinová diskuse.
- Společné malování, při kterém se nedokončené obrazy posílají ve skupině v kruhu, dokud nedojdou zpět k iniciátorovi.
- Společně vytvářené portréty, kdy každý klient načrtne autoportrét, který je pak doplňován ostatními členy skupiny. Technika nabízí využití zpětných vazeb, a sebepoznání klienta v sociálním kontextu.¹⁶¹

Strossová v popisu osvědčených arteterapeutických technik uvádí jednak konkrétní témata vážící se k minulosti, přítomnosti a budoucnosti klienta: Moje rodina v dětství, Nepříjemná a příjemná vzpomínka z dětství, Já v zaměstnání, Moje práce a moje zábava, Já a můj životní partner, Já v rodině (nyní), Má nemoc, jak ji vidělo okolí, Moje životní cesta (od narození k budoucí perspektivě), Kde se cítím nejlépe, Já ve skupině, Já ve společnosti, Moje budoucnost. Tato témata se během terapie střídají s tématy introspektivními a symbolickými (Moje nemoc, jak jsem ji prožíval, Můj vnitřní svět, Na co teď právě myslím, Kdo jsem – autoportrét s vyjádřením charakteristiky, Já na maškarním plese – maska, Já v podobě žvlů, Můj erb), tématy emočně abstraktními (citový stav, který chci vyjádřit – radost, láska, smutek, strach, hněv, kontrární emoční stavy – dvojice nenávisť – láska, strach – odvaha, smutek – radost, kontrární abstraktní pojmy – dvojice dobro – zlo, slabost – síla), volnou tvorbou zcela bez zadání nebo pouze se zadáním prvků kompozice (např. osoba, zvíře, věc, země, voda, oheň) a s technikami zaměřenými na podporu sociální interakce (interakční kreslení ve dvojicích, vzájemné obdarování ve dvojicích, skupinová kresba domu nebo jiného námětu a skupinové doplňovací kreslení bez zadaného námětu).¹⁶² Za zásadní považuje Strossová téma výtvarného zpracování nemoci, při kterém často dochází k odreagování klientů a téma Můj vnitřní svět (popř. jeho obdoba Na co právě teď myslím) umožňující klientovi vyjádřit své vnitřní pocity, myšlenky a představy a komunikovat je na venek.

¹⁶¹ Hájek, P. in Syřišťová, E. (1980), str. 147

¹⁶² Strossová, I. (1984), str. 64 - 65

Z introspektivních a symbolických témat považuje Strossová za zásadní zobrazení já za pomoci živlů (propojení více živlů odpovídající vlastní charakteristice klienta).¹⁶³

Ve vlastní praxi jsem pracoval pouze s jednotlivci. Osvědčilo se mi zadávání konkrétních autobiografických témat, rodinné koláže a volných témat v kombinaci s kreativními činnostmi na hranici arteterapie (autorský papír, tisk, ...). U klientů se schizofrenií jsem se při interpretaci nevracel k traumatům z minulosti, ale spíše se snažil podpořit klienta v rozvíjení jeho silných stránek, jak bude uvedeno v praktické části.

4.3 Možnosti využití intervenční „rožnovské“ arteterapie při práci s lidmi se schizofrenií

Rožnovská škola je charakterizována jako intervenční a interpretační směr arteterapie. Původní koncept vytvořený Milanem Kyzourem starším vycházel především z jeho praxe s klienty s duševními poruchami a poruchami chování vyvolanými účinkem psychoaktivních látek a klienty trpícími neurózami.¹⁶⁴ Tento integrativní arteterapeutický pracuje s odkrýváním potlačeného materiálu z nevědomí a s analýzou intrapsychických konfliktů vyjádřených v artefaktu.¹⁶⁵ To může být s ohledem na doporučení uvedená v závěru předchozí kapitoly nevhodnou metodou práce s lidmi se schizofrenií. Určitou cestou může být nezaměřovat se při interpretaci artefaktu na odhalování traumat z minulosti, ale spíše na přijetí artefaktu klientem a v duchu přístupu Recovery na odhalení a posílení silných stránek osobnosti klienta. Smysluplně lze též pracovat s kultivací výtvarného projevu klienta s cílem harmonizovat jeho psychické obsahy.¹⁶⁶ Při práci s klienty se schizofrenií je vhodné zaměřit intervence zejména na rozvoj prožívání a vyjadřování emocí (práce s barvou) a na sebezpřijetí a zintenzivnění vztahu k okolnímu světu a k sobě (např. práce s budováním iluze prostoru na obraze a s proporcemi figury).

Další možností využití intervenční arteterapie je práce s ontogenezí výtvarného projevu a s jeho psychopatologickými symptomy. Artefakty lidí s psychózou mají zpravidla znaky výtvarného regresu.

¹⁶³ Strossová, I. (1984), str. 66

¹⁶⁴ Lhotová, M. (2010), str. 56

¹⁶⁵ Lhotová, M. (2010), str. 59

¹⁶⁶ Lhotová, M. (2010), str. 59

Rožnovská škola jako výtvarně technické prostředky volí akvarel a koláž.¹⁶⁷ Zejména akvarel, jako technika dávající velký prostor pro náhodu, může být lidmi se schizofrenií obtížně přijímán, což může souviset s výše zmiňovaným pocitem „rozpadu světa“ a ztrátou jistot. S ohledem na to je vhodné nabídnout jim i jiné techniky umožňující „vládu“ nad výtvarným prostředkem (např. pastel, pastelka, tempera) a netlačit klienta rychle do přechodu od kresebnosti k práci s barevnou skvrnou. Obecně se u lidí se schizofrenií nedoporučuje používat techniky typu akčního akvarelu. Důvodem je možnost rozvoje halucinací, které jsou vnímány jako nežádoucí a v rámci terapie je snaha je spíše u klienta potlačit.

4.4 Exkurz: Výtvarná tvorba jako autoterapie

Autosance a autoterapie jsou pojmy užívanými poměrně často. Jsou sice přítomny v každé umělecké tvorbě, spolehlivě jsou však doložitelné spíše v arteterapii, kde se tvůrčímu procesu i výslednému artefaktu zpravidla dostává reflexe, než u uměleckých děl, kde tyto motivy tvůrce nemusí být zcela zřejmé. Přesto lze vytvořit jakousi linii výtvarných děl, která vznikala primárně pro vlastní potřebu autora jako způsob vypořádání se s jeho vnitřními problémy a prvek autoterapie je pro ně zásadní. Z dějin umění je známý a často uváděný příklad charakterových hlav sochaře Franze Xavera Messerschmidta (1736 – 1783). Tento příklad autoterapie – konkrétně vypořádávání se autora s projevy duševní poruchy ze schizofrenního okruhu byl opakovaně popsán v kunsthistorické i lékařské literatuře, kde jsou artefakty s jistotou interpretovány jako autorova autoterapie i díky jeho dochovaným deníkům a přímým dobovým svědectvím.¹⁶⁸ V českém prostředí lze hovořit o výrazném autoterapeutickém rozměru například u obrazu Karla Svolinského Zoufalý Orfeus z roku 1968, u kterého autor sám v rozhovoru zaznamenaném Evou Syřišťovou zdůrazňuje, že se jedná o obraz malovaný primárně pro vlastní potřebu, nikoli pro publikum.¹⁶⁹ Dalším příkladem umělce, který o autoterapeutické funkci části svého díla sám vypovídá, může být Jan Paul, který v úvodu k cyklu svých obrazů malovaných prsty je dává do přímé souvislosti vyrovnáváním se umíráním jeho matky.¹⁷⁰

¹⁶⁷ Lhotová, M. (2010), str. 60-63

¹⁶⁸ např. Maršálek, M. (2011), z kunsthistorické oblasti je pak zásadní studie Pötzl-Máliková, M. (2004). F. X. Messerschmidt a záhada jeho charakterových hlav. Bratislava: Albert Marenčin – vydavatelstvo PT.

¹⁶⁹ Syřišťová, E. (2005), str. 124

¹⁷⁰ Paul, J. (2011), úvod k obrazové příloze, nestránkováno

Eva Syřišťová opakovaně ve svých textech upozorňuje na skutečnost, že alespoň u určité části lidí se schizofrenií má výtvarná tvorba autosanační, resp. autoterapeutický účinek.¹⁷¹

O takovém účinku umělecké tvorby na člověka hovoří i Šicková-Fabrici: *Prostřednictvím umění může člověk reflektovat své nitro, pocity, i s tím, co ho tíží, co je příčinou jeho problémů, a právě tím se patologické a škodlivé může ventilovat, tím, že se přetváří, přetransformovává do uměleckého artefaktu. To následně působí zpětně terapeuticky na jeho fyzické i psychické danosti. Člověka léčí právě poznání příčiny nemoci. Jestliže dá něčemu nejasnému, beztvaremu konkrétní tvar, který se dá vnímat vizuálně nebo hapticky, může se zrodit terapeutický potenciál umělecké reflexe.*¹⁷²

S autosanačními mechanismy umělecké tvorby pracuje zejména humanistická arteterapie. Jeden z jejích principů formuluje Natalie Rogersová následujícím způsobem: *Tvořivý proces je hojivý. Expresivní výtvary představují pro jedince důležitá sdělení. Naprostým zdrojem proměny je však sám proces tvorby.*¹⁷³ Sama uvádí vlastní zkušenost, kdy se obtížně vyrovnávala se smrtí otce za pomoci výtvarné tvorby. Na tomto příkladu demonstruje transformační sílu expresivního umění.¹⁷⁴

Je nepochybné, že sama tvorba může být účinným prostředkem ke změně, resp. k uzdravě. Následná verbalizovaná reflexe procesu tvorby i samotného artefaktu může pomoci kontextům, které by jinak zůstaly skryté a je cestou pro sžívání se autora s obrazem.¹⁷⁵

4.5 Osobnost (arte)terapeuta

Každá terapeutická práce s rozličnými cílovými skupinami klade zásadní nároky na osobnost terapeuta. Nejedná se pouze o nároky na znalostní vybavu, ale zejména na jeho osobnost, protože ta je podstatným a jediným nástrojem pro vytvoření autentického terapeutického vztahu. Filosof Martin Buber v jedné ze svých přednášek věnovaných psychoterapii vyjadřuje přesvědčení, že klíčovým v procesu terapie je terapeut, nikoli metoda. Dále zdůrazňuje, že terapeut by měl být otevřený v tom, jakou metodu použije. V této věci by měl být jistým způsobem v „rukou klienta“ a nechat ho být sám sebou, než mu vnutit sebe s konkrétním

¹⁷¹ např. Syřišťová, E. (1994), str. 122

¹⁷² Šicková-Fabrici, J. (2002), str. 40

¹⁷³ Rubinová, A. J. (2008), str. 272

¹⁷⁴ Rubinová, A. J. (2008), str. 263 - 268

¹⁷⁵ Lhotová, M. (2010), str. 66 - 67

přístupem. Buber považuje za základní kvalitu terapeutického vztahu autentickou přítomnost. Ta není pouze fyzickou přítomností nebo bytí v přítomnosti, ale zejména kvalita přítomnosti – naprostá dostupnost, naladění na druhého, absence limitů a hranic.¹⁷⁶ Zmíněný koncept nepodmíněného přijetí je cíleně rozvíjen zejména v humanistické psychoterapii. V literatuře týkající se psychoterapie jsou formulovány další nároky na osobnost terapeuta. Mně blízký autor, Ferdinand Knobloch, zakladatel integrované psychoterapie, formuluje nároky na osobnost terapeuta poměrně radikálně. Kromě nároků etických a znalostních zdůrazňuje zejména nárok na duševní zdraví terapeuta (k němuž může patřit i jeho vlastní zkušenost s vypořádáním se s nějakou formou poruchy duševního zdraví). Dále podle Knoblocha k autenticitě terapeuta přispívá i jeho zdravý životní styl. Zásadní v terapeutově přístupu je schopnost porozumět klientovi, respekt k němu a opravdovost. Základním principem terapie je sebeurčení klienta. V duchu tohoto principu by měl být terapeut nezávislý na konvencích a nepůsobit na klienta pod vlivem převládajících názorů společnosti nebo odborné veřejnosti, vlastních předsudků nebo postojů způsobených např. generačním rozdílem.¹⁷⁷

Tyto nároky platí bez výhrad pro člověka, který se rozhodne pro terapeutickou práci s lidmi se schizofrenií a duševní poruchou vůbec. Eva Syřišťová ve svých vlastních nebo jí editovaných textech mimo to klade důraz na respekt a pochopení klientova autisticky uzavřeného světa a jeho „logiky“, která nemá záchytný bod v realitě.¹⁷⁸ Skrze navázaný autentický terapeutický vztah se terapeut stává prostředníkem mezi realitou a klientovým schizofrenním světem. Vztah klienta k terapeutovi je v procesu rekonstrukce sociálního chování základním modelem lidského vztahu.¹⁷⁹ To zdůvodňuje jistou radikalitu nároků na osobnost terapeuta výše formulovanou Baldwinem a Knoblochem. Podle Bouchalové je třeba, aby se terapeut byl schopen vyrovnat s klientovou emocionální ambivalencí, střídáním hostility, agrese a nedůvěry s emocionální závislostí a ulpívaností, a to bez opětování těchto projevů¹⁸⁰. Dále je důležité se vyrovnat s pocity marnosti terapie, a to zejména v její počáteční fázi. Terapeut se musí naučit současně se pohybovat v rovině normálního reagování a rovině klientova uvažování a chování a vystupovat při tom v mnoha rolích. Je

¹⁷⁶ Baldwin DeWitt, C. jr. in Baldwinová, M. et al. (2013), str. 61 - 62

¹⁷⁷ Knobloch, F. & Knoblochová, J. (1999), str. 99 - 107

¹⁷⁸ Syřišťová, E. (1980), str. 73

¹⁷⁹ Bouchalová, B. in Syřišťová, E. (1980), str. 74

¹⁸⁰ Bouchalová, B. in Syřišťová, E. (1980), str. 74

třeba, aby terapeut uměl komunikovat jazykem symbolů, které klient volí a aby dokázal pracovat i s vlastními metakomunikačními prostředky (např. intonace, zabarvení hlasu, mimika, gestika).¹⁸¹ Nárokem na terapeuta pracujícího se schizofreniky je též citlivý přístup, tolerance a trpělivost a kladný emoční vztah ke klientovi a s ním související autentický zájem.¹⁸² Syřišťová podotýká, že terapeut by neměl pracovat s klientem v situaci, kdy je sám aktuálně v obtížné nevyřešené frustrační situaci, bez opěrných bodů, bez saturace potřeb, s hlubokou úzkostí a nejistotou.¹⁸³

Výše uvedené nároky na osobnost terapeuta konvenují s tím, jak Šicková-Fabrici vymezuje očekávané vlastnosti arteterapeuta. S ohledem na specifika práce s výtvarným projevem se k nim přidává nárok na tvořivost arteterapeuta při budování klientovi kreativity, která je stimulem a zdrojem ke změnám v jeho životě. Šicková-Fabrici též zdůrazňuje, že arteterapeut by měl do procesu terapie zahrnout i sebe a být ochoten se v něm též měnit. V některých případech, např. u depresivních nebo úzkostných klientů, je vhodné, aby terapeut tvořil, případně spolutvořil se svými klienty.¹⁸⁴

C) Praktická část

5.1 Arteterapie v sociálních službách pro lidi s dlouhodobým duševním onemocněním

Kazuistiky, na kterých prezentuji dva různé arteterapeutické přístupy ke klientům s duální diagnózou pocházejí z období, kdy jsem pracoval v Oblastní charitě Česká Kamenice. Pobočka této organizace v Ústí nad Labem poskytuje sociální služby chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení a sociálně terapeutická dílna. Cílovou skupinou těchto služeb jsou lidé s dlouhodobým duševním onemocněním včetně lidí s poruchou osobnosti nebo s duální diagnózou. Arteterapie byla součástí všech tří služeb, a to v rámci aktivity sociálně terapeutické činnosti. Vzhledem k tomu nebyl na poskytování arteterapie uzavírán další speciální kontrakt s klientem. Arteterapie se, v případě, že o ni měl klient zájem, stala se součástí naplňování individuálního plánu podpory v rámci té které služby. Nicméně s klientem jsme na začátku terapie společně formulovali očekávání a cíle. Podstatné výstupy

¹⁸¹ Bouchalová, B. in Syřišťová, E. (1980), str. 74 - 75

¹⁸² Strossová, I. (1984), str. 9

¹⁸³ Syřišťová, E. (1965), str. 75

¹⁸⁴ Šicková-Fabrici, J. (2008), str. 59

z arteterapie byly sdíleny s ostatními pracovníky služby. S klientem byl předem dohodnut obsah a rozsah sdělení, aby nebyla narušena důvěra mezi ním a terapeutem. Stručné zápisy byly sdíleny pomocí elektronického systému pro zapisování úkonů, takže klient měl možnost za využití práva na nahlížení do své dokumentace si ověřit, jaké informace o něm jsou zapisovány.

Klient z kazuistiky Jakub využíval ambulantní službu sociálně terapeutické dílny. Klient z kazuistiky Michal využíval službu podpora samostatného bydlení, která je sice primárně terénní, ale část aktivit včetně arteterapie se odehrávala v zázemí služby. Kromě toho využíval pobytovou službu doléčovacího programu (služba následná péče pro osoby závislé na návykových látkách) v jiné organizaci. Tento souběh nebyl neobvyklý. Klient s duální diagnózou měl v doléčovacím centru zajištěno bezpečné bydlení po léčbě a skupinovou podpurnou terapii. V rámci podpory samostatného bydlení řešil otázky spojené se zajištěním běžného života včetně bydlení a zaměstnání po ukončení šestiměsíčního doléčovacího programu.

Arteterapie ve všech nabízených službách byla dobrovolná. Klient měl možnost si zvolit individuální nebo skupinovou formu, případně kombinaci obojího. Skupinová arteterapie byla orientovaná spíše na zážitek z tvorby a rozvoj kompetencí klienta. V individuální arteterapii jsem různými způsoby pracoval s procesem tvorby a s verbalizovanou reflexí artefaktů. Oba klienti uvádění v kazuistikách využívali obě formy arteterapie. Je třeba zmínit i skutečnost, že ze všech klientů služeb charity využíval arteterapii pouze malý zlomek (z přibližně třiceti klientů se jednalo o čtyři, kteří se pravidelně účastnili arteterapeutických aktivit). Někteří klienti sociálních služeb na nabídku arteterapie reagovali odmítavě s odkazem na předchozí negativní zkušenost s pracovní terapií v psychiatrické léčebně. Předložený výběr kazuistik je sice malý, nicméně postačující pro prezentaci potřeby různých přístupů k terapii klientů s obdobnou diagnózou.

5.2 Kazuistika Jakub - spontánní tvorba a její reflexe

Základní údaje

Věk při začátku arteterapie 45 let. Vyrůstal sám s matkou a jejími příležitostnými partnery. Autoritou pro něj byla (a je) babička. Vyučen prodavačem, v profesi pracoval 20 let. Přibližně od 19 let abúzus alkoholu. Přibližně v 38 letech se projevují závažné duševní potíže,

opakovaně hospitalizován na psychiatrii zejména z důvodů léčby závislosti. Byla mu diagnostikována schizoafektivní porucha. Odchází do invalidního důchodu. Žije sám v bytě. Sociální službu sociálně-terapeutické dílny vyhledal zejména z potřeby kontaktu s lidmi. Ten jinak navazuje poměrně obtížně. Poté, co mu byla nabídnuta možnost pracovat s výtvarným projevem, přinesl ukázkou své dosavadní produkce. Domluvili jsme se na pravidelné reflexi obrazů z let 2012 – 2013. Malovat v cizím prostředí odmítl, v sociálně-terapeutické dílně se věnoval příležitostně rukodělným činnostem a tisku grafiky. Pouze jednou jsme společně vytvořili ilustrace k veršům jednoho z klientů. V současné době (i po mém odchodu z charity) se setkáváme nad jeho obrazy přibližně jednou za měsíc. Jakub sám sezení vnímá jednak jako jistý druh sociálního kontaktu, jednak jako podpůrnou terapii.

Terapie

Zpočátku jsem se snažil Jakobovi kromě reflexe jeho starších obrazů nabízet i témata ke zpracování (např. Místo, které mám rád). To se nesetkalo se zájmem. Nicméně pozitivní bylo, že Jakub po asi roční přestávce začal znovu malovat, takže k reflexi přinášel i aktuální obrazy. Jak již bylo zmíněno, samo setkání nad obrazy Jakub vnímá jako sociální kontakt. Zároveň se jedná o prostředek pro snížení tenze. Rozhovor má charakter podpůrné terapie. Obraz jej iniciuje a usnadňuje. Za dobu setkávání Jakub konstatuje, že se mu zvýšilo sebevědomí, zejména díky možnosti o své tvorbě hovořit a mít přijímající zpětnou vazbu a díky její veřejné prezentaci (uspořádali jsme tři výstavy Jakobových obrazů, byl vydán kalendář, Jakub je svými obrazy zastoupen ve významné sbírce spontánního umění, byl o něm natočen krátký film). V duchu přístupu Recovery popsaném v teoretické části práce lze jeho posun označit jako nalezení nové smysluplné sociální role prostřednictvím výtvarného projevu.

Sekundárně pracuji s prevencí relapsu užívání alkoholu. Jakub míval cca jednou do roka relaps, který se zpravidla vázal jednak na propad nálad a deprese, jednak na porušení pravidel „suché domácnosti.“ Prevence relapsu probíhala bez využití artefaktů.

Též jsem se pokoušel propojit Jakobovu produkci s jeho deníkem, kam si zaznamenává hodnocení nálad na číselné škále od 1 do 10. Předpokládal jsem, že by se na základě výtvarné produkce daly vysledovat včasné varovné příznaky přicházejících propadů nálad a depresí. Snaha se zatím nesetkala s úspěchem. Důvodem je někdy komplikované přiřazení obrazu ke konkrétnímu datu. Jakub zpravidla spontánně datuje přesně na den obrazy z nějakého

důvodu důležité. Zhruba před rokem jsem ale v jeho produkci objevil obrazy zásadního významu, ale nedatované a nesignované.

Charakteristika výtvarné produkce

Jakub v počátku své tvorby hledal inspirační zdroje v dějinách umění. Významnou částí jeho produkce z let 2012 – 2013 představují „kopie“, přesněji vlastní interpretace zejména barokních obrazů, obrazů P. Picassa, M. Beckmanna, G. Roualta a E. Muncha. Podle jeho vlastních slov ho na baroku a expresionismu fascinuje dramatičnost a opravdovost vyjádření citů. Příkladem takové kopie je obr. 1: Vor Medúzy podle stejnojmenného obrazu Théodora Géricaulta (1791 – 1824). Obraz Jakub opakovaně zmiňoval pro dramatičnost a bezvýchodnost situace na něm. Na obraze je v Jakobově podání akcentován silný vodní proud, kterým je vor s lidmi unášen bez možnosti změny, což odráží jeho životní situaci. Vedle toho vytváří koláže s erotickými náměty a s tematikou vrahů a teroristů (ukázka na obr. 2). Násilí a sex zde bývá propojeno v jeden celek. Materiál je shromažďován až obsedantně. Koláže jsou dokreslovány a doplňovány nápisy. Téma sexu i násilí tvoří v Jakobově samostatnou linii. Ta je obvyklá u lidí s podobnými duševními potížemi (ze známějších např. erotické koláže Zdeněk Koška). Erotická témata, často velmi explicitní a expresivní souvisejí s neuspokojením libida. Agrese je tématem vyskytujícím se také poměrně často v tvorbě lidí s duševní poruchou z okruhu schizofrenie, ať již je namířena vůči sobě samému (např. automutilační tematika v tvorbě Luboše Plného) nebo se jedná o boj s vnějším ohrožením. Zobrazování tématu souvisí s vypořádáváním se s úzkostí z permanentního ohrožení a s rizikem vlastní nevladatelné agresivity. U lidí s poruchami ze schizofrenního okruhu může souviset i s hlasy nabádajícími k sebepoškození nebo k sebevraždě, ty však Jakub podle svých slov nemá.

Po čase začíná Jakub tvořit nezávisle na vzorech. Jeho tvorba osciluje v několika základních tématech, ke kterým se v různých podobách vrací. Z technik využívá zejména olejový pastel doplňovaný kresbou propiskou, příležitostně koláž, olej a akryl na plátně nebo na sololitu. Volba výtvarných prostředků s tvrdou stopou nedávající prostor náhodě souvisí podle mého názoru s potřebou jistoty – absolutní vlády nad výtvarným prostředkem, metaforicky vlastním životem (Jakub našel jako funkční cestu pro vyrovnávání se se závislostí život podle poměrně přísných pravidel, má stanoven jasný denní i týdenní řád, který dodržuje.). V souvislosti s tím zásadně odmítá experimenty s náhodnými technikami a štětcovou malbu

(akryl a olejové barvy nanáší pomocí špachtle nebo špejle). V posledních měsících u něj dochází k jistému posunu, kdy pastely vrství a roztírá a nechává tak na ploše vzniknout náhodným efektům. Při reflexích byl upozorněn na to, že náhoda vstupuje do jeho tvorby mimoděk například protlačováním rysů předchozích obrazů. S některými takovými prolnutími bylo zajímavé pracovat. Obrazy Jakub tvoří zpravidla na formátu A3, výjimečně, spíše na podnět, i na větší formát. Maluje prakticky denně. V obdobích, kdy se cítí dobře, se intenzita tvorby snižuje, naopak ve vypjatých obdobích tvoří i několik obrazů denně. Jedním ze znaků naléhavosti tématu, na kterém jsem se s Jakubem shodl, je spontánní způsob datace. Je-li téma naléhavé „důležitý obraz“ je označen přesným dnem (obr. 12 A mám tě). Jinak jsou obrazy datovány zpravidla pouze měsícem a rokem. Jakub své obrazy důsledně podepisuje. Umístění podpisu zvažuje již na začátku, protože, jak uvádí „chce tím být součástí obrazu.“ Někdy je podpis umístěn na postavě, se kterou se Jakub identifikuje. Výjimku tvoří několik obrazů z poslední doby bez data a podpisu (blíže viz téma Vrazi).

Celkově lze charakterizovat jeho obrazy jako plošné, přeplněné objekty a tvary. Až na výjimky chybí iluze prostoru. To může souviset jednak s permanentním prožíváním úzkosti a pocitu bezvýchodnosti, jednak s určitým výtvarným regresem do věku puberty. Ten zřejmě souvisí se vzdorem proti autoritě babičky, která na něj má doposud silný vliv a s potlačováním vlastní agrese – Jakub má silnou tendenci prezentovat se na venek jako klidný a vyrovnaný v příkrém rozporu s děním na svých obrazech. U obrazů je časté rozdělení silnou linií do více segmentů (obr. 4 Alkohol). Výjimku tvoří obrazy malované podle předlohy, kde je Jakub schopen pracovat s iluzí prostoru vytvářenou pomocí perspektivy a stínu. Další výjimkou je obr. 11 Pohled, který v sobě nese dusivý pocit způsobený přeplněností objekty a použitím hutných temných barev. Naopak vyjadřovacím prostředkem je zde tenká liniová kresba, barvy jsou použity velmi střízlivě, je vytvořena iluze prostoru. Chybí jinak typické deformity postav a obličejů (proporce postavy jsou prakticky v normě). Jakub byl na tyto skutečnosti upozorněn. Sám potvrdil, že obraz pochází z doby, kdy byl bez rozlad a tísnivých pocitů. Obraz může být potvrzením toho, že při ztrátě nebo zmírnění psychických symptomů, se výtvarná produkce posouvá do normy, „přestává být zajímavou.“ U Jakuba nejde o výtvarný posun v pravém slova smyslu. Jedná se spíše o výjimečné vybočení, po kterém se vrací ke svému obvyklému stylu.

Barevnost Jakubových obrazů je dusivá. Často kombinuje černou, žlutou a červenou, což opět výtvarně odkazuje k období puberty. Poměrně často bývá na obrazech použita zejména

na ženských tělech růžovofialová barva označitelná jako caput mortuum (obr. 14 Sen a 16 Teprve se rozkoukávám). Tato barevnost byla interpretována jako napjatý vztah, až vyhrocené nepřátelství s ženským světem.

Pro Jakobovu tvorbu je typická silná hranatá linie často dodatečně zvýrazňovaná tužkou nebo propiskou. Ta odkazuje na potřebu jistot a „držet se“ v životě.

Pro Jakuba má tvorba zásadní abreaktivní význam. O tom svědčí i intenzita tvorby, která je přímo úměrná Jakobovým psychickým stavům – stoupá v období rozlad, naopak v období duševní pohody Jakub téměř nemaluje.

V Jakobově tvorbě lze vysledovat určité tematické okruhy, ke kterým se vrací.

1. Alkohol a Pomníky alkoholismu (obr. 3 – 5)

Obrazy tohoto typu vznikají zpravidla po relapsu nebo po úspěšném překonání cravingu. Jakub je interpretuje jako osobní memento a jako prezentaci důsledků užívání alkoholu. Alkohol je na nich démonizován v Ensorovských shlucích masek – personifikovaným nebezpečím. Některé masky odkazují na demony, jiné na nebezpečí, ze kterého není úniku (např. odkaz na film Čelisti na obr. 5). Na obrazech Alkohol (obr. 3 a 4) se objevuje velká všepohlcující tvář obdobně jako na obrazech vázících se k úzkostným stavům a v pravé části obrazu „nástroje utrpení“ ostré a špičaté objekty jako odkaz na bolest a výčitky. V barvách je přítomna ostrá zelená a žlutozelená v kontrastu s tmavomodrou a černou. Ve tvarech se často opakují zuby, čelisti a otevřené chřtány jako symboly ohrožení. Památníky alkoholismu jsou koncipovány jako objekt – socha, ke kterému vede cesta a je opatřen zábradlím. To lze interpretovat jako vyjádření toho, že problém je mimo mě, který vnímám/chci jej vnímat spíše divácky.

2. Válka (obr. 6 – 7)

Válečný konflikt, zápas, boj je tématem často se opakujícím v Jakobově tvorbě se často opakujícím. Téma souvisí s permanentním pocitem ohrožení a ztrátou jistot, se kterými je třeba bojovat (kruh – mandala s obrannými předměty po obvodu na obr. 6). Situace po válce (obr. 7) s izolovanou téměř vždy nahou postavou, kterou Jakub ztotožňuje sám se sebou, putující spálenou zemí souvisí s opakovaným

budováním nových jistot. V posledním roce se obrazy války formálně posouvají k abstrakci.

3. Rakvonoši (obr. 8 – 9)

Příklad produkce z období extrémního propadu nálad. Jsou vyjádřením pocitů marnosti a strachu ze zániku. Postavám chybí tváře, obrazy mají chudou depresivní barevnost. Postavy plují neukotveny v prostoru.

4. Izolace (obr. 10 – 11)

Do této skupiny řadím obrazy s izolovanými postavami, které jsou výrazem Jakubova vztahování se ke druhým lidem. Postavy jsou buď jako na obr. 10 Zakletý princ zapletené, doslova zakleté, bez možnosti pohybu. Druhou variantou téhož je obr. 11 Pohled – postava za zdí oddělená od města nepřekročitelnou bariérou, nicméně, jak bylo uvedeno v obecné charakteristice tvorby, jedná se o obraz výjimečný. Postava, kterou Jakub ztotožňuje se sebou, přijala svoji roli, je s ní srovnána a má do jisté míry otevřenou perspektivu pro cestu k ostatním (prostup ve zdi).

5. Ohrožení (obr. 12 – 13)

Do tohoto okruhu zařazuji obrazy ohrožení trestem od autority – pozření obludou, která mě má v rukou. Trest může přijít např. za banální porušení pravidel (obr. 12 A mám tě). Na obraze je zajímavý příklad přesné datace, což zpravidla souvisí s vysokou naléhavostí tématu. Obr. 13 Stroj je příkladem ohrožení systémem. Naznačená postava je unášena a drcena strojem s antropomorfními rysy asociující popravčí stroj z Kafkova Procesu.

6. Žena a Sexuální akt (obr. 14 – 16)

Na obrazech žen se Jakub vypořádává se svou matkou – alkoholičkou a absencí pocitu přijetí v dětství (obr. 14 Sen, na kterém ženu ztotožňuje se svou matkou). Dále jsou v tomto okruhu zastoupeny různé podoby sexuálního aktu. Ten je podle Jakuba silně emočně nabitý. Sexuální akt je zde předmětem touhy, zároveň je prezentován často jako velmi agresivní boj muže a ženy (obr. 15 Žena X muž). Samostatnou linii tvoří

izolované postavy žen s „těžkým údělem“ (obr. 16 Teprve se rozkoukávám). Jedná se o jiné uchopení tématu Jakobovy matky, resp. babičky, které byly obě předčasně dospělé a musely si poradit v obtížných životních podmínkách. Zajímavé jsou na postavách hlavy s mužskými rysy s odlišnou barevností než zbytek těla. To může odkazovat potřebu mužských vlastností v náročných životních situacích (v případě matky i babičky muži v partnerských vztazích selhali).

7. Vrazi (obr. 17 – 18)

Téma se znovu objevuje v Jakobově tvorbě v posledních měsících. Obraz má zpravidla jako podnět televizní pořad. Otevírá téma Jakobovy vlastní agrese, kterou zpravidla ve stavech opilosti obracel vůči sobě. Téma vzbuzevané televizními pořady o zvlášť brutálních vražích vzbudilo silný odpor. Zajímavý je fakt, že obrazy byly spontánně nepodepsány. Zde byl na absenci podpisu upozorněn při reflexi a samotného jej překvapila. Absence podpisu může souviset s absolutním popřením nebo nepřiznáním agrese. Zajímavé jsou vědomě i nevědomě vzniklé antropomorfní tvary na obrazech, kdy obraz jako celek působí jako obrovský děsivý obličej. To může souviset s pocitem ohrožení vnějšími okolnostmi i vlastními intrapsychickými potencialitami.

5.3 Kazuistika Michal – krátkodobá terapie

Základní údaje

Věk 30 let; po rozvodu rodičů ve výchově matky, po problémech ve výchově otce; přibližně od 15 let experimenty zejména s marihuanou a pervitinem. Vzdělání: nedokončená střední škola. Ve 25 letech diagnostikována paranoidní schizofrenie. Opakované pobyty v psychiatrické léčebně buď z důvodu dekompenzace, nebo léčby závislosti. Do terapie nastoupil po tříměsíční řádně ukončené léčbě závislosti v psychiatrické nemocnici. Arteterapie byla doplňkem terapie v doléčovacím programu, kterého se klient účastnil.

Terapie

Na začátku terapie jsme se s Michalem dohodli, že se zaměříme na hledání zdrojů pro adaptaci po léčbě a „ukotvení v realitě“ (jako velká část lidí po léčbě závislosti měl Michal

tendenci si vytyčovat velké ideální cíle bez stanovení postupných kroků). Výhodou byla Michalova silná motivace – poprvé se mu podařilo úspěšně absolvovat celou léčbu. Nastoupil do pobytového doléčovacího programu s úmyslem najít si práci a vlastní bydlení. Arteterapie měla být podporou kroků, které dělal v rámci doléčovacího programu. Dohodli jsme se na pravidelných setkáních a zadávání témat k malování. Kromě rodinné koláže byla zadaná témata zpracována akvarelem na formát A3. U některých obrazů byl vyhotoven KTC. Po zpracování rodinné koláže a prvního tématu (Sport) proběhla první interpretace. Byla zadána další témata vyplývající z rozhovorů: Loutkové divadlo, Matka a dítě, Můj nejhezčí zážitek a otcův svět. Celkem proběhlo osm setkání. V souvislosti s mým odchodem z charity bylo setkávání předčasně ukončeno. Způsob práce s artefaktem vycházel z Rožnovské arteterapie s tím, že nebyla otevírána traumata z minulosti, ale zaměřil jsem se na hledání Michalových silných stránek a jejich podporu. Díky strukturovanému doléčovacímu programu dělal Michal během doby, kdy jsme se setkávali, významné postupné kroky. Během terapie byla klíčovým krokem návštěva rodiny. S měsíčním odstupem po ukončení terapie mi při náhodném setkání oznamoval, že si našel práci.

Charakteristika výtvarné produkce

V produkci lze vysledovat několik znaků typických pro tvorbu lidí se schizofrenií – objekty na obloze na koláži podle Michala vysílající energii na obr. 19 Rodinná koláž, Boží prst ukazující na vyvoleného na obr. 20 Sport, spirálovité útvary na obr. 21 – 24. Výtvarný posun není vzhledem ke krátkosti terapie příliš patrný. Důležitý posun je nicméně od používání silné (obrané) linky v prvních obrazech (u obrazu Matka a dítě dokonce jinou barvou v kombinaci modré a červené jako projevu tenze) k práci s barevnou skvrnou na obraze Otcův svět. Michal má problém se zaplněním prostoru a vyjádřením vzájemných vztahů postav. Na rodinné koláži postavy levitují na monochromní ploše oblohy, jsou izolované „na ostrovech.“ Obdobně je tomu i na jiných obrazech (Loutkové divadlo, Můj nejhezčí zážitek). Na obraze Otcův svět jsou vypočítány otcovy atributy, avšak bez naznačení vzájemného vztahu. Vybudování iluze prostoru a zaplnění plochy obrazu se Martinovi částečně dařilo až po doplňujících instrukcích a požadavcích (Sport, Matka a dítě).

V KTC je zásadní posun od slabých barvou nevyplněných kruhů na KTC 1 ke KTC 4, kde jsou kruhy výrazně větší vyplněné barvou, barevnost je intenzivnější a pestřejší. To může souviset jednak s Michalovým budováním zdravé sebedůvěry, jednak s posilováním důvěry

v terapeutickém vztahu (prázdné kruhy v KTC 1 vnímám jako projev obrany, nejistoty a určité nečitelnosti při vyjadřování emocí). KTC však stále zůstávají sevřená, posunutá spíše k hornímu okraji, příliš neukotvená v realitě. Ve zvolené škále barev chybí hnědá (odkaz na absenci mužské autority, ke které Michal v reálném životě hledá vztah). Opakuje se fialová, zejména na levé straně a středové poloze, což odkazuje na Michalovo problematické vztahování se k matce (vztah funguje spíše v rovině představ, reálně je chladný, matka se o Michala nezajímá). Číslování barevných kruhů v KCT (1, 2, 3 = A, B, C) odkazuje na neurotickou osobnost.

Jedním z prvků posilujícím vzájemnou důvěru, možná zlomovým momentem, bylo Michalovo zjištění, že může otevřeně hovořit o dvou duškách (na obr. 19, 20, 21 a 23), které ho podle jeho slov motivují k životním změnám). Podstatný byl obraz na téma Loutkové divadlo. Michal byl upozorněn na silnou tenzi postavy uprostřed (dáno barevností a tím, že postava působí, jakoby byla vytahována z vody). Masky postavy může být vnímána jako ochranná – je ji třeba dobře používat (jsou situace, kdy je vhodnější ji sejmout). Zajímavé je, že ústřední postava vede další, menší. Určitá forma pomoci někomu dalšímu může podporovat úzdravu a posílit smysluplnou životní roli. Na obr. 22 Matka a dítě je matka spíše v oblasti přání. Dítě na obraze chybí, je nahrazeno spirálami, které podle Michala „vyzařují harmonii.“ Tak působí spíše jako posun tématu do roviny, co bych chtěl dát matce. Na obr. 24 Otcův svět alespoň někde opouští silné linie kolem postav. Tento výtvarný posun byl oceněn. Motiv traktoru na identifikačním místě spojený se vzpomínkou, jak se na něm v mladším věku učil jezdit, využit pro motivaci k vytváření postupných kroků vedoucích k cíli.

Důležitá je též redukovanost obličejů a vynechání očí, resp. jejich zakrytí maskou, což má souvislost s Michalovou nečitelností, introvertními sklony a dlouhodobě prožívanou rolí outsidersera. Na to odkazují i časté bílé plochy na obrazech.

5.4 Reflexe vlastní terapeutické práce

Během své krátké a ne příliš intenzivní arteterapeutické praxe (arteterapii jsem se nikdy nevěnoval na plný úvazek, byla a je spíše doplňkem sociální práce) jsem si ověřil potřebu mít v osobním „portfoliu“ více přístupů a je volit podle potřeby klientů. To je dostatečně doloženo na předchozích kazuistikách. To, co by jednoho klienta „ničilo“, bylo druhému ku prospěchu.

Sledoval jsem u sebe – a stále sleduji přílišnou opatrnost a obavy zejména v počátcích terapie. Obavy byly jednak z nečekané dekompenzace klienta v souvislosti s otevřením nějakého bolestného nebo citlivého tématu, jednak z rezonance některých vlastních životních témat. Pokud by takové obavy byly dovedeny do extrému, mohly by proces terapie zcela zastavit. Vyplatilo se mi přijetí role učícího se průvodce. Díky nalézání a pojmenování drobných úspěchů společně s klienty se mi podařilo získat větší sebedůvěru.

Vzhledem k tomu, že zároveň vyhledávám tvůrce art brut a vystavuji jejich díla, přerůstá u některých klientů (příkladem může být Jakub) mé vidění vizuálně zajímavého obrazu přes vidění terapeutické (s důrazem na psychopatologii v tvorbě). Jsem pak méně ochoten pracovat intervenčně a dotyčného nevnímám jako klienta, ale spíše jako tvůrce vizuálně zajímavého artefaktu, což může někdy být na škodu terapeutické práci. Do budoucna je pro mne důležité v zájmu prospěchu klientů tyto dva světy myšlenkově oddělovat. Určitý rozpor prožívám i u vystavování výtvarných děl. Jsem si vědom, že zde hrozí riziko fixace na určitou výtvarnou formu a následně fixace symptomů, na druhé straně vnímám jako pozitivní nalezení nové životní role autora, je-li jeho tvorba oceňovaná a stává se prostředkem komunikace s druhými lidmi.

Použitá literatura

Tištěné zdroje

- Baldwinová, M. et al. (2013). Osobnost jako terapeutický nástroj. Brno: Cesta – Iva Pospíšilová
- Bankovská Motlová, L. & Španiel, F. (2017). Schizofrenie. Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století. Praha: Mladá fronta
- Benda, J. (2007). Mystika a schizofrenie. Ústí nad Labem: vlastním nákladem
- Dušek, K. & Večerová-Procházková A. (2015). Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada publishing
- Foucault, M. (1993) Dějiny šílenství. Praha: Nakladatelství Lidové noviny
- Foucault, M. (1997) Psychologie a duševní nemoc. Praha: Dauphin.
- Hahlweg, K. & Dose, M. (2000). Schizofrenia. Trenčín: Vydavateľstvo F
- Hartl, P. & Hartlová H. (2010). Velký psychologický slovník. Praha: Portál.
- Höschl, C. (1996). Psychiatrie pro praktické lékaře. Praha: H&H
- Jarolímek, M. (1996). O lidech, kteří onemocněli schizofrenií. Praha: Pallata
- Jung, C. G. (1993). Analytická psychologie. Její teorie a praxe. Praha: Academia
- Jung, C. G. (2004). Výbor z díla VII. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka
- Kalina, K. (2001). Jak žít s psychózou. Praha: Portál
- Kalina, K. et al. (2015). Klinická adiktologie. Praha: Grada Publishing
- Kalina K. et al. (2003). Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR
- Kalina, K. & Vácha, P. (2013). Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby. Adiktologie, 13 (2). 144 - 164
- Knobloch, F. & Knoblochová, J. (1999). Integrovaná psychoterapie v akci. Praha: Grada Publishing
- Kučerová, H. (2010). Schizofrenie v kazuistikách. Praha: Grada
- Lhotová, M. (2010). Proměny výtvarné tvorby v arteterapii. České Budějovice: Jihočeská univerzita České Budějovice
- Libiger, Jan (1991) Schizofrenie. Praha: Psychiatrické centrum
- Maršálek, M. (2011). Magický boj sochaře F. X. Messerschmidta s psychózou. Revue České lékařské akademie, 7. 24 - 27

- Müller, L. & Müller, A. (2006). Slovník analytické psychologie. Praha: Portál
- Paul, J. (2011). O štěstí v umírání. Brno: Barrister & Principal
- Prinzhorn, H. (2009). Výtvarná tvorba duševně nemocných. Řevnice: Arbor vitae. 2009
- Rubinová, A. J. (2008). Přístupy v arteterapii: teorie & technika. Praha: Triton
- Strossová, I. (1984). Skupinová psychoterapie psychotiků v praxi. Praha: Výzkumný ústav psychiatrický
- Syřišťová, E. (1965). Možnosti a meze psychoterapie schizofrenního onemocnění. Praha: Nakladatelství Československé akademie věd
- Syřišťová, E. (1977) Imaginární svět. Praha: Mladá Fronta
- Syřišťová, E. et al. (1980). Skupinová psychoterapie psychóz (ve vztahu ke schizofrennímu onemocnění). Praha: Státní pedagogické nakladatelství
- Syřišťová, E. et al. (1989). Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžším somatickým postižením. Praha: Avicenum
- Syřišťová, E. (1994). Člověk v kritických životních situacích. Praha: Karolinum
- Syřišťová, E. (2005). Puklý čas a smích absolutní vlády. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka
- Šicková-Fabrici, J. (2008). Základy arteterapie. Praha: Portál
- Vágnerová, M. (1999) Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál.

Elektronické zdroje

Ragins, M. (2002). A Road to Recovery. [on line].

Dostupné z WWW: <http://www.zotaveni.cz/co-je-zotaveni/itemlist/category/48-preklady-zahranicnich-textu>

Scheansová, A. (2013). Představuji: John Weir Perry a projekt Diabasis. [on line].

Dostupné z WWW:

<http://andreascheansova.cz/wp-content/uploads/2013/02/predstavuji-john-weir-perry-projekt-diabasis.pdf>

Scheansová, A. (2015). Psychospirituální krize v kontextu jungovské psychologie: J. W. Perry [on line].

Dostupné z WWW:

<http://andreascheansova.cz/wpcontent/uploads/2015/05/Perrykonference%C4%8CSAP.pdf>

Viktorinová, M. (2016). Co je duševní zdraví? [on line].

Dostupné z WWW: <http://psychoanalyzadnes.cz/2016/06/06/co-je-dusevni-zdravi/>

Obrazová příloha

A: Obrazová příloha ke kazuistice Jakub



Obr. 1: Vor Medúzy



Obr. 2: příklad koláže



Obr. 3: Alkohol



Obr. 4: Alkohol



Obr. 5: Památník alkoholismu



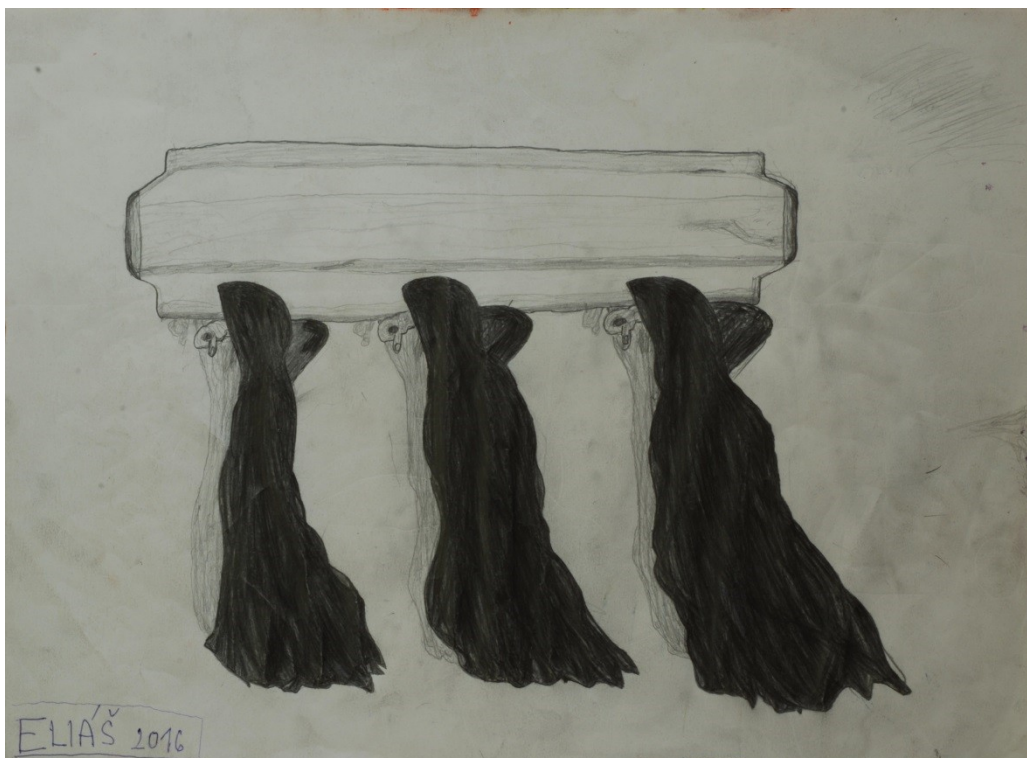
Obr. 6: Válka



Obr. 7: Po válce



Obr. 8: Penál a strašidla



Obr. 9: bez názvu



Obr. 10: Zakletý princ



Obr. 11: Pohled



Obr. 12: A mám tě



Obr. 13: Stroj



Obr. 14: Sen



Obr. 15: Žena X muž



Obr. 16: Teprve se rozkoukávám



Obr. 17: Václav Mrázek

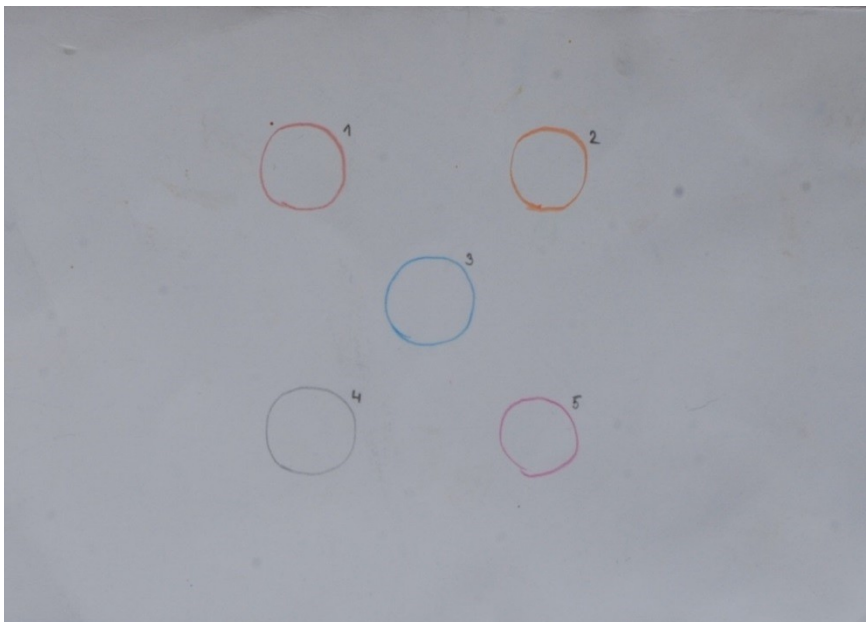


Obr. 18: Pavel Peca

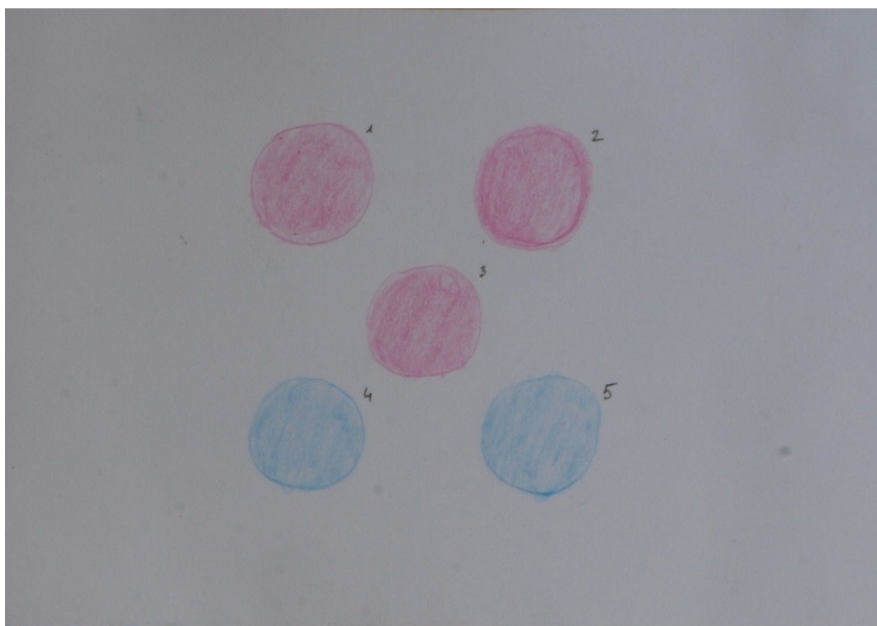
B Obrazová příloha ke kazuistice Michal



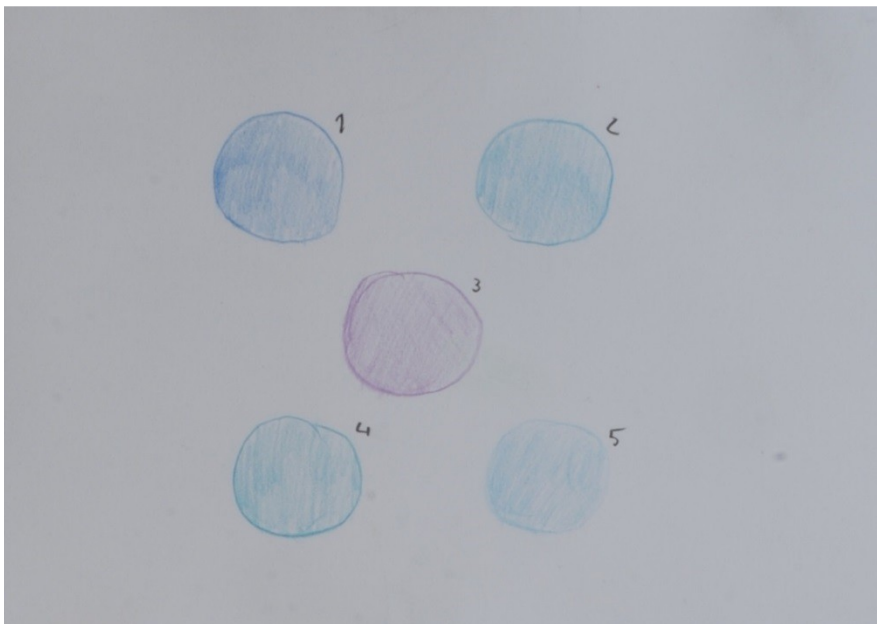
Obr. 19: Rodinná koláž s popisem



Obr. 20: Sport a KTC 1



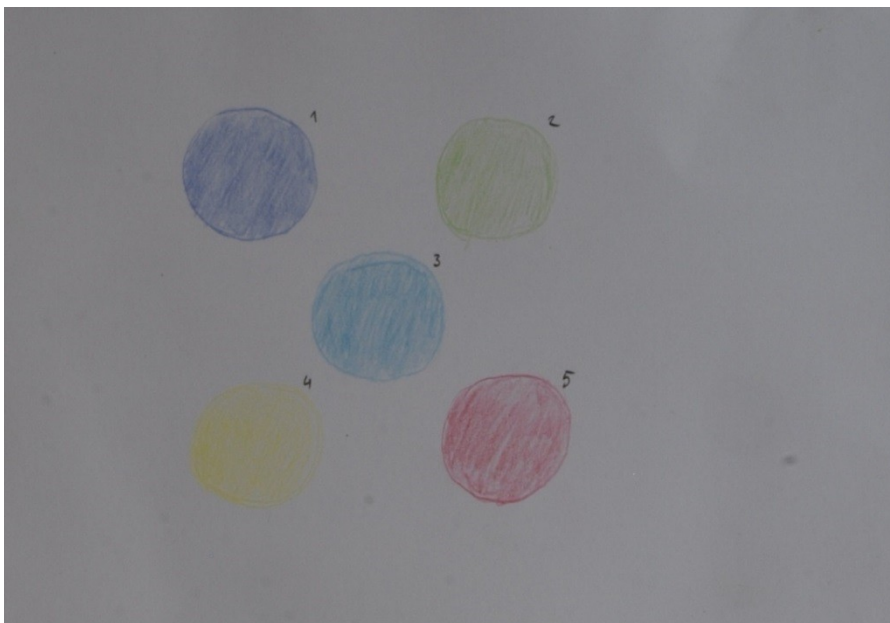
Obr. 21: Loutkové divadlo a KTC 2



Obr. 22: Matka a dítě a KTC 3



Obr. 23: Můj nejlepší zážitek



Obr. 24: Otcův svět a KTC 4